



PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA
Secretaria Municipal de Saúde



**PROCESSOS DE TRABALHO DA PSICOLOGIA NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) NO MUNICÍPIO DE INDAIATUBA – SP**

Indaiatuba

2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA
Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA

Graziela Drigo Bossolan Garcia

Secretária Municipal de Saúde

Thais Wilmers

Diretora da Atenção Básica

Marcos Jose de Melo Araújo

Coordenador de Saúde Mental

Mychele Capellini Moris Taguchi

Coordenadora de psicologia da Atenção Básica

Organizadores:

Ana Carolina H Freitas	(Psicóloga)
Heleni Malvezzi	(Psicóloga)
Leandro Tavares de Oliveira	(Psicólogo)
Valdnéia de Souza Nunes	(Psicóloga)
Zoica Andrade Caldeira	(Psicóloga)

Colaboradores:

Daniel Mondoni	(Psicólogo)
Maria Adelia M Salomão	(Psicóloga)
Júlio da Silva Junior	(Psicólogo)
Renato Luís Zini	(Psicólogo)
Rose Marie P. Rauen	(Psicóloga)



SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	4
2. ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO NA AB ¹	5
3. ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO DO NASF NA AB.....	8
4. ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR DE SAÚDE MENTAL NA AB...10	
5. RECURSOS NECESSÁRIOS PARA A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA AB.....	11
6. DO ACOLHIMENTO.....	16
7. DOS ENCAMINHAMENTOS.....	18
8. DAS SOLICITAÇÕES DE AVALIAÇÃO.....	20
REFERÊNCIAS.....	21
ANEXOS.....	23

¹ AB = ABREVIÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA.

1. APRESENTAÇÃO:

O Manual “Processos de Trabalho da Psicologia nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Município de Indaiatuba” foi elaborada com o objetivo de esclarecer os processos de trabalho do psicólogo na atenção básica. Este documento auxiliará a coordenação técnico-administrativa e o psicólogo no planejamento das intervenções do território, também servirá de guia para que os outros dispositivos de saúde do município conheçam os fluxos e a identidade do serviço de psicologia na atenção básica. As bases que levaram a elaboração desse projeto foram alguns pontos de vulnerabilidade identificados pelos profissionais e discutidos em reuniões. Identificamos falta de articulação dos serviços prestados nos postos, o que não garantia a igualdade de acesso da população. Também notamos alguns problemas nos recursos mínimos para a atuação, a falta de planejamento estratégico e de intervenções em equipe quando se trata de saúde mental. A comunicação e a articulação entre os serviços de baixa, média e alta complexidade também se mostraram sensíveis, o que impacta em um sistema de encaminhamentos que não leva em consideração a complexidade do caso ou, muitas vezes, sem os dados mínimos necessários para compreensão. Na busca de uma discussão permanente e da melhoria da qualidade, será feita a revisão deste documento anualmente, já que os territórios e os usuários mudam em suas características ao longo do tempo, cabe também a continuidade dos planejamentos e discussões que visem melhores estratégias de intervenção e otimização dos processos.

2. ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO NA AB

Com a criação do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988, as práticas em saúde mudam do paradigma de um modelo assistencialista e curativista para uma clínica ampliada que prioriza a promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse novo modelo, deve-se levar em consideração características biopsicossociais. (BENZONI, 2019) O Ministério da Saúde promove algumas diretrizes norteadoras dos processos de trabalho de atenção à saúde, sendo um deles a “Política Nacional de Humanização em Saúde do SUS” que preconiza atender o usuário em sua integralidade, nos diferentes papéis sociais, a partir de implementações de práticas pautadas em Projeto Terapêutico Singular (PTS), Clínica Ampliada e Acolhimento.²

No cotidiano da atenção básica, no contexto da saúde mental, algumas mudanças são necessárias para atingir o cuidado integrado e promover os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade. A primeira delas é a mudança do modelo biomédico que prioriza a polarização saúde/doença e a recuperação em detrimento da promoção e prevenção em saúde, o que acarreta em maior número de consultas clínicas individuais e consequentes filas de espera intermináveis, ou seja, tem-se a atenção básica reduzida a um modelo ambulatorial, que não considera todas as possibilidades de atuação em equipe interdisciplinar. Com base nessa realidade é que pretendemos elencar aqui os principais eixos de atuação do psicólogo na promoção, prevenção e recuperação em saúde no âmbito da atenção básica.³

I – Atribuições do psicólogo em conjunto com a equipe.

1) Participação na coordenação de atividades técnico administrativas:

a) Ações de matriciamento.

² Maiores informações sobre as recomendações do SUS podem ser encontrados na cartilha “Política nacional de humanização do SUS”, disponível em:
bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf.

³ As atividades aqui destacadas devem passar pelo planejamento da Unidade Básica de Saúde e levar em consideração as características do território, prioridades e carga horária do psicólogo.

- b) Elaboração e implementação de projetos.
- c) Parcerias com a comunidade. (Dispositivos do território).
- d) Interlocução com outros serviços de saúde e intersetoriais.

(Socioassistenciais, educação, esporte, cultura).

- e) Docência. (Ensino, supervisão, discussão de casos e capacitação).
- f) Projeto de atenção ao trabalhador da saúde.

2) Atendimento em modalidade grupal:

- a) Psicoeducação:
 - i) Palestras
 - ii) Grupos específicos (gestantes, hipertenso, tabagismo e outros).
- b) Oficinas terapêuticas em saúde mental:
 - i) Reabilitação psicossocial.
 - ii) Convivência
 - iii) Gerenciamento de Emoções.
- c) Familiar:
 - i) Orientação a pais
 - ii) Cuidadores
- d) Roda de conversa.
- e) Grupo de sala de espera.

3) Visitas domiciliares.⁴

4) Articulações entre os psicólogos da atenção básica.

- a) Reuniões de planejamento.
- b) Desenvolvimento de projetos em comum.
- c) Planejamento das estratégias do ano seguinte.

II - Atribuições exclusivas do psicólogo

5) Grupo psicoterápicos:

⁴ Devemos levar em consideração que são visitas domiciliares e não atendimento psicoterápico domiciliar. As visitas têm o intuito do acompanhamento e avaliação do caso e não o atendimento sistemático.

- a) Adultos.
 - b) Adolescentes.
 - c) Crianças.
 - d) Idosos.
 - e) Família.
- 6) Psicoterapia individual.

Considerações sobre a atuação do psicólogo na Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF).

As unidades básicas de saúde com a Estratégia Saúde da Família preveem equipes referenciadas por território, nesses casos o psicólogo atuará diretamente com essas equipes. Nos casos de usuários não contemplados na Estratégia Saúde da Família, cabe a administração técnica e administrativa indicar a equipe referenciada do usuário, levando em consideração a necessidade das discussões em equipe e da intervenção multidisciplinar.

Considerações sobre a atuação do psicólogo na Unidade Básica de Saúde sem Estratégia Saúde da Família (ESF).

Nos casos de Unidades Básicas de Saúde sem Estratégia Saúde da Família a coordenação técnica e administrativa deverá garantir a corresponsabilização da equipe por meio de:

- Acolhimento qualificado.
- Reunião de discussão de caso.
- Construção do Projeto Terapêutico Singular. (PTS).
- Atividades básicas de saúde mental multiprofissionais.

3. ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO DO NASF NA AB⁵

O Núcleo de Ampliado à Saúde da Família (NASF) foi criado com o intuito de fortalecer e aumentar a resolutividade da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A equipe de NASF é constituída por profissionais de diversas especialidades, dentre os quais os de saúde mental, dentre eles o psicólogo.

O NASF não constitui porta de entrada do serviço, então os profissionais, assim como o psicólogo, não têm agenda aberta na Atenção Básica em Saúde, contudo pode realizar atendimentos nos casos em que a equipe da ESF sentir necessidade de apoio para abordar e conduzir casos de saúde.

De acordo com as diretrizes e os parâmetros norteadores do NASF AB no município de Indaiatuba são atribuições específicas do psicólogo:

1. Promover ações em saúde mental, por meio de atenção aos usuários e aos familiares em situação de risco psicossocial e, ou doença mental, que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social;
2. Desenvolver ações voltadas ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis;
3. Realizar ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas;
4. Promover ações de redução de danos e combate à discriminação de pessoas em sofrimento psíquico;
5. Estimular ações de reabilitação psicossocial junto a pessoas com transtorno mental crônico;

⁵ Mais informações podem ser encontradas no documento " Diretrizes e Protocolo das ações dos Núcleos Ampliados à Saúde da Família" da Prefeitura Municipal de Indaiatuba, 2018.



6. Estimular trabalhos que envolvam ações coletivas direcionadas a questões como: preconceitos, diversidade, violências, dentre outros que causam impacto negativo na subjetividade dos sujeitos;

7. Atuar e/ou facilitar trabalhos junto aos grupos da ESF (gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, adolescentes, crianças, hanseníase e outros);

8. Potencializar os processos grupais junto a rodas e/ou reuniões das equipes multiprofissionais.

A implementação das ações do psicólogo do NASF AB é diversificada, visto que está em contato com diferentes territórios e diversas demandas, com características socioculturais específicas, o que carece de cuidado e atenção diferenciados.

4. ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR DE SAÚDE MENTAL NA AB

- Fazer a intermediação entre a coordenação e o psicólogo da UBS com vista a possibilitar os recursos mínimos para o desenvolvimento do trabalho.
- Compor os espaços de gestão em saúde e em saúde mental com vistas à aproximação da categoria aos processos de gestão e planejamento das ações de saúde mental do município;
- Auxiliar na ampliação da compreensão do papel da categoria frente aos outros equipamentos de assistência à população;
- Coordenar a revisão deste manual anualmente.
- Coordenar o planejamento das intervenções para o ano seguinte.
- Avaliar a liberação para cursos e eventos.
- Mediar conflitos.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS PARA A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA AB

A atuação do psicólogo na atenção básica passa por diversos pontos possíveis que contemplam a integralidade na saúde em sua promoção, prevenção e reabilitação. Essas intervenções serão viabilizadas ou não de acordo com a demanda da região e dos recursos disponíveis que poderão ser planejados com a equipe de saúde. Cabe demarcar aqui que a responsabilidade pela atenção em saúde mental pertence a equipe da unidade, não sendo atribuição do psicólogo assumir integralmente essa demanda. Dentro da promoção e prevenção as ações terapêuticas podem ser desenvolvidas por meio de: campanhas, grupos, oficinas, palestras, exposições, reuniões com a comunidade entre outros. Na reabilitação em saúde, alguns casos podem passar por atendimento terapêutico individual desde que não exceda o campo de atuação da atenção básica, visto que há uma identidade neste nível de atenção que não pode ser distorcida. O usuário que necessitar de acompanhamento intensivo deverá ser encaminhado para a atenção especializada. Casos estáveis já assistidos pela atenção especializada que necessitem de articulação com a atenção primária devem sempre passar por reunião de matriciamento com interlocução do NASF.

Dos recursos necessários para atuação do profissional psicólogo na atenção básica:

- 1) Da estrutura física:
 - a) Atendimento individual adulto;
 - i) Da sala de atendimento;
 - (1) Área mínima de 7,5 metro quadrados.
 - (2) Ventilação adequada. (Ex: Janela, ar condicionado, ventiladores e etc.).
 - (3) Luminosidade (ambientes claros com o máximo de luminosidade natural possível).
 - (4) Em condições salubres.

(5) Ausência de ruídos (Ambiente que possibilite a escuta e não prejudique a dinâmica do trabalho desenvolvido na sala).

(6) Mesa com computador.

(7) Cadeiras (mínimo três).

(8) Espaço para armazenar os materiais utilizado nos atendimentos.

(9) Local livre de objetos que coloquem em risco a integridade física e psicológica do paciente e que apresentem risco de dano ao patrimônio da unidade.

b) Sala para atendimento infantil:

i) Da sala de atendimento;

(1) Área mínima de 9 metro quadrados.

(2) Ventilação adequada. (Janela, ar condicionado, ventiladores e etc.).

(3) Luminosidade (ambientes claros com o máximo de luminosidade natural possível).

(4) Ausência de ruídos (Ambiente que possibilite a escuta e não prejudique a dinâmica do trabalho desenvolvido na sala).

(5) Mesa com computador.

(6) Cadeiras (mínimo três).

(7) Tapete ou colchonete para atividades no chão.

(8) Material lúdico. (Jogos, brinquedos, papel, lápis, entre outros).

(9) Espaço para armazenar os materiais utilizado nos atendimentos.

(10) Local livre de objetos que coloquem em risco a integridade física e psicológica do paciente e que apresentem risco de dano ao patrimônio da unidade.

c) Sala para atendimento em grupo:

i) Da sala de atendimento:

- (1) Área mínima 1 metro quadrados por pessoa (paciente e funcionário).
- (2) Ventilação adequada. (Janela, ar condicionado, ventiladores e etc.).
- (3) Luminosidade (ambientes claros com o máximo de luminosidade natural possível).
- (4) Ausência de ruídos (Ambiente que possibilite a escuta e não prejudique a dinâmica do trabalho desenvolvido na sala).
- (5) Mesa com computador.
- (6) Cadeiras (para todos os integrantes).
- (7) Material lúdico para grupo com crianças. (Jogos, brinquedos, papel, lápis, entre outros).
- (8) Material de acordo com a proposta dos grupos terapêuticos, oficinas e outras atividades.
- (9) Espaço para armazenar os materiais utilizado nos atendimentos.
- (10) Local livre de objetos que coloquem em risco a integridade física e psicológica do paciente e que apresentem risco de dano ao patrimônio da unidade.

(*). Os recursos físicos mínimos viabilizam o atendimento. Pode-se em um único espaço proporcionar todos os atendimentos desde que atinjam os critérios supracitados. Caso não haja espaço físico disponível, o planejamento deve prever outros modos de intervenção (conforme listados no capítulo 2) e possíveis articulações de uso do espaço na comunidade (pactuação intersetorial), desde que seja desenvolvido e planejada pela equipe da unidade de saúde, não sendo atribuição exclusiva do psicólogo assumir essas responsabilidades.

2) Dos recursos humanos – equipe multiprofissional:

- As atividades devem passar pelo crivo da prioridade, deve-se levar em consideração que diversas atividades em saúde mental podem ser desenvolvidas por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, assistente social, entre outros profissionais da equipe. Cabe também avaliar a necessidade de apoio de estagiários das diversas áreas afins, tais como: assistência social, enfermagem, medicina, psicologia e etc.

- Os recursos humanos podem ser potencializados com propostas de atendimento multidisciplinar, ou seja, diversas áreas do conhecimento atendem em conjunto, nesse modelo cada um contribui com seu conhecimento específico. Por exemplo: Grupo de grávidas: a enfermagem pode trabalhar o pré-natal e o psicólogo pode fazer orientações sobre uso de drogas na gravidez, avaliação de depressão na gravidez entre outros.

- A articulação entre os psicólogos das unidades básicas de saúde é um ponto fundamental para o bom desempenho. A parceria entre as unidades contribui para ações articuladas em rede.

- A otimização dos recursos também é viabilizada na aplicação da clínica ampliada e do programa de matriciamento, visto que a atuação em conjuntos dos serviços e a produção de conhecimento articulado melhora a eficácia e a eficiência das intervenções e sua qualidade.

- Consideramos ainda pertinente a promoção de espaços de capacitação promovida pelos próprios trabalhadores e também direcionada para os mesmos, de acordo com o conhecimento dos trabalhadores e a pertinência de seus conhecimentos para os trabalhos da atenção básica.

3) Dos acessos:

- a) A atuação do psicólogo está pautada nas demandas emergentes da região referenciada, a ser analisada a partir do diálogo com a equipe. Para que o psicólogo tenha uma melhor atuação é imprescindível:

- i) Acesso a todas as reuniões de equipe técnica, ou previsão de reunião específica que trate das questões de saúde mental.

- ii) Acesso a reunião geral da unidade.
- iii) Liberação para interlocução com os outros dispositivos da rede.
(Trabalho em conjunto com outros serviços).
- iv) Liberação para eventos de pertinência teórico/técnica com o intuito de aprimorar o conhecimento do profissional.
- v) Computador com acesso à internet e e-mail profissional.
- vi) Transporte para visitas e locomoção para atividades pertinentes à Unidade Básica.
- vii) Acesso ao planejamento junto com o coordenador do bloqueio da agenda para atividades, levando em conta as prioridades.
- viii) Previsão de carga horária quando houver algum planejamento de campanha, nos casos em que houver material a ser desenvolvido.

6. DO ACOLHIMENTO

Segundo a OMS⁶ (Organização Mundial da Saúde) a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidade”. Essa definição sofre críticas pelo seu modelo utópico. Temos na definição de saúde mental, também formulado pela OMS, como - “estado de bem-estar em que o indivíduo percebe suas habilidades, enfrenta o estresse normal da vida, pode trabalhar produtivamente e ser capaz de fazer uma contribuição a sua comunidade”, um modelo mais abrangente, já que fatores biológicos, psicológicos e sociais determinam o nível de saúde naquele momento de vida. Mudanças bruscas na situação de vida, situações de violência (principalmente a sexual), condições de trabalho estressantes, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, saúde física adoecida, violações dos direitos humanos e pressões socioeconômicas persistentes são determinantes para essas alterações. Podemos acrescentar a isso fatores de personalidade e psicológicos específicos que podem aumentar as chances dos sujeitos, frente a essas condições, apresentarem problemas de saúde mental. Essas definições traduzem bem a complexidade da atuação dos profissionais em saúde, sendo assim imprescindível esclarecer o direcionamento do trabalho em saúde. As práticas de saúde não devem pautar-se exclusivamente no modelo curativista, mas também em formas de atenção que possam dar suporte a população e instrumentalizar os usuários e os dispositivos comunitários para compartilhar as dificuldades e sofrimentos, nos âmbitos político, social, familiar e pessoal. Uma das principais atuações é o acolhimento, momento que pode ser dado suporte ao usuário que nos procura e ser feita a classificação de risco a partir de nosso modelo sintético de avaliação de risco (ANEXO 5) que correlacione as vulnerabilidades ao modo de atuação da equipe. A escuta qualificada é um instrumento que nos auxilia nessa atuação já que pressupõe compreender o sofrimento psíquico a partir da pessoa, valoriza suas experiências e atenta para as suas necessidades e diferentes aspectos que compõem seu cotidiano. (MIELKE & OLSCHOWSKY, 2011).

⁶ Informações retiradas do site da Organização Mundial da Saúde:
<https://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>



A escuta qualificada implica a não se pautar tanto na técnica, mas na relação estabelecida entre o profissional e o usuário. Essa relação se baseia no diálogo, no vínculo e no acolhimento, possibilita valorizar as experiências e as necessidades em seus diferentes aspectos cotidianos, permitindo a equipe a possibilidade da corresponsabilização do trabalhador -usuário no processo de tratamento. Possibilita ainda modos de intervenção menos engessados e vinculados com as perspectivas do paciente. Com base nisso é que desenvolvemos o “fluxo interno da unidade de saúde” (ANEXO 1) e o instrumento “Questões orientadoras para o acolhimento em Saúde Mental na unidade de saúde”, norteador do acolhimento que indique o grau de vulnerabilidade e risco (p1, p2 e p3). (ANEXO 5).

7. DOS ENCAMINHAMENTOS

Dos encaminhamentos para outros serviços:

O encaminhamento para outro serviço não desresponsabiliza a equipe de saúde de referência pelo cuidado do usuário. Neste sentido, a equipe de referência deverá acompanhar o percurso do usuário dentro da rede de atendimento, com vistas de verificar se foi acolhido no outro serviço, se foi inserido em atendimentos (psiquiátrico, psicológico, terapia ocupacional, outros), se está sendo efetivo, se tem comparecido ou abandonou os atendimentos, etc. Sempre que a equipe da unidade perceber alguma dificuldade em relação ao acompanhamento do caso, deverá solicitar uma reunião de matriciamento com o serviço, a fim de (re)discutir o Projeto Terapêutico Singular.

Dos encaminhamentos provenientes de outros serviços:

Os encaminhamentos feitos para referenciamento na atenção básica serão avaliados a partir de um fluxo padrão implantado nas unidades básicas de saúde, conforme consta nos anexos deste documento (ANEXOS de 1 a 4). Cabe aqui reforçar a necessidade de acolhimento qualificado e do acompanhamento contínuo pela unidade. Em todos os casos caberá a avaliação de risco P1, P2 e P3 e o devido encaminhamento do caso. Para auxiliar nessa avaliação foi criado o formulário “Questões orientadoras para o acolhimento em Saúde Mental na unidade de saúde” (ANEXO 5) que tem como objetivo marcar alguns pontos importantes que auxiliarão posteriormente na discussão da equipe multidisciplinar. Segue algumas orientações gerais em relação aos encaminhamentos:

- Todos encaminhamentos externos devem passar por acolhimento e avaliação de risco. (ANEXO 1)
- Casos acolhidos diretamente pelos profissionais da equipe ESF ou equipe Multidisciplinar da Unidade Básica de Saúde devem também conter classificação de risco e construção de PTS nos casos de grau de risco P1 e P2. O PTS é construído pela equipe de referência após a discussão em reunião. Nos casos de grau de risco P3 deve-se incluir em grupos disponíveis na unidade ou na

rede intersetorial. (ANEXO 1)

- Todos os encaminhamentos devem ter impreterivelmente história da queixa, hipótese diagnóstica e justificativa do encaminhamento. Caso não tenha esses requisitos mínimos o encaminhamento será devolvido para origem para as devidas providências.

- Nos casos de encaminhamento da rede socioassistencial para acolhimentos em saúde mental na atenção básica deverá ser enviado relatório do caso. (ANEXO 3)

- Nos casos de encaminhamento dos Caps (ad, ij e II) que já estejam referenciados no serviço só serão acolhidos via matriciamento. Em casos de usuários não referenciados deverá conter encaminhamento com os requisitos mínimos citados no item anterior. (ANEXO 2).

- Encaminhamentos de queixas escolares de alunos da rede municipal só serão aceitos após avaliação do NIAPE. Casos que apresentem um quadro clínico que exceda a queixa escolar deverão ser encaminhados pela orientadora pedagógica da escola com devido relatório. (ANEXO 4).

- Casos encaminhados para avaliação provindos da rede estadual de ensino deverão ser acompanhados de relatório. (ANEXO 4).

- Todos os casos que forem encaminhados pela UBS para a especialidade também serão passíveis de reunião de matriciamento. Podendo ser solicitado tanto pela especialidade como pela UBS.

8. DAS SOLICITAÇÕES DE AVALIAÇÃO

Quando da solicitação de avaliação psicológica para fins jurídicos.

Orienta-se que, ao ser solicitado a elaborar uma avaliação psicológica e/ou documento que embase decisões do âmbito jurídico, o profissional psicólogo ressalte que os atendimentos na unidade possuem um objetivo psicoterapêutico. Neste sentido, não possuindo caráter de avaliação e/ou perícia, os atendimentos são protegidos pelo sigilo profissional, conforme artigo 9º do Código de Ética Profissional do Psicólogo e pela Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 008/2010, que “*Dispõe sobre a atuação do psicólogo como perito e assistente técnico no Poder Judiciário*”, em seu capítulo IV, artigo 10º.

Quando da solicitação de avaliação para outras finalidades.

Da mesma forma as solicitações de avaliação, relatórios e atestados com finalidade de informar aptidão psicológica para determinado fim (cirurgia bariátrica, admissão em emprego, adoção, guarda e tutela de criança e etc.), também seguem a orientação acima, visto que a identidade do serviço de psicologia na atenção básica não é avaliativa.

REFERÊNCIAS

BENZONI, P. E. **Práticas psicossociais em saúde mental: da diversidade teórica ao encontro das atuações.** Novo Hamburgo, 2019.

BRASIL. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília: Ministério

da Saúde, 2009 Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução n° 010, de 21 de julho de**

2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em:

<http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/codigo_etica.pdf>.

Conselho Federal de Psicologia: **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família** / Conselho Federal de Psicologia. – Brasília : CFP, 2009. ISBN 978-85-89208-13-0

MAYNART, W, H, da C, et al . A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 300-304, Aug. 2014 .

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400003&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Apr. 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400051>.

MIELKE, F, B,; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p.

762-768, Dec. 2011 . Available from

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400015&lng=en&nrm=iso)

[81452011000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400015&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 Apr. 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400015>.

Prefeitura Municipal de Indaiatuba. Secretaria Municipal de Saude. **Diretrizes e Protocolo das ações dos Núcleos Ampliados à Saúde da Família** - Indaiatuba, 2018.



SALLES, D. B.; SILVA, M. L. Percepção de profissionais da área de saúde mental sobre o acolhimento ao usuário de substância psicoativa em CAPSad. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, São Carlos**, v. 25, n. 2, p. 341-349, 2017.

ZINI, R. L. & CURY, V. E. (2014). Acolhimento como prática psicológica no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas. **Memorandum**, 27, 39-60. Recuperado em 03 de abril de 2019 de seer.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6370



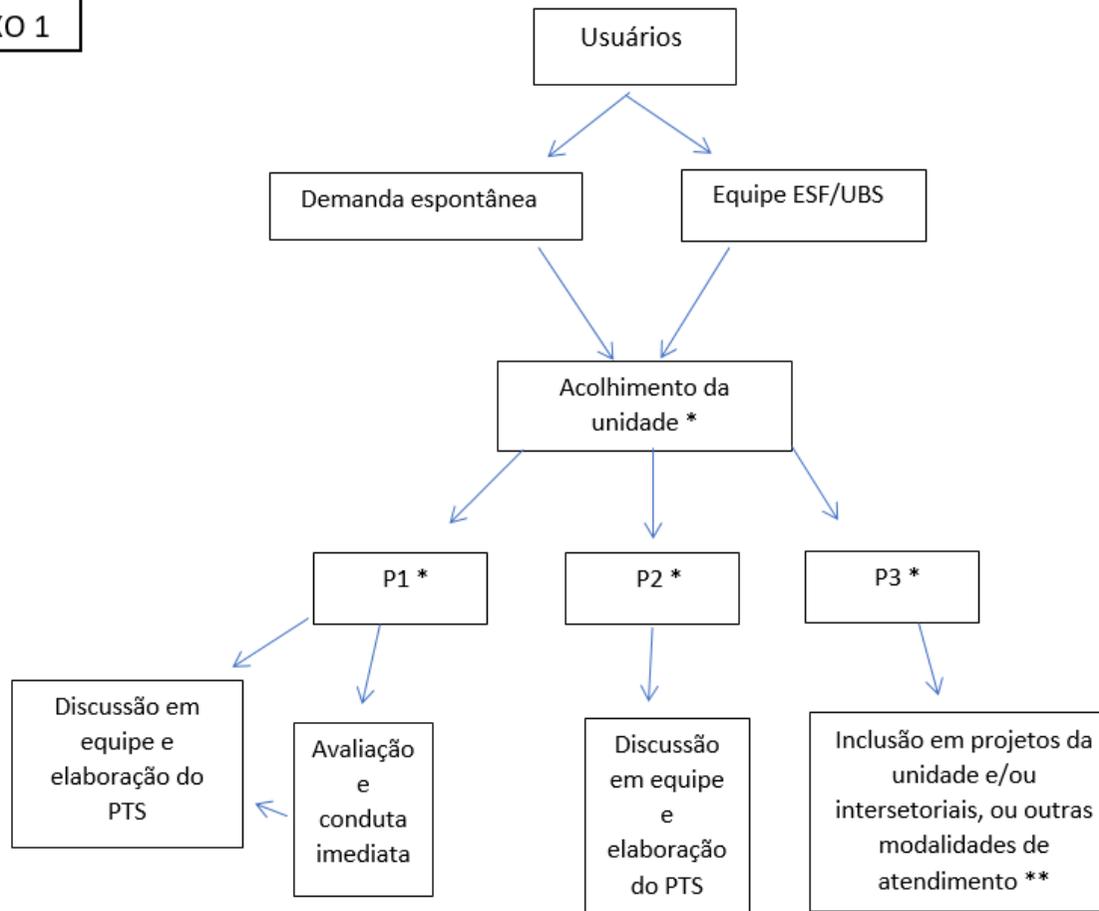
PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA
Secretaria Municipal de Saúde



ANEXOS

FLUXO INTERNO DA UNIDADE DE SAÚDE

ANEXO 1

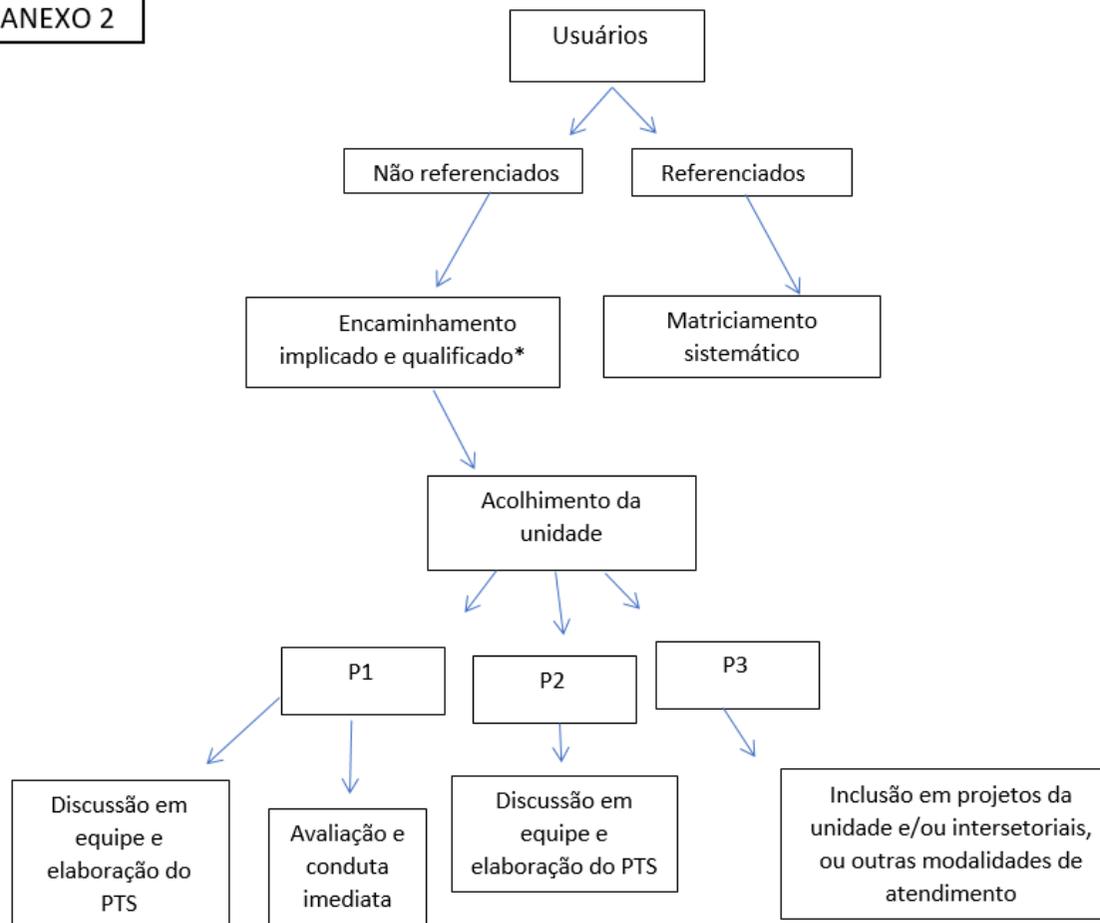


* Referenciar ao documento das Questões orientadoras para o acolhimento em saúde mental.

** Entende-se por projetos da unidade as ações que acontecem (grupos, oficinas, etc); por intersetoriais a inclusão em atividades oferecidas pela cultura, esporte, etc; por outras modalidades de atendimento visitas do ACS, retorno continuado com médico etc.

FLUXO EXTERNO - CAPSij | CAPS ad | CAPS II

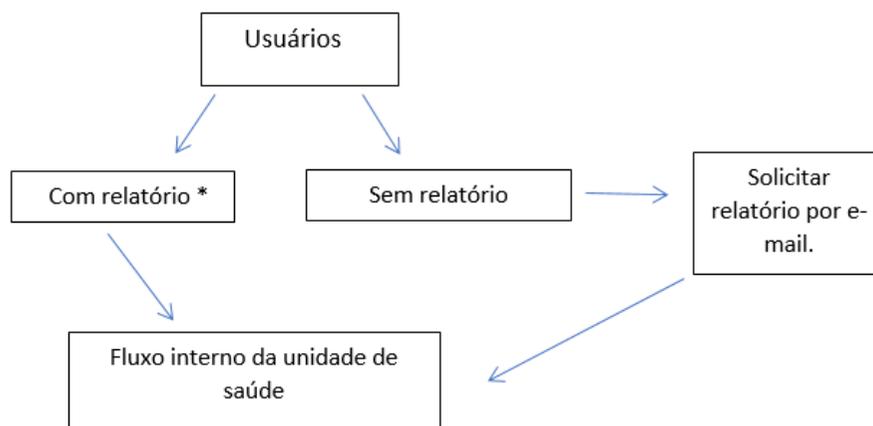
ANEXO 2



* Contendo história da queixa, hipótese diagnóstica, justificativa do encaminhamento.

ANEXO 3

FLUXO EXTERNO - REDE SOCIOASSISTENCIAL *

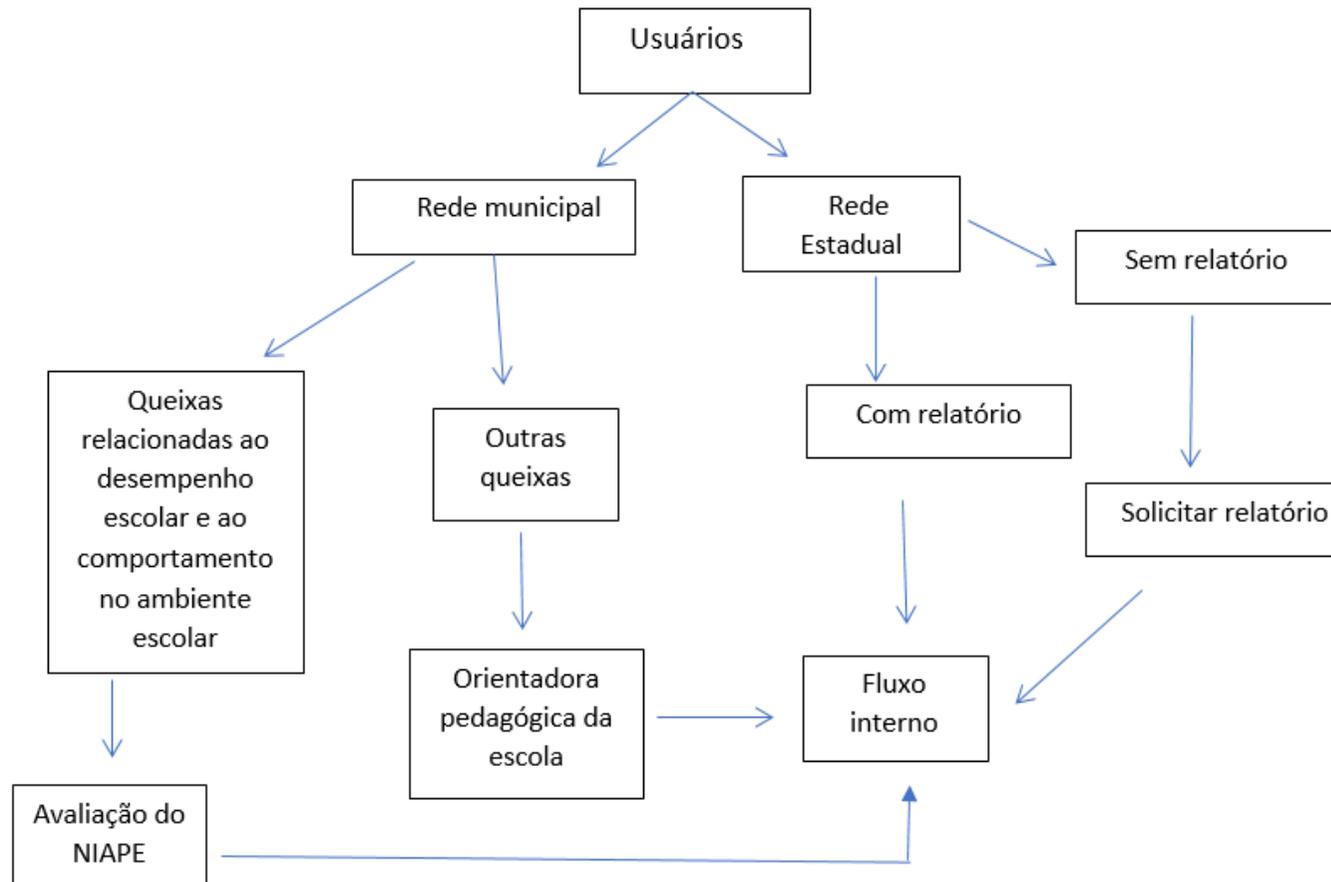


* Entende-se por rede socioassistencial: CRAS, CREAS, Conselho Tutelar.

** A fim de qualificar e tornar o processo mais resolutivo, recomenda-se que os relatórios possam conter informações acerca da história/motivo do encaminhamento, bem como que outras instâncias do município foram acionadas (Ministério Público, Delegacia, CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, etc). Em casos de violação de direitos, a fim de um trabalho mais integrado, recomenda-se que o CREAS também seja acionado.

FLUXO EXTERNO - EDUCAÇÃO

ANEXO 4





ANEXO 5

**Questões orientadoras para o acolhimento em Saúde Mental na
unidade de saúde**

1. Dados de Identificação:

Nome: _____

Sexo: masc () fem () Idade: _____ Número do Pront: _____

Equipe de Referência: _____ Data do atendimento: _____

Com quem mora:

2. Tipo de demanda: () espontânea () própria unidade () CAPSij / CAPSII /
CAPSad () outro _____

3. Passou em consulta médica recentemente? () sim () não



4. Faz uso de medicação psiquiátrica? () Sim () não Qual(is)?

5. Há quanto tempo? () menos de um mês () menos de 6 meses () 6 meses a 1 ano
() mais de 1 ano () 2 anos ou mais

6. Queixa do paciente:

7. Sintomas:

Outro(s):

8. De 1 a 10, como o paciente identifica a intensidade dos sintomas (grau de sofrimento)? _____

Choro constante ()	Pânico ()	Dificuldade para dormir ()
Ansiedade ()	Sensação de morte ()	Sono em excesso ()
Falta de ar ()	Ideias de perseguição ()	Impulsividade ()
Sensação de desmaio ()	Pensamentos obsessivos ()	Agressividade ()
Desânimo ()	Alucinações visuais ()	Autoagressão ()
Perda de prazer ()	Alucinações Auditivas ()	Uso de substâncias ()
Pensamento acelerado ()	Fala acelerada ()	Confusão mental ()

9. Identifica algum acontecimento como “estopim” destes sintomas? () sim () não () Qual?

10. Tem prejuízo no auto cuidado? () sim () não () em partes

11. Tem prejuízo no trabalho/escola? () sim () não () em partes () não trabalha fora

12. Tem prejuízo no relacionamento familiar? () sim () não () em partes ()
identifica-se sem família

13. Tem prejuízo nas tarefas domésticas? () sim () não () em partes

14. Em algum momento já pensou na morte e em fazer algo contra si mesmo para acabar com o sofrimento?

() sim () não --> Se “não” pular para a pergunta 18



15. Já teve algum plano? () sim () não . Se sim, qual o plano que
pensou? _____

16. Já tentou efetivamente algo? () sim () não

Qual método? () medicação/intoxicação () objeto cortante () enforcamento ()
outros

17. Houve tentativa recente? () na semana () no mês () no ano () anos anteriores

18. Com quem pode contar quando precisa desabafar? () familiares () trabalho ()
igreja () unidade de saúde () amigos () atividade que frequenta () não
identifica ninguém

19. Paciente acredita que ao ter conversado hoje aliviou o seu sofrimento? () sim ()
não

20. Tem alguma perspectiva de futuro? () sim () não

21. Impressões durante o acolhimento:



P1 - Se há ideias suicidas, com planejamento, de forma persistente; sintomas de auto e heteroagressão graves; quadros psicóticos (delirantes, com alucinações, etc); uso abusivo e intenso de substâncias psicoativas; sofrimento psíquico intenso por situações trágicas externas, e/ou outros casos que possam levantar dúvida quanto à gravidade; quadros de pânico com recorrência em pronto atendimento --> Discussão com profissional da equipe no momento do acolhimento (não liberar paciente antes)

P2 - Se há pensamento suicida ou pensamento de morte, sem planejamento e/ou sem ser recorrente; prejuízo e/ou perda em algum setor de vida (trabalho, família, vida social, etc) ou funcionalidade (alterações neurológicas, memórias, etc);

P3 - Quadros orgânicos agravados por condições emocionais; Dificuldades para lidar com as limitações de doenças crônicas que interferem na adesão ao tratamento; Problemas de vida que interferem na saúde integral do sujeito;