

JACAREÍ
AGOSTO DE 2024

DOCUMENTO NORTEADOR

Atuação dos psicólogos da
E-multi na Política
Nacional de Atenção
Básica do SUS



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
JACAREÍ**

**SECRETARIA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE JACAREÍ**

**DIRETORIA DE ATENÇÃO
BÁSICA DO MUNICÍPIO DE
JACAREÍ**

APOIO INSTITUCIONAL

**EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
(E-MULTI)**

**ELABORAÇÃO GERAL DO
DOCUMENTO**

Ana Carina Lemos de Oliveira; Ana Flávia Leandro; Amanda Cristina das Neves Fernandes; Ariane de Andrade; Caroline Barros Rodrigues; Charles Robert Monteiro; Eduardo Guadagnin; Elaine Aparecida Viani F Delfino; Fabiana dos Santos Souza; Flavia Raquel de Oliveira Gilberti; Fritz Zucareli Rodrigues, Grasielle de Moraes Viana; Gustavo Zaccaria Piemonte Ribeiro; Israel de Lima Cardoso; Lucas Rabelo Fabiano; Marcelo de Amorim Freitas; Marcia Macedo da Silva; Maria Valdirene de Paula; Osmar Ferreira dos Santos; Patrícia Aparecida da Silva; Pierre Alerrandro Gomes Fernandez; Suelen C. Ribeiro Carvalho; Suellen Raquel da Silva; Tainá Ferreira Alvarenga; Tatiana Lahos de Jesus; Zélia Cristina Machado Muler

COMISSÃO DE REDAÇÃO FINAL

Caroline Barros Rodrigues; Eduardo Guadagnin; Elaine Aparecida Viani F Delfino; Grasielle de Moraes Viana; Gustavo Zaccaria Piemonte Ribeiro; Marcelo de Amorim Freitas; Suellen Raquel da Silva; Tatiana Lahos de Jesus

COLABORADORES:

Andrea Batista de Oliveira; Natália da Costa Selinger; Marilis Bason Cury; Joyce Regina dos Santos Monteiro; Karina Hiromi Okamoto; Renildo Carvalho da Silva; Simone Cristina Marzagão

LISTA DE SIGLAS

AB — Atenção Básica

EPP — Escuta Psicológica Pontual

APS — Atenção Primária à Saúde

OMS — Organização Mundial da Saúde

CAPS — Centro de Atenção Psicossocial

PMeC — Programa Melhor em Casa

CAPS IJ — Centro de Atenção Psicossocial (Infantojuvenil)

PNAB — Política Nacional de Saúde

CAPS II — Centro de Atenção Psicossocial (Adultos)

PTS — Projeto Terapêutico Singular

CAPS AD — Centro de Atenção Psicossocial Álcool/Drogas

RAPS — Rede de Atenção Psicossocial

CREAS — Centro de Referência Especializado de Assistência Social

RAS — Rede de Atenção à Saúde

DSS — Determinantes Sociais da Saúde

SAICA — Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes

eCR — Equipe de Consultório na Rua

SUS — Sistema Único de Saúde

e-MULTI — Equipes Multiprofissionais

UBS — Unidade Básica de Saúde

EMAD — Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

UMSF — Unidade Municipal de Saúde da Família

EMAP — Equipe Multiprofissional de Apoio



OBJETIVOS

A elaboração do presente documento nasce da necessidade de reorganização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica, frente às transformações na sociedade e o aumento do sofrimento psíquico na população, de forma significativa e principalmente após a pandemia de Covid-19.

Além disso, historicamente o trabalho da psicologia na saúde pública tem se constituído a partir de um modelo biomédico, clínico-centrado e individual, que não corresponde à necessidade de cuidado em saúde da população e está em dissonância com as políticas públicas de saúde e com as orientações do Conselho Federal de Psicologia neste contexto.

Desta forma, o município de Jacareí vem investindo na construção da rede de cuidado em saúde mental com a inserção da(o) psicóloga(o) nas unidades de atenção básica, desde a década de 90. Em continuidade a este processo, se faz necessária a apresentação deste norteador, na busca de reorganizar o cuidado em Saúde Mental em todos os níveis de atenção.

Vale ressaltar que a Rede de Saúde Mental funciona de forma dinâmica, por isso é necessário que este documento seja constantemente reavaliado, buscando sempre respeitar os princípios do SUS, a integralidade da atenção e a incorporação de novas tecnologias e dispositivos técnico-assistenciais.

O Norteador da Atuação do Profissional de Psicologia na Atenção Básica do município de Jacareí é um documento para conhecimento e utilização da rede municipal. Ressalta-se que este documento se propõe a reorientar as práticas de psicologia na Atenção Primária à Saúde (APS):

- ✓ Mudar o paradigma da atuação clínico centrada, alinhando-se aos princípios e diretrizes das políticas públicas que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme Portaria do Ministério da Saúde nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Política Nacional de Atenção Básica - PNAB);
- ✓ Contemplar a Resolução CFP nº 17, de 19 de julho de 2022, que dispõe acerca de parâmetros para as práticas psicológicas em contextos de Atenção Básica, Secundária e Terciária;
- ✓ Atender ao disposto na Portaria do Ministério da Saúde nº 635, de 22 de maio de 2023, que estabelece diretrizes para reorganização das equipes multiprofissionais na APS;
- ✓ Alinhar-se à Política de Saúde Mental (Lei nº 10.2016, de 6 de abril de 2001), que tem como premissa fundamental a desinstitucionalização e a humanização da assistência aos portadores de sofrimento psíquico;
- ✓ Favorecer as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento e reabilitação, norteadas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- ✓ Fortalecer o acesso universal e equitativo da população ao cuidado em saúde mental na Atenção Básica;
- ✓ Favorecer a coordenação do cuidado à parcela da população em sofrimento psíquico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- ✓ Promover o cuidado em saúde mental, articulando os diversos dispositivos existentes no território.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Princípios e Diretrizes da Atenção Básica

A atenção primária se constitui como a porta de entrada para o sistema de saúde, sendo organizado a partir das necessidades dos usuários, partindo de uma compreensão ampliada de saúde, considerando os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, promovendo o cuidado ao longo da vida, de forma integral e articulada. Aborda os problemas de saúde mais frequentes no território, oferecendo serviços que buscam a prevenção de doenças, a promoção, a proteção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, tendo como objetivo o desenvolvimento de uma atenção integral, impactando na saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Starfield, 2002).

Por meio da Atenção Básica é que se inicia o estabelecimento de vínculos que possibilitam maior proximidade, acompanhamento e comunicação com toda a rede de Atenção à Saúde. As ações na Atenção Básica são desenvolvidas em um território que é delimitado geograficamente, denominado de microárea ou território adscrito. Nesses territórios, os profissionais de saúde estabelecem ações de continuidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, levando em consideração os elementos sociais que pertencem ao contexto de vida onde a pessoa está inserida, e que refletem na saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a atenção primária caracteriza-se como:

A atenção básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares ou coletivas que envolvem promoção, prevenção e proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integral e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território

definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária [...] orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social

(BRASIL, 2007, p.12)

Neste contexto, a universalidade apresenta-se não só como direito a saúde como também direito a vida e a igualdade de acesso, sem distinção de etnia, sexo, religião, condições socioeconômicas ou qualquer outra forma de discriminação do cidadão. A Universalidade se materializa a partir de mecanismos que assegurem a acessibilidade e acolhimento através da atuação em equipe dos profissionais de saúde assegurando o amplo atendimento para todos, promovendo a continuidade do cuidado de modo articulado a todos os níveis de assistência.

Já a equidade na atenção básica se efetiva por meio da organização dos processos de trabalho em saúde segundo as necessidades, vulnerabilidades e singularidade, respeitando as diversidades: idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras.

Dessa forma, a Integralidade diz respeito a duas frentes: a primeira visa o olhar ao sujeito como algo complexo, levando em consideração onde está inserido, sua cultura, território, contexto familiar, espiritualidade, contexto social e financeiro. A segunda visa atender esse sujeito em todos os níveis de atenção com serviços integrados, operando em rede desde a menor complexidade até a maior delas, unindo os conhecimentos profissionais e respeitando as especificidades necessárias.

Para que o princípio da integralidade se efetive na Atenção Primária, é necessário a implantação de dispositivos como discussões de casos, projeto terapêutico singular (PTS), reuniões de equipe, grupos de estudos interventivos, favorecendo o atendimento das pessoas nas suas

especificidades por meio da atuação multidisciplinar, possibilitando o cuidado em rede de modo articulado.

A PNAB e as RAS se apoiam nas Diretrizes do SUS, a saber: Regionalização e Hierarquização, Territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, ordenação da rede, e participação da comunidade.

Na Portaria Nº 2.436, de 2017, o Ministério da Saúde discorre sobre as diretrizes do SUS:

II. DIRETRIZES DO SUS

Regionalização

e

Hierarquização:

Dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

Territorialização

e

Adstricção:

De forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considerasse Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

População

Adscrita:

População que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

Cuidado

centrado

na pessoa:

Aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de

| | |
|------------------------------------|---|
| | coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado. |
| Resolutividade: | Reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário. |
| Longitudinalidade: | Do cuidado pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado. |
| Coordenação do cuidado: | Elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. |
| Ordenação da rede: | Reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas. |
| Participação da comunidade: | Estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social. |

Brasil (2017)

Considerando os critérios acima citados, o cuidado em saúde mental deve ser organizado de forma ampla, compreendendo o indivíduo em suas dimensões biopsicossociais.

Nesse contexto, o psicólogo na atenção básica tem papel fundamental para a compreensão das singularidades e subjetividades de cada pessoa, coletivo e território, proporcionando a articulação com os demais profissionais da equipe favorecendo o cuidado integral.

1.2 Saúde Mental na Atenção Básica

O cuidado em saúde mental na Atenção Básica é estratégico, pois além da facilidade de acesso, a saúde mental se constitui a partir das vivências do cotidiano e das relações interpessoais entre sujeitos e territórios, compreendendo de maneira geral as subjetividades e as determinações sociais da saúde de cada contexto. Dessa forma, torna-se habitual a todos os profissionais da Atenção Básica realizarem intervenções em saúde mental, em consonância com o que compreende o Ministério da Saúde:

A Saúde Mental na atenção básica deve conter práticas que podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental deve ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de saúde com os usuários abrangendo as diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha identificar.

(Brasil, 2017, p. 126)

Assim, as intervenções realizadas em saúde mental devem ser capazes de promover a modificação dos modos de vida das pessoas e coletivos, buscando a melhoria da qualidade de vida e da saúde, não se limitando à cura de doenças:

Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.

(Brasil, 2017, p. 126)

Isto posto, e considerando a complexidade da saúde mental, faz-se necessária aos profissionais da Atenção Básica a implementação e desenvolvimento de práticas que possibilitem o surgimento de novos projetos de vida e organização territorial que promovam maior autonomia e saúde mental aos usuários, como exemplificado por Campos e Gama (2008):

- ✓ Acolhimento/ avaliação de risco/ análise da demanda;

- ✓ Intervenções breves, na crise;
- ✓ Projetos terapêuticos singulares;
- ✓ Responsabilização do sujeito;
- ✓ Uso racional da medicação;
- ✓ Práticas grupais.

1.3 Papel do psicólogo na Atenção Básica

Durante muito tempo, no imaginário popular, a atuação do psicólogo esteve associada exclusivamente ao modelo clínico de atendimento. Esta restrição baseava-se em uma visão elitista, descontextualizada, despolitizada que desconsiderava os aspectos sócio-históricos na construção do sujeito. A partir das lutas e mobilizações sociais, como a Constituição de 1988, a Lei 8.080, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, a Convenção de Caracas e o Programa Saúde da Família, ocorreram avanços significativos que garantiram a conquista de direitos indispensáveis para o bem-estar, a qualidade de vida e a integralidade no cuidado em Saúde:

No Brasil a inserção da Psicologia na Saúde Pública ocorreu em um contexto histórico caracterizado pela crise financeira vivida na década de 1970 que afastou a classe média dos consultórios. Associada a esta condição, havia um clima propício à inclusão de profissionais de outras áreas do conhecimento no campo da Saúde Coletiva devido à mudança do paradigma em Saúde e do movimento da reforma sanitária.

(Andrade & Simon, 2009, p. 167)

A mudança de paradigma de uma perspectiva de cuidado psicológico centrado no modelo biomédico saúde-doença, individualizante, reducionista e tradicional para um conceito crítico de saúde coletiva, multidisciplinar, participativa, em consonância com a reforma sanitária brasileira, propõe uma compreensão ampliada sobre o processo saúde-doença, consolidada através da Estratégia de Saúde da Família, modelo prioritário para efetivação da Atenção Básica no país.

Essa reformulação favorece o estabelecimento de mecanismos para a efetivação de uma clínica ampliada que considera o sujeito nos seus aspectos biopsicossociais, propondo ações a partir da singularidade de cada território.

Em sintonia com este processo, o Conselho Federal de Psicologia (2019) sugere caminhos para a organização da prática do psicólogo na Atenção Básica:

- ✓ Construção de agendas compartilhadas com os profissionais das UMSFs;
- ✓ Articulação da prática com os demais profissionais da eMulti;
- ✓ Estabelecimento de critérios e fluxos para acionamento do profissional de psicologia;
- ✓ Problematização dos processos de trabalho das UMSFs relacionados ao cuidado em saúde mental dos sujeitos e territórios;
- ✓ Participação na elaboração de PTSs;
- ✓ Implantação de práticas grupais com foco no cuidado em saúde mental;
- ✓ Realização de visitas domiciliares compartilhadas com os demais profissionais da eSF;
- ✓ Participação em reuniões de discussões de caso, intra e intersetoriais.

1.4 e-Multi

As equipes multiprofissionais de apoio à atenção básica foram criadas em 2008, visando a ampliação da capacidade de cuidado nos territórios. Essas equipes foram se transformando ao longo desses anos, até chegar a configuração atual das e-Multi, às quais foram instituídas através da Portaria GM/MS nº635, de 22 de maio de 2023, sendo compostas por profissionais das áreas da Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Educação Física, Terapia Ocupacional, entre outros, integrando de forma complementar as equipes da Atenção Básica a partir da atuação correspondente pela população e pelo território, considerando a articulação

intersetorial e os diversos dispositivos integrantes das Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Recomenda-se que o profissional de psicologia, ao compor uma equipe de atenção básica seja inserido nas eMulti, pela compreensão de que essas equipes se constituem como ponto estratégico na busca pela superação do cuidado fragmentado e desarticulado, atuando em conjunto com outras equipes, em ofertas ampliadas de cuidado integral para as comunidades e territórios, sendo assim uma aposta na melhora do acompanhamento dos casos e na resolutividade do SUS.

O formato de trabalho proposto pelas eMulti, está em consonância com a posição que vem tomando a psicologia num fazer ético e comprometido socialmente dentro dos contextos de políticas públicas, que busca superar o fazer hegemônico na saúde e revisar as dinâmicas de poder nas relações de saúde-doença. Essa lógica, portanto, favorece o compartilhamento de saberes dos usuários e comunidades, e dos diversos profissionais e atores que compõem os territórios atendidos, em práticas de cogestão do cuidado, de aposta em relações em Rede ao invés de encaminhamentos. Reconhece também os Determinantes Sociais da Saúde, num movimento de despatologização das questões sociais, primando sempre por ações emancipatórias que promovam a saúde dos coletivos.

Dessa forma, a atenção interprofissional entre as equipes de eMulti e equipes de Saúde da Família (eSF) objetiva superar a lógica da fragmentação do cuidado, favorecendo a integralidade e a ampliação das possibilidades de atuação, proporcionando a longitudinalidade bem como a corresponsabilização na atenção à saúde.

1.5 Consultório na Rua

As equipes de Consultório na Rua (eCR), integram o componente da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial, devendo seguir os fundamentos e diretrizes definidas pela Política Nacional de Atenção Básica

(PNAB). As eCR lidam com uma gama diversa de questões de saúde/doença da população em situação de rua numa composição multiprofissional; in loco; de forma itinerante; realizando ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde e com outros pontos de atenção, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e serviços de Urgência e Emergência. É ainda previsto, que em casos necessários as eCR utilizem as instalações das UBS dos territórios e que realizem busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. (Brasil, 2011)

A Prefeitura Municipal de Jacareí (s.d.) estabeleceu como objetivo do Consultório na Rua, ampliar o acesso das pessoas em situação de rua de Jacareí à rede de assistência à saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde, atuando na prevenção, promoção e recuperação de agravos relacionados à situação na qual se encontram. O público alvo é caracterizado por todas as pessoas que se encontram em situação de rua, considerando a definição apresentada pela Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009): (...) grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, 2009).

A atuação do psicólogo neste ponto de atenção precisa levar em consideração o que preconiza o código de ética da categoria baseando sua atuação na Declaração Universal dos Direitos Humanos, nos princípios norteadores do SUS e nas diretrizes da PNAB. Neste contexto, é necessário repensar os limites do setting terapêutico, compreendendo as multideterminações dos fenômenos de saúde/doença dentro das subjetividades que as constituem, num modelo de atuação ético/político respaldado por conceitos de redução de danos, clínica ampliada e

peripatética, que transformem a produção de cuidado dentro dos territórios que atuam.

1.6 Melhor em Casa

A atenção domiciliar consiste numa modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Assim sendo, o Programa Melhor em Casa destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo.

O atendimento é realizado por equipe multiprofissional denominada EMAD e EMAP. A EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar) é composta por Médicos, Enfermeiros, Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem e Fisioterapeutas. Já a EMAP (Equipe Multiprofissional de Apoio) é constituída por Psicólogo, Nutricionista, Fonoaudióloga, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Dentista, Farmacêutico (essa composição varia de município para município que tenha o Programa Melhor em Casa (PMec habilitado) e têm como função dar suporte às EMAD's.

Neste contexto, o psicólogo tem como principal função proporcionar suporte emocional ao usuário e/ou familiar-cuidador para ressignificação da nova rotina e melhor travessia no processo da doença, focalizando as implicações psicológicas de cada caso atendido, auxiliando a equipe na análise de eventuais problemas, trazendo aspectos psicodinâmicos da relação profissional-paciente, levantando hipóteses psicológicas que possam explicar o porquê de comportamentos como a não adesão ao tratamento proposto, por exemplo.



2. CONCEITOS NORTEADORES

2.1 Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial

A reforma psiquiátrica brasileira se estabeleceu em paralelo ao movimento pela abertura democrática e a ampliação dos direitos universais no país. Se constitui como um marco para a mudança no modelo de cuidado em saúde mental, rompendo com a lógica excludente, estigmatizante e de violação de direitos, característico do modelo manicomial. É fruto de ampla mobilização popular e da atuação de diferentes categorias profissionais, sendo os psicólogos (as) uma categoria com forte protagonismo nesse processo.

Essa construção teve como um marco importante a Lei federal 10.216 “que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. A referida lei norteou a elaboração da Política Nacional de Saúde Mental, que propõe a construção de redes de cuidado em saúde mental com serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, abertos, de base territorial e com práticas multiprofissionais a partir de uma compreensão ampliada de saúde (Brasil,2001).

Nesse contexto, a atenção básica em saúde se constitui como um lócus prioritário para produção do cuidado em saúde mental, por estar inserida no território de vida do usuário, compreendendo os fatores socioambientais que interferem no sofrimento psíquico, tendo maior possibilidade de construção de estratégias de cuidado que respondam às necessidades dos usuários e favoreçam a autonomia dos mesmos com seu processo.

O município de Jacareí vem construindo práticas antimanicomiais ao longo dos últimos trinta anos, que ganham força com a inserção dos psicólogos (as) na atenção básica. A construção do Norteador das práticas dos psicólogos na atenção básica no município de Jacareí se constitui como um movimento técnico político de direcionamento das práticas dos psicólogos na AB reafirmando o compromisso com a reforma psiquiátrica brasileira e a luta antimanicomial.

2.2 Clínica Ampliada (descentralizar e ampliar a saúde mental)

A Clínica Ampliada é uma atuação que visa abordar e cuidar dos usuários articulando os modelos de condutas diagnósticas do discurso biomédico, social e psicológico. Evitando assim, uma abordagem ou diagnóstico reducionista, considerando a complexidade dos aspectos que envolvem a saúde mental do ser humano, e a impossibilidade de ser reduzida a apenas um aspecto ou conduta de tratamento. Sem desconsiderar a abordagem em atuação no momento, mas sim levando em conta a importância de integrar as várias abordagens, permitindo a ampliação de possíveis ferramentas no tratamento de saúde mental, envolvendo a atuação de uma equipe multidisciplinar. Para a efetivação da clínica ampliada são necessários:

- ✓ Compreensão integral do processo saúde-doença;
- ✓ Diagnósticos e terapêuticas compartilhadas;
- ✓ Ampliação da atuação profissional e manejo clínico;
- ✓ Atuação compartilhada em equipe multiprofissional; e
- ✓ Horizontalidade das relações, e corresponsabilização na produção do cuidado.

2.3 Cuidado Centrado na Pessoa

O cuidado em saúde mental deve ser construído a partir da realidade e necessidade das pessoas, rompendo com as práticas verticalizadas e pré-concebidas pelos profissionais. Neste sentido, os sujeitos são convidados a serem protagonistas na elaboração dos projetos de vida e de cuidado.

2.4 Territorialização

A compreensão ampliada do território é fundamental para o estabelecimento de práticas de cuidado que considerem os modos de vida, relacionamentos interpessoais, e trabalho, e seus impactos no processo saúde-doença, possibilitando a construção de práticas na Atenção Básica contextualizadas de acordo com a singularidade de cada território.

A psicologia enquanto ciência comprehende a indissociabilidade entre subjetividade e ambiente. Portanto, a produção do cuidado em saúde mental se efetiva a partir do entendimento das relações entre sujeitos, coletivos e territórios.

Em outras palavras, o território se faz elemento essencial na mudança de paradigma do modelo de cuidado atual, individualizante e reducionista, para um modelo coletivo, multidisciplinar, participativo, que considera os aspectos culturais, antropológicos, sociológicos, estruturais e políticos.

2.5 Matriciamento

O Apoio Matricial é um modelo de trabalho em saúde que se caracteriza pela construção de trabalhos compartilhados entre equipes, onde profissionais da equipe de saúde da família junto com especialistas, promovem ações integradas para discussões de casos, intervenções terapêuticas e ações de prevenção e promoção de saúde. Nesse modelo, as intervenções ocorrem de forma horizontal objetivando a integração dos diversos saberes dos diferentes níveis de assistência, transformando a lógica de encaminhamentos burocráticos e hierarquizados que dificultam a eficácia

do cuidado aos usuários. Entre as ferramentas de matriciamento estão: elaboração de PTS, interconsulta, atendimento compartilhado, atendimento domiciliar compartilhada, grupos, educação permanente, abordagem familiar, entre outros.

2.6 Educação Permanente

Consiste em ações educativas embasadas no processo de trabalho em saúde mental e têm como objetivo a transformação e organização das práticas profissionais, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações.

Conforme disposto no Art. 2º da Resolução CFP Nº 17, de 19 de julho de 2022, que dispõe acerca de parâmetros para práticas psicológicas em contextos de atenção básica, secundária e terciária de saúde da qualificação do cuidado em saúde, a prática da Educação Permanente para a qualificação do cuidado em saúde é requisito fundamental para aperfeiçoamento do trabalho junto aos serviços de saúde.



3. FERRAMENTA DE TRABALHO

PROCESSO DE TRABALHO

3. Ferramentas de trabalho / Processo de trabalho

A partir da Resolução Nº 17, de 19 de julho de 2022, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), a psicologia na AB passou a contar com um importante recurso norteador das práticas e processos de trabalho, por meio da definição de ferramentas para constituição de uma agenda mais ampla e alinhada às diretrizes deste nível de atenção à saúde, considerando as singularidades das pessoas, coletivos e territórios. Com isso, essas ferramentas foram incorporadas pela Prefeitura Municipal de Jacareí para nortear a atuação dos psicólogos na AB.

3.1 Atendimento Específico

- I.** Atendimentos individuais e triagem
- II.** Ações de educação permanente

3.2 Ações compartilhadas

- I.** Ações de atendimento compartilhado ou interconsulta
- II.** Ações de práticas grupais
- III.** Ações de discussão de casos e elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares
- IV.** Ações de atenção a familiares

3.3 Ações no território

- I.** Articulação de Rede Intra e Intersetorial

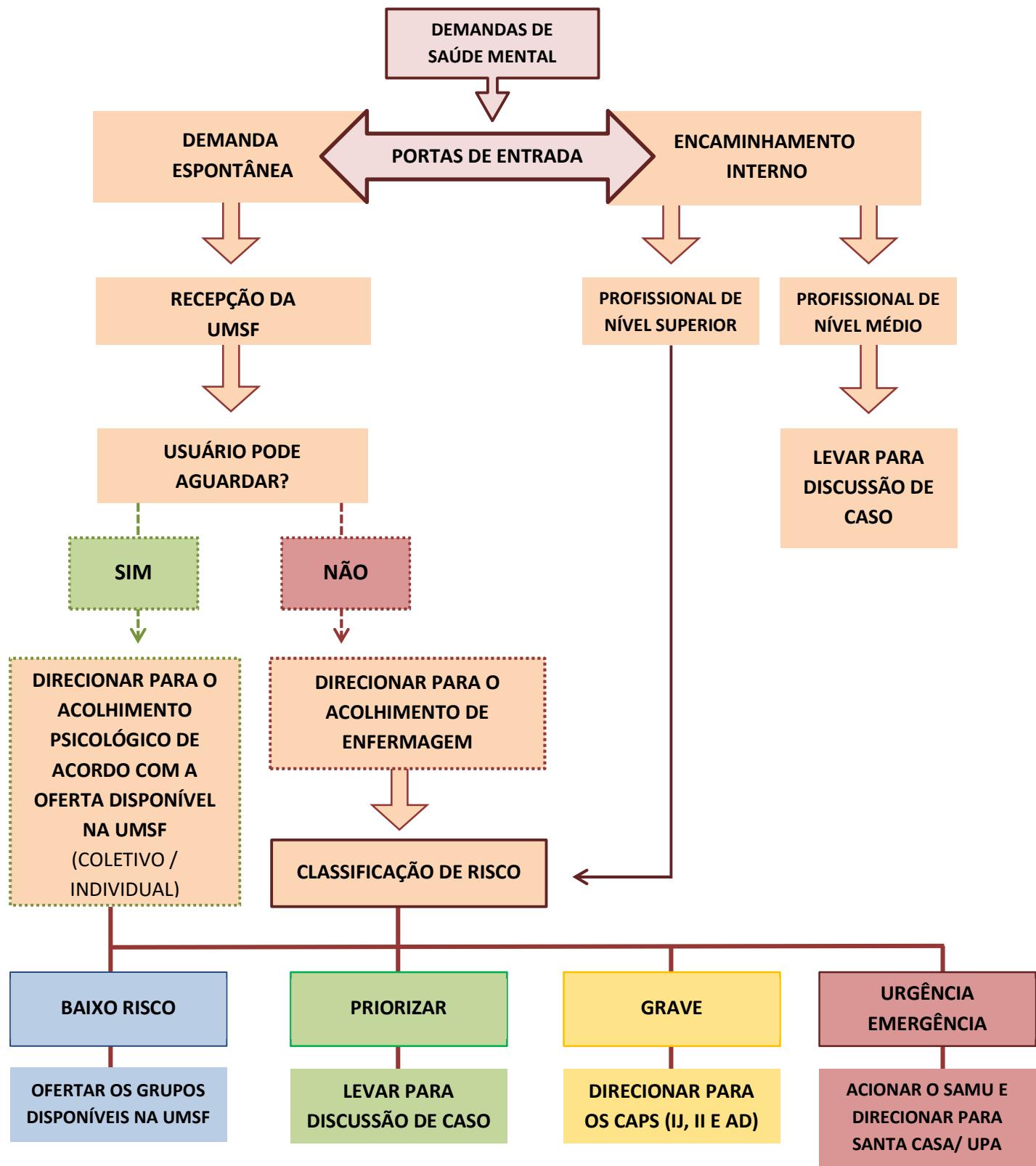
- II.** Visita domiciliar
- III.** Visita institucional
- IV.** Atividade Externa /Escola / Instituições: Desenvolvimento de atividades com outras instituições

3.4- Outras Ações

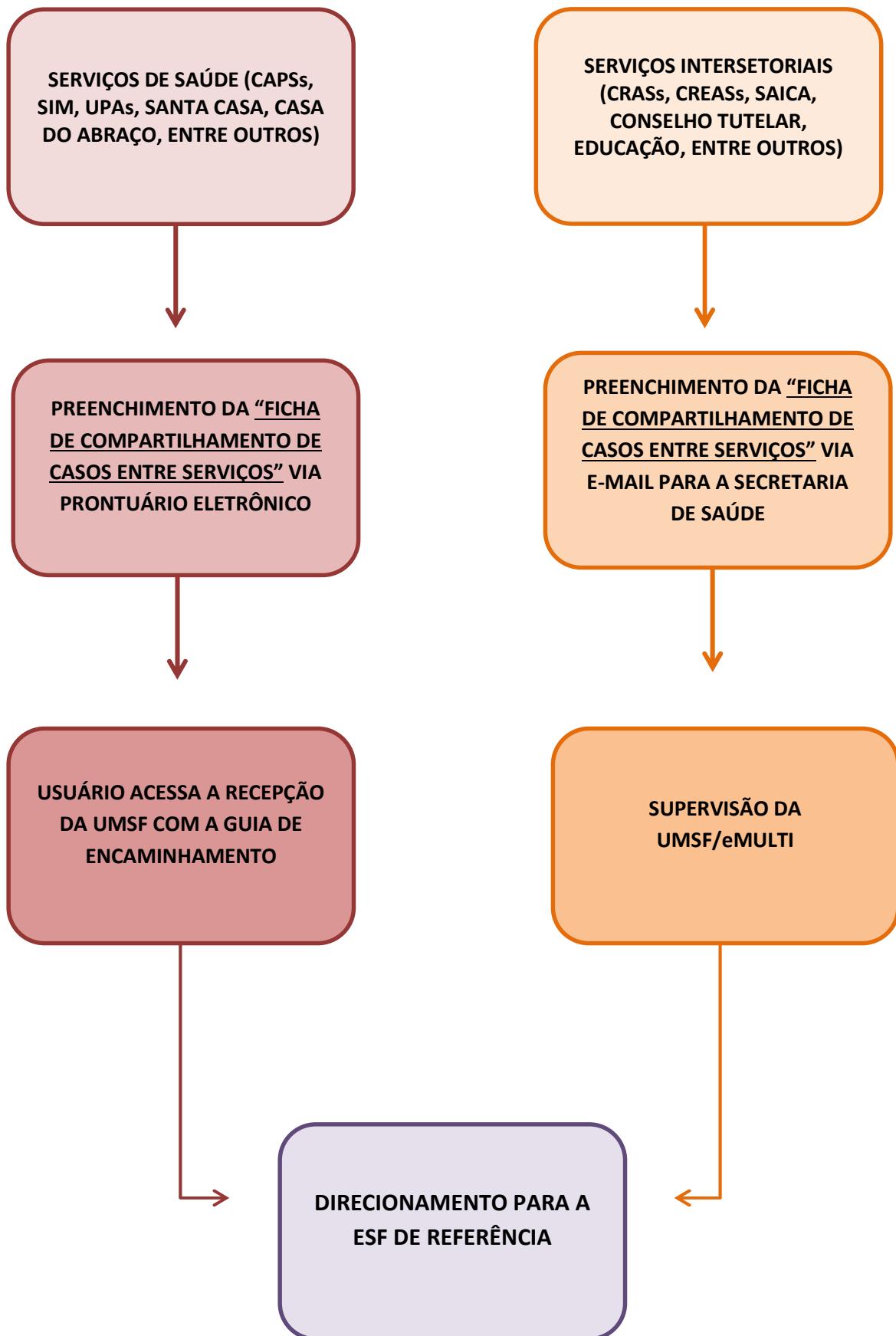
- I.** Busca ativa
- II.** Elaboração de documentos
- III.** Evolução do prontuário
- IV.** Supervisão de estágios, tutoria, preceptoria contrato
- V.** Elaboração da agenda

4. FLUXOS DE TRABALHO

4.1 Fluxo interno



4.2 Fluxo externo



4.2. Estratificação de Risco

Os encaminhamentos para acolhimento e possíveis intervenções são feitos de acordo com uma estratificação de riscos. Demandas do sistema judiciário, situações que ofereçam risco de vida ao usuário, bem como situações de violação aos direitos de crianças e adolescentes são priorizadas. Ressalta-se que o serviço de atenção primária à saúde não é um serviço de pronto atendimento, emergência. Entende-se que o acolhimento do usuário que busca o serviço será feito, com horário marcado e de acordo com a agenda e funcionamento de cada unidade de saúde, atendimentos de urgência e emergência devem ser encaminhados aos respectivos serviços especializados, como a Santa Casa.

4.3- Escuta Psicológica Pontual (EPP)

O Plantão Psicológico ou como denominados, a Escuta Psicológica Pontual, é fundamentado na abordagem centrada na pessoa, que propõe uma relação terapêutica baseada na escuta atenta, empática, com ênfase na experiência que a pessoa apresenta (MORATO, 1987).

O objetivo do plantão psicológico é ser um atendimento breve, focado no que a pessoa necessita no momento, é um recurso que pode ser utilizado em Saúde Mental, para auxiliar no atendimento da grande demanda na saúde pública.

Como Gomes (2022) discorre, o atendimento no Plantão é baseado no aconselhamento psicológico centrado na pessoa, neste tipo de atendimento o objetivo é o de ouvir, acolher e acompanhar o paciente. Esta modalidade de atendimento aposta na tendência ao desenvolvimento dos potenciais inerentes à existência humana.

O trabalho do profissional de saúde neste contexto é o de estimular e ajudar o usuário a encontrar caminhos para seu sofrimento, dentro da sua própria experiência.

O plantão psicológico utiliza-se da escuta como base para o atendimento das pessoas, e a escuta é segundo Gomes apud Mahfoud (2004), uma postura básica de saber ouvir o outro, estando preparado e disponível para receber a vivência trazida no momento, tomando-a em sua complexidade original, em seus múltiplos horizontes, de maneira a facilitar que a pessoa examine com cuidado as diversas facetas de sua experiência e encontre novas possibilidades para sua questão.

Para REBOUÇAS; DUTRA, o plantão psicológico surge como uma alternativa de prestação de serviços condizente com essa nova postura clínica, em que a (o) psicóloga (o) se compromete com a escuta sensível frente às demandas que surgem, sendo a Escuta Psicológica Pontual (EPP) uma possibilidade de atuação em casos pontuais como:

- ✓ Sofrimentos inerentes à condição de vida;
- ✓ Situações em que as pessoas sintam a necessidade de serem ouvidas;
- ✓ Usuários com dificuldade de adesão aos tratamentos propostos pelas eSFs;
- ✓ Usuários em processo de alta ou evasão que podem se beneficiar de uma escuta frente a uma situação pontual.

4.4 - Acolhimento coletivo em saúde mental

A partir do levantamento realizado pelos profissionais psicólogos, no ano de 2024, sobre os atendimentos individuais com psicóloga(o) na AB, verificou-se o alto índice de faltosos nos agendamentos, cerca de 46% dos usuários agendados não comparecem para o atendimento; nesse sentido, o acolhimento coletivo em saúde mental surge como uma possibilidade de atendimento que favorece a inclusão dos usuários de forma coletiva, possibilitando uma experiência de trocas sem a obrigatoriedade da exposição.

Esta modalidade de atendimento facilita o esclarecimento dos usuários quanto às diversas possibilidades de produção do cuidado em saúde mental na AB. Permite a realização de ações de psicoeducação de temas prevalentes no território de forma abrangente. Com isso, os usuários são sensibilizados e mobilizados para o compartilhamento de vivências referentes ao tema, rompendo com a resistência inicial ao tratamento em grupo.

Vale ressaltar que esse modo de acolhimento não se configura como psicoterapia de grupo, entretanto pode ter efeitos terapêuticos devido às trocas possibilitadas nas interações entre os presentes.

Em sequência, o profissional estabelecerá com os usuários a forma de atendimento mais adequada às necessidades de cada pessoa.

4.5- Encaminhamentos para a psicologia na AB

Em Janeiro de 2024, após longo processo de construção coletiva, foi realizada a mudança de nomenclatura para os encaminhamentos realizados para a psicologia na AB. Os profissionais de nível superior da Rede de Saúde, que antes encaminhavam para “especialidade” “psicologia”, passaram a encontrar nova terminologia nos sistema de prontuário eletrônico, que passou a constar como “Acolhimento de Saúde Mental na Atenção Básica”.

Essa mudança de nomenclatura, mais do que uma mudança semântica, diz da necessidade de avanço e transformação que a categoria tem vivenciado e, portanto, repensando também as formas de acesso e ofertas para a população.

Diante da necessidade de ampliar as ofertas de saúde mental, para além dos saberes “psi”, levando em consideração os determinantes sociais de saúde; das diversas transformações do cenário epidemiológico; e até das demandas de saúde mental da população, é necessário pensar em estratégias ampliadas de cuidado, que tenham na AB, lugar privilegiado de escuta, acolhimento e exercício de clínica ampliada.

Seguindo a lógica de apoio matricial que está na base do fazer de psicólogos e outros profissionais inseridos em equipes de AB, se faz necessário transpor a lógica de encaminhamentos, que distancia e fragmenta o cuidado e repensar a atuação de maneira a construir relações em Rede, compartilhar saberes e promover a participação ativa das equipes, famílias e usuários na promoção de saúde mental - tema transversal e cotidiano - que não pode mais se deslocar para práticas individualistas, patologizantes e psicologizantes das vidas.

Diante desse cenário, direcionar os usuários para atendimentos nos serviços da Rede Básica, é direcioná-lo para um primeiro contato com a Rede de Saúde, que deve permitir acolhimento e coordenação do cuidado, de maneira multiprofissional, na construção de vínculo e longitudinalidade, primando por espaços que privilegiam a saúde coletiva e a transposição de violências e apagamentos, permitindo o desenvolvimento de potencialidades coletivas e individuais.

Portanto, fica a recomendação de que se substitua o “encaminhamento” para “psicoterapia na Unidade Básica” por “articulação” ou “compartilhamento” de casos para “Acolhimento de Saúde Mental na AB”. Lembrando que esse é só o primeiro passo de uma construção de relações entre serviços e usuários, para criação e renovação de estratégias intersetoriais. Mais importante do que sugerir condutas (como a de realização de psicoterapia individual), seria relatar os motivos que levaram à necessidade de encaminhamento. Importante destacar que essa articulação é sempre mais resolutiva quando parte de uma “conversa” ou discussão de caso entre referências das equipes, e que na dificuldade de estabelecer esse espaço, seja enviado a AB informações relevantes para auxiliar na condução dos casos.

As condutas realizadas pela equipe de AB serão definidas dentro do território, pelas equipes multiprofissionais da AB, a partir da compreensão da realidade dos usuários.

4.5.1- Casos de grande complexidade envolvendo violação de direitos

Os casos envolvendo violações de direitos atendidos pela AB devem considerar que as dificuldades de acesso à Saúde estão correlacionadas diretamente a outras violações de direitos humanos, como afirma a OMS (2017). Nesta realidade, as intersecções destas condições tecem uma trama complexa que sustentam repetições de opressões e iniquidades. A partir dos desafios aqui expostos compreendemos que a ferramenta mais ajustada dentro da AB para atuar em casos de alta complexidade é o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Esta ferramenta é um eixo estratégico no qual as condutas terapêuticas ofertadas para um indivíduo ou família são coordenadas e articuladas por uma equipe multiprofissional a partir de instrumentos validados cientificamente (genograma, ecomapa, escala de coelho, audit, questionário de vínculo e pertencimento, entre outros) e uma tecnologia que potencializa o cuidado e gestão em Estratégia de Saúde da Família. Para mais, essa organização produz um protagonismo do sujeito, uma vez que o PTS centraliza o usuário na construção das ações em Saúde.

O PTS não deve ser ofertado para todos os usuários, mas sim, àqueles os quais as demandas correspondem a alta complexidade. Um dos critérios de elegibilidade são os casos encaminhados por setores de proteção aos direitos sociais como: CRAS, CREAS, Judiciário, Conselho Tutelar, Família Segura, Conselho do Idoso, SAICA, entre outros. Desta maneira a compreensão do caso se estende a toda equipe multiprofissional evitando condutas isoladas de cuidado, como um acompanhamento específico com único profissional, e

garantindo um cuidado baseado na integralidade considerando os fatores não biológicos que atuam na saúde dos indivíduos e coletividades.

Os psicólogos da AB atuarão diretamente na construção, bem como, nas reuniões de PTS das UMSFs em que atuam, essas discussões de caso deverão acontecer de maneira contínua, estruturada, com participação multiprofissional e com registro no prontuário dos usuários atendidos. A participação, o acompanhamento e o matriciamento dos psicólogos nas ações do PTS atendem a Resolução CFP nº 17, de 19 de julho de 2022 que orienta a maior distribuição de carga horária (25-35%) dos profissionais de psicologia na AB para ações compartilhadas de “Discussão de caso e elaboração de PTS”.



5. PRODUÇÃO DE DOCUMENTOS

Aos psicólogos das unidades de saúde da Atenção Básica não compete a realização de avaliação psicológica, com a finalidade de produzir laudo ou diagnóstico. Lembrando que os documentos elaborados pelos profissionais deverão seguir o disposto na Resolução CFP nº 6, de 29 de março de 2019, que instituiu regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) em exercício.

5.1 Relatórios serão produzidos somente para:

- ✓ Questões do judiciário (se solicitado);
- ✓ Em casos de transferência de atendimento (entre colegas);
- ✓ Em casos de atendimento de menores em cumprimento de medidas sócio-educativas, para o judiciário. (consultar manual do CRP de respostas ao atendimento da Fundação Casa);
- ✓ Em atendimento de processo transsexualizador para redesignação de gênero.

5.2 Em relação a produção de declarações e atestados:

- ✓ A (o) psicóloga (o) pode emitir declaração de comparecimento ao atendimento para o usuário;
- ✓ A (o) psicóloga (o) pode emitir atestado de até 15 dias para o usuário que está em acompanhamento, caso avalie necessário.

5.3 Questão do atestado nos casos de servidores:

- ✓ Ser concedido àqueles que realizam acompanhamento psicológico com o profissional (e não atendimentos esporádicos).
- ✓ Declarações e atestados são emitidos preferencialmente pelo prontuário eletrônico.



6. DEMANDA NO SERVIÇO PÚBLICO E ÉTICA

No exercício da profissão no serviço público nos deparamos com a diversidade de lidar com contextos institucionais, equipes multiprofissionais bem como práticas específicas e atendimentos individuais.

O Código de Ética Profissional do Psicólogo (CEPP) está baseado nos valores contidos na Declaração Universal dos direitos humanos, devendo assim trabalhar para promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades, e “para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (Princípios Fundamentais, Art. I e II).

6.1 Atendimentos individuais:

Atentar para que as condições e o ambiente de trabalho sejam adequados à natureza do atendimento, a fim realizar um atendimento com qualidade e dignidade. **Sala com acústica adequada, favorecendo o sigilo.** Estabelecer acordos de prestação de serviços e fornecer a quem de direito informações concernentes ao trabalho realizado. (Das responsabilidades do Psicólogo Art. 01. itens “e” e “f”). O zelo pelo material privativo, que abrange de forma geral todos os atendimentos, faz parte das responsabilidades. (Art. 1. ítem “i”).

A regulamentação profissional não define especificamente o tempo de duração de atendimento e/ou número de sessões, pois isso depende da característica do serviço prestado. **Desta forma, a não regulamentação quanto ao tempo de atendimento não dá às instituições o direito de decidir por este aspecto indiscriminadamente, visto que a(o) psicóloga(o) deve ter autonomia na identificação do tempo de atendimento** (e para escolher as técnicas e métodos científicos da

Psicologia) a partir da sua avaliação técnica frente a cada caso atendido ou trabalho desenvolvido.

6.2 Atendimentos a crianças adolescentes:

Em se tratando de atendimento individual de crianças e adolescentes, ressalta-se que embora o acolhimento possa ser realizado por demanda espontânea, o primeiro atendimento deve ter a presença dos pais ou representante legal, a fim de obter autorização de ao menos um dos responsáveis.

6.4 Situações de Atendimento On-line:

Em algumas situações, especialmente devido às ocorrências recentes de restrição ao contato pessoal com os usuários (pandemia), houve a necessidade de abordagem de forma *on-line*. Devido ao caráter recente as orientações devem ser realizadas em resolução específica prevista em documento do CRP (manuais) on-line.

6.5 Visitas Domiciliares e atendimento domiciliar:

Mantendo as mesmas observações do atendimento individual para a qualidade do trabalho, seguindo as orientações quanto a necessidade do sigilo, porém levando em conta o contexto social do usuário, procurando acolher, realizar busca ativa e atender aqueles que por motivos particulares não possam comparecer à Unidade de Saúde.

6.6 Atendimento em Grupos de Ação em Saúde fora da Unidade:

São indicações para formar e entender as dinâmicas do grupo, com seus objetivos. Os Grupos podem ocorrer nas áreas de referências disponíveis

na região, tais como escolas, igrejas, instituições ou comunidades, dependências disponíveis para ações solidárias.

6.7 Reuniões de Equipe:

Espaço para articular e desenvolver trabalhos em Equipe, pode ser útil também para realizar reflexões sobre o importante exercício da convivência e do comportamento ético.

6.8 Sobre os encontros em locais públicos:

Lembramos a importância do sigilo e de utilizar as mesmas regras éticas em locais públicos. É direito dos usuários atendidos que quaisquer assuntos particulares não sejam abordados em locais em que possam trazer risco à quebra do sigilo profissional. Julgar sempre se a situação permite comentar alguns assuntos e, assim que possível, encaminhar o usuário para um ambiente mais adequado.

6.9 Sobre o Psicólogo e a Justiça:

No caso de a(o) Psicóloga (o) ser abordado pela Justiça, enquanto profissional, em seu Artigo 10º, o Código de Ética discorre sobre o manejo da situação envolvendo o sigilo e as exceções. O art. 11º observa que quando requisitado a depor em Juízo, o Psicólogo poderá prestar informações, considerando o previsto neste código.



7. REGISTROS E COMUNICAÇÃO

7.1 O prontuário eletrônico ou arquivo pessoal:

De acordo com a Carta dos Direitos do Usuários da Saúde (Ministério da Saúde,2011), todas as pessoas têm direito a atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, e para isso deve ser assegurado, além de outras determinações: registro atualizado e legível no prontuário com informações referentes a motivo do atendimento e/ou internação; dados de observação e da evolução clínica; prescrição terapêutica; avaliações dos profissionais da equipe; identificação do responsável pelas anotações; e outras informações que se fizerem necessárias.

Outro aspecto importante, é o direito garantido de todas as pessoas do acesso ao conteúdo do seu prontuário ou de pessoa por ele autorizada e a garantia de envio e fornecimento de cópia, em caso de encaminhamento a outro serviço ou mudança de domicílio. (Ministério da Saúde,2011) Portanto, os registros em prontuário eletrônico precisam seguir as normas éticas do Conselho de Psicologia e os Direitos dos Usuários de Saúde, mantendo informações claras e objetivas, que servirão como fundamentação para outros documentos que necessitem ocasionalmente produzir; para subsidiar o trabalho da equipe de saúde e para auxiliar na construção de hipóteses diagnósticas e possibilidades de tratamento.

Importante ressaltar, que o prontuário pertence ao usuário de saúde e não é somente um registro de trabalho, necessitando observar a postura ética de sua utilização. Caso sejam identificadas informações importantes que

devem ficar em sigilo profissional, recomenda-se o uso do recurso de registro documental particular pelo profissional de psicologia (como registro em papel ou documento eletrônico privado), que deverá ser mantido atualizado e em local seguro e protegido.

7.2 E-mail e outras formas de comunicação com a Rede:

- ✓ Estabelecido que o contato entre profissionais da rede, quando realizado a distância, será exclusivamente por meios institucionais, através de e-mail e telefone da unidade de saúde; e

- ✓ Não se recomenda ao profissional informar telefone particular para os usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, PNAB. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 maio 2023.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 06 abr 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122 de 25 de Janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jan 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080 de, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União; 2012. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.208 de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 18 jun 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/melhor-em-casa>> acesso em 25 Jul 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Ministério da Saúde. 3. ed. – Brasília, DF. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) na atenção básica à saúde / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 2. ed. Brasília : CFP, 2019. 87 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução n.º 10/05, 2005. Código de Ética Profissional dos Psicólogos, CFP, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 006/2019, 2019. Institui as regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional, e revoga a Resolução CFP nº 015/1996, a Resolução CFP nº 007/2003 e a Resolução CFP nº 004/2019. CFP, 2019.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2022, Edição: 142, Seção: 1, Página: 151. RESOLUÇÃO Nº 17, DE 19 DE JULHO DE 2022: Dispõe acerca de parâmetros para práticas psicológicas em contextos de atenção básica, secundária e terciária de saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-17-de-19-de-julho-de-2022-41833366>

GOMES, Fernanda Maria Donato. Plantão psicológico: novas possibilidades em saúde mental. Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto , v. 9, n. 1, p. 39-44, jun. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702008000100007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 25 jul 2023.

MORATO, Henriette Tognetti Penha. Abordagem centrada na pessoa: teoria ou atitude na relação de ajuda ? Aconselhamento psicológico centrado na pessoa. Tradução . São Paulo: Epu, 1987.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p

ANEXOS

Distribuição da carga horária dos psicólogos da AB segundo Resolução CFP
nº 17, de 19 de julho de 2022.

CÁLCULO AGENDA PSICÓLOGO 30H SEMANAIS/ 120 MENSAIS RESOLUÇÃO CFP

| AÇÕES | ATIVIDADES POR CARGA HORÁRIA MÍNIMA | | | ATIVIDADES POR CARGA HORÁRIA MÁXIMA | | |
|---|-------------------------------------|----------------|-----------------|-------------------------------------|----------------|-----------------|
| | C.H MENSAL MÍNIMA | Nº ATEND. MÍN. | Nº ATEND. MÁX | C.H. MENSAL MÁXIMA | Nº ATEND. MÍN. | Nº ATEND. MÁX |
| AI e AÇÕES DE ACOLHIMENTO- 5% a 15% | 6h. | 12 de 30 min. | 8 de 45 min. | 18h. | 36 de 30 min. | 24 de 45 min. |
| AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE- 5% a 10% | 6h. | 4 de 90 min. | 3 de 120 min. | 12h. | 8 de 90 min. | 6 de 120 min. |
| AC/ INTERCONSULTA- 5% a 15% | 6h. | 12 de 30 min. | 8 de 45 min. | 18h. | 36 de 30 min. | 24 de 45 min. |
| PRATICAS GRUPAIS- 5%-15% | 6h. | 6 de 60 min. | 4 de 90 min. | 18h. | 18 de 60 min. | 12 de 90 min. |
| PTS/DC/REUNIÃO DE EQUIPE- 25% a 35% | 30h. | 20 de 90 min. | 10 de 180 min. | 42h. | 28 de 90 min. | 14 de 180 min. |
| ATEND. FAMILIAR- 5% | 6h. | 6 de 60 min. | 4 de 90 min. | 6h. | 6 de 60 min. | 4 de 90 min. |
| ARTICULAÇÃO DE REDE INTER E INTRA/ VISITA INSTITUCIONAL- 5% a 15% | 6h. | 4 de 90 min. | 1,5 de 240 min. | 18h. | 12 de 90 min. | 4,5 de 240 min. |
| VISITA DOMICILIAR- 5% a 15% | 6h. | 4 de 90 min. | 3 de 120 min. | 18h. | 12 de 90 min. | 9 de 120 min. |
| ELABORAÇÃO DE DOCUMENTO- 5% | 6h. | 4 de 90 min. | 3 de 120 min. | 6h. | 4 de 90 min. | 3 de 120 min. |
| SUPERVISÃO/PRECEPTORIA/MONOGRAFIA/PESQUISA- 5% a 10% | 6h. | 4 de 90 min. | 3 de 120 min. | 12h. | 8 de 90 min. | 6 de 120 min. |

FICHA DE COMPARTILHAMENTO DE CASOS ENTRE SERVIÇOS

(Roteiro de discussão de caso, em contatos diretos com as equipes de AB)

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Nome da mãe:

Unidades de Saúde de referência:

Endereço:

Telefone de contato:

1. Breve descrição do caso:

(Descrever histórico do usuário/família em questão)

2. Motivo do encaminhamento:

(O que foi identificado como questão de saúde que necessita de atenção da equipe de AB)

3. A família/usuário já realiza acompanhamento em outros serviços? Se sim quais:

4. Quais condutas já foram tomadas até aqui para esse caso?

5. O usuário/família demonstra vontade e/ou disponibilidade para receber atendimento em Saúde?

6. A família/usuário compreendem o motivo desse encaminhamento?

7. Observações complementares:

8. Qual o técnico de referência do seu serviço para trocas referentes a esse caso?

9. Informe contatos e horários que podemos acessar o técnico de referência em caso de necessidade: