



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO AZUL



# PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO PSICOLOGIA

RIO AZUL/PR

2025



**Leandro Jasinski**  
**Prefeito Municipal**

**Maria Elaine Pacanaro**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

**Elaborado por:**  
**Juliane Rodrigues de Souza Ceuchuk**  
**Cleide Ferreira da Silva**

Aprovado pelo Grupo Especial de Apoio à Gestão e Secretária  
Municipal de Saúde em 08/08/2025

Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em: 25/08/2025



## SUMÁRIO

1. Introdução e Importância da Psicologia na Atenção Básica do SUS	3
2. Tipos de Atendimentos Ofertados pelos Psicólogos da Equipe Multiprofissional na Atenção Básica	3
2.1. Definição de Sofrimento Psicológico	3
2.1.1. Sofrimento Psicológico Relacionado à Ansiedade	3
2.1.2. Sofrimento Psicológico Relacionado à Depressão	4
2.1.3. Sofrimento Psicológico Relacionado a Transtornos de Estresse	4
2.1.4. Sofrimento Psicológico Relacionado à Dor Crônica	4
2.1.5. Sofrimento Psicológico Relacionado à Solidão e Isolamento Social	4
2.1.6. Sofrimento Psicológico Relacionado a Transtornos de Comportamento Alimentar	5
2.1.7. Sofrimento Psicológico Relacionado a Transtornos Obsessivo-Compulsivos	5
2.1.8. Sofrimento Psicológico Relacionado a Transtornos de Personalidade	5
2.1.9. Sofrimento Psicológico Relacionado a Condições Médicas	6
2.1.10. Sofrimento Psicológico Relacionado a Mudanças de Vida e Transições	6
2.2 Avaliação/Triagem	6
2.3. Atendimento Individual de Psicoterapia Breve	6
2.4. Atendimento em Grupo	7
2.5. Atendimento Domiciliar	7
3. Psicoterapia Breve na Atenção Básica: Fundamentos e Características	7
4. A Essência do Papel Generalista do Psicólogo na Atenção Básica	10
5. Encaminhamentos à Psicologia na Atenção Básica	10
5.1 Porta de Entrada e Fluxo de Encaminhamentos para a Psicologia na Atenção Básica	11
6. Qualificação dos Encaminhamentos à Psicologia na Atenção Básica	12
7. Critérios para Encaminhamento à Psicologia na Atenção Básica	12
8. Critérios de Exclusão para Atendimento Psicológico na Atenção Básica	13
9. Classificações na Avaliação/Triagem Psicológica na Atenção Básica	16
9.1 Classificação VERMELHO: Risco Elevado/Urgente	16
9.1.1 Os qualificadores para essa classificação são:	16
9.1.2 Para Infância e Adolescência, além dos critérios gerais, deve-se considerar adicionalmente:	17
9.2 Classificação VERDE: Risco Moderado/Pouco Urgente	17
9.2.1 Os qualificadores para essa classificação são:	18
9.2.2 Classificação VERDE: Risco Moderado/Pouco Urgente (Infância e Adolescência)	19
9.3 Classificação AZUL: Risco Baixo/Não Urgente	20
9.3.1 Os qualificadores para essa classificação são:	20
9.3.2 Qualificadores para Infância e Adolescência na Classificação AZUL:	21
10. Critérios para Alta ou Desligamento da Psicoterapia Individual na Atenção Básica	21
11. Considerações Gerais para a Atuação da Psicologia na Atenção Básica	22
REFERÊNCIAS	24
ANEXO I	26

## 1. Introdução e Importância da Psicologia na Atenção Básica do SUS

A presença da Psicologia no Sistema Único de Saúde (SUS) é de extrema importância, impactando diretamente a qualidade e a abrangência dos serviços de saúde no Brasil.

Conforme Ferreira Neto (2010), a atuação do psicólogo no SUS vai muito além da clínica tradicional, estendendo-se à promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento de transtornos mentais, suporte psicológico, assistência a populações vulneráveis, integração de cuidados interdisciplinares e promoção do bem-estar emocional.

Essa abordagem integral visa não só o enfrentamento de desafios do cotidiano, mas também a construção de hábitos saudáveis e a resiliência dos indivíduos e comunidades. A psicologia na Atenção Básica, como porta de entrada e ordenadora do cuidado, desempenha um papel estratégico na identificação precoce de sofrimentos, no apoio às equipes e na articulação com a rede de atenção, contribuindo para um sistema de saúde mais resolutivo e humanizado.

## 2. Tipos de atendimentos Ofertados pelos Psicólogos da Equipe Multiprofissional na Atenção Básica

### 2.1. Definição de Sofrimento Psicológico

Na área da **Psicologia da Saúde**, o sofrimento psicológico pode ser classificado de várias formas, dependendo dos enfoques teóricos e das condições de saúde mental que afetam os indivíduos. Neste Protocolo Operacional Padrão, aceitam-se estes conceitos para sofrimento psicológico

#### 2.1.1. Sofrimento Psicológico Relacionado à Ansiedade

**Transtornos de Ansiedade:** A ansiedade é uma resposta emocional comum, mas, quando se torna excessiva, pode gerar sofrimento psicológico intenso. Os transtornos de ansiedade incluem:

- **Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG):** Preocupações excessivas e incontroláveis sobre diversos aspectos da vida, causando sofrimento persistente.
- **Transtorno do Pânico:** Crises súbitas e intensas de medo que podem ser acompanhadas de sintomas físicos, como falta de ar e palpitações.
- **Fobia Social:** Medo irracional de situações sociais que interfere no cotidiano da pessoa.

**Causa do Sofrimento:** A constante preocupação e o medo geram tensão emocional, impacto na qualidade de vida e incapacidade de lidar com o cotidiano.

**Aaron T. Beck** (1976), ao desenvolver a Terapia Cognitiva, identificou que



distorções cognitivas são a raiz da ansiedade excessiva, ampliando o sofrimento psicológico.

### 2.1.2. Sofrimento Psicológico Relacionado à Depressão

**Transtorno Depressivo Maior (TDM):** Caracteriza-se pela tristeza profunda, perda de interesse nas atividades diárias e sensação de desesperança.

**Distímia:** Forma crônica de depressão com sintomas menos intensos, mas persistentes ao longo do tempo.

**Causa do Sofrimento:** A perda de prazer nas atividades cotidianas e a sensação de inutilidade podem afetar profundamente a funcionalidade da pessoa, gerando um sofrimento psíquico significativo. **Sigmund Freud** (1917) abordou a melancolia e a perda não resolvida como fontes centrais de sofrimento na depressão.

### 2.1.3. Sofrimento Psicológico Relacionado a Transtornos de Estresse

**Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT):** O sofrimento ocorre após vivenciar um evento traumático (como abuso, acidentes ou desastres), e a pessoa pode reviver constantemente a experiência por meio de pesadelos ou flashbacks.

**Transtorno de Estresse Agudo:** Sofrimento psicológico após eventos traumáticos, com sintomas semelhantes ao TEPT, mas de duração mais curta.

**Causa do Sofrimento:** O estresse pós-traumático interfere nas funções cognitivas e emocionais, gerando desconforto contínuo. **Bessel van der Kolk** (2014) sugere que o trauma impacta tanto a mente quanto o corpo, perpetuando o sofrimento psicológico.

### 2.1.4. Sofrimento Psicológico Relacionado à Dor Crônica

**Dor Psicogênica:** A dor crônica não tem explicação física clara, mas está associada a processos psicológicos, como o sofrimento emocional e o estresse psicológico.

**Fibromialgia:** Transtorno que causa dor muscular e fadiga, com forte componente emocional.

**Causa do Sofrimento:** A dor persistente e os impactos psicológicos associados (ansiedade, depressão) geram uma sensação de incapacidade e sofrimento constante. **Michael Foucault** (1982) discutiu como o sofrimento psicológico pode ser alimentado pela percepção social da dor, não apenas pela dor física em si.

### 2.1.5. Sofrimento Psicológico Relacionado à Solidão e Isolamento Social

**Solidão:** A sensação de desconexão e isolamento de outros pode gerar um sofrimento psicológico profundo, levando à depressão e ansiedade.

**Transtorno de Personalidade Dependente:** Pessoas com esse transtorno podem experimentar sofrimento psicológico devido à extrema necessidade de apoio e cuidado de outras pessoas.



**Causa do Sofrimento:** O isolamento social e a falta de apoio emocional levam a um estado de desamparo e solidão, o que pode intensificar outros problemas psicológicos. **John Bowlby** (1988) estudou como a falta de vínculos seguros no início da vida pode resultar em sofrimento psicológico contínuo.

## 2.1.6. Sofrimento Psicológico Relacionado a Transtornos de Comportamento Alimentar

**Anorexia Nervosa:** Sofrimento psicológico relacionado à distorção da imagem corporal e ao controle excessivo do peso.

**Bulimia Nervosa:** Comportamentos de compulsão alimentar seguidos de purgação, gerando sofrimento emocional.

**Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP):** Episódios de comer compulsivamente, seguidos de sentimentos de vergonha e culpa.

**Causa do Sofrimento:** O sofrimento está relacionado à percepção corporal negativa e à incapacidade de lidar com as emoções de forma saudável. **Albert Ellis** (1962) propôs que as crenças irracionais sobre o corpo são a base do sofrimento nos transtornos alimentares.

## 2.1.7. Sofrimento Psicológico Relacionado a Transtornos Obsessivo-Compulsivos

**Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC):** Caracteriza-se por obsessões (pensamentos intrusivos e angustiantes) e compulsões (comportamentos repetitivos para reduzir a ansiedade).

**Causa do Sofrimento:** De acordo com **T. Beck** (1976) as obsessões e compulsões geram angústia e prejuízo nas atividades. **T. Beck** (1976) também abordou como as distorções cognitivas contribuem para o sofrimento causado por obsessões e compulsões.

## 2.1.8. Sofrimento Psicológico Relacionado a Transtornos de Personalidade

**Transtorno de Personalidade Borderline:** Caracteriza-se por instabilidade emocional, impulsividade e relacionamentos interpessoais intensos e caóticos.

**Transtorno de Personalidade Narcisista:** Relacionado a sentimentos exagerados de grandiosidade e uma necessidade constante de validação, o que causa sofrimento tanto para a pessoa quanto para os outros.

**Causa do Sofrimento:** A dificuldade em regular as emoções e manter relações saudáveis leva a um sofrimento emocional intenso e prolongado. **Carl Rogers** (1961) sugere que esse sofrimento pode ser causado pela discrepância entre o **self real** e o **self ideal**, dificultando a adaptação emocional.



## 2.1.9. Sofrimento Psicológico Relacionado a Condições Médicas

**Transtornos Psicológicos Secundários a Doenças Físicas:** Indivíduos com doenças crônicas (câncer, HIV, etc.) podem desenvolver sofrimento psicológico em resposta às limitações físicas e ao medo relacionado à doença.

**Sofrimento Psicológico Relacionado à Mortalidade:** O impacto emocional de uma doença terminal ou crônica grave pode gerar sofrimento psicológico intenso, como ansiedade, depressão e medo.

**Causa do Sofrimento:** Viktor Frankl (1946) afirmou que a falta de significado diante da adversidade, como uma doença grave, pode intensificar o sofrimento psicológico. A busca por significado pode ajudar a reduzir esse sofrimento.

## 2.1.10. Sofrimento Psicológico Relacionado a Mudanças de Vida e Transições

**Crises de Vida:** Eventos de vida estressantes, como o divórcio, a perda de um ente querido ou mudanças significativas no trabalho ou na saúde, podem causar sofrimento psicológico.

**Luto:** A perda de uma pessoa querida pode gerar uma série de reações emocionais e psicológicas, como tristeza profunda, raiva, e desconforto.

**Causa do Sofrimento:** Daniel Goleman (1995) propôs que a falta de inteligência emocional para lidar com mudanças significativas pode agravar o sofrimento psicológico durante esses períodos de transição.

## 2.2 Avaliação/Triagem

Ao ser encaminhado para a psicologia na unidade de saúde, o usuário passará por uma avaliação inicial com o profissional psicólogo, conforme agendamento realizado na recepção da unidade. Esta etapa é crucial para a escuta qualificada da demanda, a compreensão do contexto psicossocial do indivíduo e a identificação de possíveis riscos ou vulnerabilidades.

Após esta avaliação, o profissional psicólogo realizará uma classificação do caso, utilizando critérios técnicos e éticos para definir a prioridade e a modalidade de intervenção mais adequada, seja ela individual, grupal, matricial ou o encaminhamento para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme as diretrizes deste protocolo e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

## 2.3. Atendimento Individual de Psicoterapia Breve

Os casos classificados pelo psicólogo na avaliação como elegíveis para atendimento individual serão acompanhados por meio de psicoterapia breve, uma modalidade de intervenção focada na resolutividade de demandas específicas e no desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento dos problemas de sofrimentos psicológicos.

Este modelo de atendimento, alinhado à lógica da Atenção Básica, visa à autonomia do usuário e à sua reinserção ou fortalecimento no território. O



acompanhamento terá um limite de no máximo 10 sessões, podendo ser reiniciado após nova avaliação médica.

## 2.4. Atendimento em Grupo

A critério do profissional psicólogo, poderão ser realizados atendimentos em grupos, configurando uma potente estratégia de cuidado coletivo na Atenção Básica. Estes grupos podem ser organizados tanto para pacientes com patologias ou condições de saúde similares (ex: grupos de apoio para pessoas com diabetes, hipertensão, ou sofrimento psicológico comum), quanto como grupos de informação/orientação (ex: grupos de gestantes, de cuidadores, de promoção de hábitos saudáveis). Sendo no mínimo com 3 pacientes.

A metodologia grupal favorece a troca de experiências, o fortalecimento de vínculos, a redução do estigma e a construção coletiva de soluções, potencializando a promoção da saúde e a prevenção de agravos em um contexto de apoio mútuo e aprendido.

## 2.5. Atendimento Domiciliar

O atendimento domiciliar é uma modalidade de intervenção fundamental para a integralidade do cuidado, possibilitando a avaliação e o aconselhamento psicológico de pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção, mediante encaminhamento da equipe de saúde da família.

Este tipo de atendimento permite ao psicólogo compreender o indivíduo em seu contexto familiar e social, identificar determinantes de saúde e doença no ambiente doméstico e oferecer suporte direto a pacientes e seus cuidadores. A realização do atendimento domiciliar deve ser acordada e planejada em conjunto entre a equipe de saúde da família e o psicólogo, através do PTS - Projeto Terapêutico Singular, garantindo a coordenação do cuidado e a otimização dos recursos da unidade.

## 3. Psicoterapia Breve na Atenção Básica: Fundamentos e Características

A psicoterapia breve é uma modalidade de intervenção psicológica estruturada, com tempo delimitado, foco específico e objetivos terapêuticos definidos, voltada para o enfrentamento de demandas emocionais pontuais e situações de sofrimento psicológico leve a moderado.

No contexto do SUS, a psicoterapia breve é uma estratégia clínica alinhada aos princípios da Atenção Básica, pois permite ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental de forma resolutiva, acolhedora e territorializada, respeitando os princípios da universalidade, equidade, integralidade e continuidade do cuidado.

De acordo com o Caderno da Atenção Básica nº 34 – Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2013), intervenções psicoterapêuticas de curta duração podem



ser utilizadas na Atenção Básica, desde que pautadas por objetivos claros, com tempo definido e foco específico.

A mesma diretriz é reafirmada pelo Manual de Atenção Psicossocial na APS (OPAS/MS, 2020), que reconhece a psicoterapia breve como ferramenta eficaz no cuidado de usuários com sofrimento psicológico que não demandam atendimento especializado contínuo.

As intervenções psicoterapêuticas breves têm demonstrado eficácia no cuidado de usuários com sofrimento psíquico leve e moderado no âmbito da Atenção Primária, favorecendo a resolução das queixas e evitando encaminhamentos desnecessários.  
(OPAS/MS, 2020, p. 54)

A aplicação da psicoterapia breve no serviço deve respeitar os seguintes critérios:

- Duração previamente pactuada (geralmente entre 4 e 10 sessões);
- Estabelecimento de metas terapêuticas objetivas e viáveis;
- Ênfase na resolução de uma queixa ou problema principal;
- Estímulo à autonomia do usuário e ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento;
- Possibilidade de reavaliação ao final do processo para redirecionamento do cuidado, se necessário.

Essa abordagem não substitui o cuidado especializado ofertado em outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas complementa a atenção integral ao oferecer suporte terapêutico oportuno, acessível e resolutivo na porta de entrada do sistema de saúde.

O uso da psicoterapia breve também está em consonância com o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução CFP nº 010/2005), que orienta o profissional a considerar os recursos disponíveis, a complexidade da demanda e a efetividade técnica de sua intervenção.

Na atenção básica, a psicoterapia breve é a principal modalidade de atendimento individual, sendo uma abordagem estratégica e focada para lidar com os pacientes. Ela se baseia em um processo conciso, mas aprofundado, que visa a resolutividade de demandas específicas dentro do contexto do SUS.

Seus pilares fundamentais são:

- **Análise do quadro do paciente:** O processo se inicia com uma avaliação diagnóstica cuidadosa, que busca compreender o estado do paciente, seu histórico, contexto de vida e os fatores que contribuem para sua condição atual. Essa análise não se restringe apenas aos sintomas, mas abrange o indivíduo de forma integral.
- **Definição de um foco e de estratégias para alcançá-lo:** Diferente de terapias de longa duração, a psicoterapia breve opera com um foco terapêutico claro e delimitado. Isso significa que, em conjunto com o paciente, são estabelecidos



objetivos específicos e realistas para o tratamento, e o trabalho se direciona para o alcance dessas metas por meio de estratégias terapêuticas planejadas.

- **Trabalho em conjunto entre o paciente e o profissional:** A relação terapêutica na psicoterapia breve é colaborativa. O paciente é visto como protagonista ativo em seu processo de mudança, e o psicólogo atua como facilitador e guia, auxiliando-o a explorar suas dificuldades e encontrar soluções.
- **Utilização dos próprios recursos do paciente:** Um dos princípios centrais é o de potencializar as capacidades e os recursos internos do paciente. A psicoterapia breve ajuda o indivíduo a reconhecer e mobilizar suas forças, habilidades e experiências prévias para enfrentar os desafios atuais, promovendo autonomia e resiliência.
- **Enfrentamento dos desafios dentro de períodos de tempo específicos:** A delimitação temporal é uma característica marcante. O trabalho é estruturado para ocorrer em um período de tempo predefinido (como mencionado anteriormente, no máximo 10 sessões), o que estimula o paciente e o profissional a manterem o foco e a buscarem resultados efetivos dentro desse limite.

O atendimento psicológico na Atenção Básica segue a lógica de intervenções breves, estruturadas e focalizadas, com delimitação temporal, conforme estabelecem as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 2.436/2017), da Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3.088/2011) e da Política Nacional de Saúde Mental.

Essa abordagem visa garantir acesso ampliado e equitativo aos usuários, promovendo o cuidado em saúde mental de forma resolutiva, integral e contínua, sempre respeitando os princípios de universalidade, equidade, integralidade, humanização e responsabilização que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentro dessa lógica, destaca-se a psicoterapia breve como uma modalidade possível e adequada ao contexto da Atenção Básica. A psicoterapia breve é uma intervenção estruturada, com foco definido, duração limitada e objetivos terapêuticos claros, voltada para o enfrentamento de situações específicas, crises subjetivas e dificuldades emocionais pontuais. Essa abordagem é altamente compatível com o modelo de cuidado da Atenção Básica, pois permite a atuação efetiva diante de demandas leves a moderadas, favorecendo a autonomia do usuário e fortalecendo sua capacidade de enfrentamento.

A utilização de intervenções breves e a adoção da psicoterapia breve têm como objetivos:

- Garantir maior acessibilidade aos atendimentos psicológicos na rede pública;
- Evitar a cronificação de vínculos terapêuticos na Atenção Básica;
- Estimular a resolutividade dos casos dentro do território e com o apoio da equipe multiprofissional;
- Viabilizar o encaminhamento adequado para serviços especializados, quando necessário, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), respeitando os critérios de complexidade e integralidade do cuidado;
- Fortalecer o vínculo territorial e comunitário, articulando ações de cuidado intersetorial e promoção da saúde mental.



Cabe destacar que a prática da psicoterapia breve na Atenção Básica não substitui o cuidado especializado, mas sim cumpre um papel estratégico na organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), garantindo acolhimento qualificado, escuta ativa, avaliação contínua e intervenções orientadas à melhoria da qualidade de vida dos usuários no seu território de vida. Essa abordagem se alinha perfeitamente com a proposta da Atenção Básica de oferecer um cuidado resolutivo, acessível e centrado nas necessidades imediatas do paciente, sem negligenciar a profundidade necessária para a promoção da saúde mental.

#### **4. A Essência do Papel Generalista do Psicólogo na Atenção Básica**

O psicólogo que atua na Atenção Básica do SUS desempenha um papel fundamentalmente generalista, diferenciando-se da prática especializada comumente encontrada em outros níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS) ou no setor privado. Esta característica é central e intrínseca à própria natureza da Atenção Básica como porta de entrada e centro de coordenação do cuidado. Consequentemente, não é atribuição deste profissional dispor de abordagens de tratamento altamente específicas e especializadas que exijam uma profundidade teórica-clínica ou um tempo de acompanhamento que excedam as possibilidades e as diretrizes desse nível de atenção.

A atuação generalista do psicólogo na Atenção Básica implica em uma capacidade abrangente de acolhimento e manejo de diversas demandas de sofrimento psicológico, desde as mais leves até as mais complexas, sempre sob a ótica da promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado longitudinal.

O foco principal não é a cura de patologias psiquiátricas graves por meio de psicoterapias de longa duração, mas sim a identificação precoce, a intervenção breve e focada, a psicoeducação, o apoio psicossocial e a capacidade de realizar encaminhamentos qualificados para os pontos de atenção mais adequados da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) quando a complexidade do caso assim exigir.

Este perfil generalista permite ao psicólogo ser um articulador dentro da equipe multiprofissional, oferecendo apoio matricial para capacitar outros profissionais a lidar com questões de saúde mental no cotidiano, e desenvolvendo ações coletivas e comunitárias que abordam os determinantes sociais da saúde.

A expertise reside na adaptabilidade, na visão integral do indivíduo em seu território e na habilidade de empregar diversas estratégias (como a psicoterapia breve, grupos terapêuticos, visitas domiciliares e intersetorialidade) para promover a saúde mental da população de forma acessível e equitativa, conforme os princípios do SUS.

#### **5. Encaminhamentos à Psicologia na Atenção Básica**

Os encaminhamentos para o serviço de psicologia na Atenção Básica são um componente crucial para a organização do fluxo de cuidado e para garantir que os usuários com demandas em saúde mental recebam o suporte adequado.

Para assegurar a coordenação do cuidado e a integralidade, esses encaminhamentos devem ser preferencialmente referenciados por profissionais que já acompanham o usuário e que identificam a necessidade da intervenção psicológica, garantindo um olhar contextualizado sobre a demanda.

Dessa forma, os encaminhamentos à psicologia na atenção básica devem ser feitos por:

- **Profissionais de saúde do próprio SUS:** Trata-se de médicos das Equipes de Saúde da Família (ESF). A referência interna garante que o psicólogo receba informações clínicas relevantes e que o caso já tenha sido analisado por um profissional com condições de realizar a estratificação de saúde mental.

É fundamental que os encaminhamentos contenham informações claras sobre o motivo da referência, as intervenções já realizadas e as expectativas em relação ao acompanhamento psicológico, promovendo uma transição de cuidado mais fluida e eficaz.

### **5.1 Porta de Entrada e Fluxo de Encaminhamentos para a Psicologia na Atenção Básica**

A porta de entrada para o acesso à psicoterapia e demais intervenções psicológicas na Atenção Básica será **exclusivamente** os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa diretriz visa fortalecer a lógica de rede do SUS, garantindo que o cuidado seja coordenado e que os usuários sejam acompanhados de forma integral, respeitando os fluxos e as especificidades de cada serviço público.

Nesse sentido, não serão admitidos encaminhamentos provenientes de outras redes, como a educação (municipal e estadual) ou a assistência social, nem da rede privada de saúde ou de profissionais autônomos. A avaliação e a referência para o atendimento com a psicologia da Atenção Básica devem ser feitas unicamente por um profissional de nível superior da rede pública de saúde, preferencialmente um médico da equipe de saúde da família.

Essa medida busca otimizar os recursos públicos, priorizar a população adscrita ao território da unidade de saúde e assegurar que os atendimentos psicológicos na Atenção Básica estejam alinhados com os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS.

Quando uma criança for indicada pela rede de educação (por professores, psicopedagogos ou psicólogos escolares), ela deverá ser encaminhada diretamente ao médico da equipe de saúde da família, da área a qual pertence. Para que essa avaliação seja completa e precisa, a equipe de saúde deve solicitar à rede de educação os dados referentes ao atendimento da criança e as ações já realizadas no âmbito educacional. Somente após a avaliação do médico, e com a posse desses dados, o encaminhamento interno para a psicologia da Atenção Básica será considerado pertinente.

O encaminhamento referenciado por um profissional do SUS deverá conter um relato detalhado da avaliação clínica realizada e a justificativa para o atendimento na saúde. Casos que já estejam em acompanhamento na rede privada e necessitem de continuidade no SUS deverão passar pela avaliação inicial do médico da equipe de saúde da família da área a qual pertence, que farão a referência interna, se pertinente, para a psicologia da Atenção Básica



## 6. Qualificação dos Encaminhamentos à Psicologia na Atenção Básica

A qualificação dos encaminhamentos é um passo crucial para assegurar que o atendimento psicológico na Atenção Básica seja direcionado aos pacientes que realmente necessitam do acompanhamento e que o cuidado seja o mais efetivo possível. Encaminhamentos completos e claros otimizam o tempo do profissional de psicologia e da equipe de saúde, facilitando a triagem, a priorização e a compreensão inicial da demanda.

Para tanto, é imprescindível que o encaminhamento contenha as seguintes informações:

- **Nome completo do encaminhado:** Garante a identificação precisa do paciente.
- **Se criança ou adolescente, nome completo do responsável:** Essencial para questões legais, éticas e para o estabelecimento de contato com a família.
- **Endereço:** Permite a localização do paciente no território, facilitando, se necessário, ações como visitas domiciliares ou a compreensão do contexto social.
- **Telefone para contato:** Fundamental para o agendamento do acolhimento ou da avaliação inicial, bem como para comunicações futuras.
- **Motivo do encaminhamento de forma detalhada:** Este é o ponto mais crítico. O profissional que encaminha deve descrever de maneira clara e objetiva os sintomas apresentados, o histórico relevante, as intervenções já realizadas (se houver) e, se possível, as expectativas em relação ao acompanhamento psicológico. Um motivo detalhado permite ao psicólogo uma compreensão prévia da complexidade do caso e auxilia na definição da melhor abordagem.

A ausência ou incompletude dessas informações pode atrasar o processo de acolhimento e comprometer a qualidade da avaliação inicial, por isso, a colaboração entre os profissionais da rede é fundamental para a efetividade do fluxo de encaminhamentos.

## 7. Critérios para Encaminhamento à Psicologia na Atenção Básica

Para otimizar o acesso e garantir que a psicologia na Atenção Básica atenda às necessidades mais pertinentes do território, foram estabelecidos critérios claros para o encaminhamento de pacientes.

Estes critérios visam direcionar os casos adequados ao perfil de atuação generalista e breve da psicologia neste nível de atenção, ao mesmo tempo em que reconhecem as limitações e a necessidade de articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Os quadros que se enquadram nos critérios para encaminhamento à psicologia na Atenção Básica são:

**Quadros que exigem suporte psicológico em conjunto com outras clínicas:** Incluem-se aqui pacientes com depressões situacionais, ou que demandam apoio emocional frente a condições de saúde crônicas, como obesidade, reumatologia, ou em preparação e acompanhamento pós- cirurgia bariátrica. Pacientes com transtornos mentais com alta dos serviços especializados (como CAPS ou



ambulatoriais) que necessitam de continuidade do cuidado e monitoramento na Atenção Básica também são elegíveis. O objetivo é oferecer suporte psicossocial para adesão ao tratamento, enfrentamento de desafios e melhoria da qualidade de vida.

**Transtornos de ansiedade com sintomas intensos:** Serão encaminhados pacientes com transtornos de ansiedade que apresentem sintomas intensos, gerando sofrimento significativo e prejuízo funcional no cotidiano, e que demonstrem dificuldade de manejo inicial pela equipe. Isso inclui quadros que impactam a vida social, profissional e pessoal do indivíduo, e também transtornos de somatização graves, onde o sofrimento psicológico se manifesta predominantemente através de sintomas físicos sem explicação médica clara.

**Transtornos depressivos graves e/ou recorrentes:** Pacientes com transtornos depressivos considerados graves ou recorrentes que causem prejuízo substancial no desempenho do trabalho e nas atividades diárias podem ser encaminhados. A intervenção visa o manejo dos sintomas, a prevenção de recaídas e a promoção da funcionalidade, sempre com um olhar atento para a necessidade de avaliação psiquiátrica e, se for o caso, encaminhamento complementar à rede especializada.

**Crianças ou adolescentes com Transtornos de Aprendizagem:** No que se refere às queixas de dificuldade de aprendizagem, a atuação da psicologia na Atenção Básica será focada apenas nos aspectos emocionais expressos através de sintomas psicopatológicos associados. Para que o encaminhamento seja aceito com esta queixa, deverá vir obrigatoriamente acompanhado de relatório psicopedagógico e/ou psicológico prévio que descarte queixas primárias de transtornos de aprendizagem e que esclareça os sintomas emocionais ou comportamentais que justificam a intervenção psicológica. A psicologia da Atenção Básica não realiza diagnóstico ou intervenção direta em transtornos específicos de aprendizagem, mas atua no suporte emocional decorrente dessas dificuldades.

**Crianças e adolescentes com dificuldades psicológicas graves (natureza aguda ou crônica):** que não se enquadram na estratificação de Alto risco do MACC Saúde Mental.

**Crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA):** Pacientes com diagnóstico de TEA deveriam ser referenciados ao serviço de referência específico para TEA no município ou região, com equipes e recursos especializados para o acompanhamento integral, quando não existe este serviço, o mesmo é ofertado pela Atenção Básica, mas nos moldes da Psicoterapia breve descritos neste protocolo.

## 8. Critérios de Exclusão para Atendimento Psicológico na Atenção Básica

Para manter a coerência com o perfil generalista da psicologia na Atenção Básica e otimizar os recursos para os casos que se beneficiam de sua atuação, é fundamental estabelecer critérios de exclusão claros. Esses critérios direcionam os pacientes para serviços mais adequados e especializados dentro da Rede de



Atenção Psicossocial (RAPS) ou outras redes de cuidado, garantindo a integralidade e a qualidade do tratamento.

Os casos que não serão elegíveis para acompanhamento psicológico na Atenção Básica são:

**Crianças menores de 2 anos:** A avaliação e intervenção psicológica para esta faixa etária demandam uma expertise específica e, muitas vezes, ambientes e recursos que vão além do escopo da Atenção Básica.

**Crianças ou adolescentes com Transtornos de Aprendizagem sem demanda emocional/comportamental:** Se a queixa principal for puramente de transtorno de aprendizagem, sem sintomas psicopatológicos ou emocionais associados que justifiquem a intervenção psicológica na Atenção Básica, o caso não será admitido. O foco da psicologia na AB para essa demanda é o sofrimento emocional decorrente, e não o tratamento direto do transtorno de aprendizagem.

**Quadros com sintomas psicóticos moderados ou graves:** Pacientes que apresentem alucinações, delírios e/ou comportamento desorganizado de intensidade moderada ou grave necessitam de acompanhamento em serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para manejo adequado do quadro.

**Quadros psiquiátricos que necessitem de esclarecimento diagnóstico:** Casos em que a principal necessidade é um diagnóstico psiquiátrico complexo, que demanda avaliação mais aprofundada por um especialista, devem ser encaminhados para psiquiatria em ambulatório ou CAPS.

**Ideação suicida e/ou tentativa de suicídio graves e persistentes:** Embora a Atenção Básica realize acolhimento e manejo inicial de risco, casos de ideação suicida grave e/ou tentativas de suicídio com alto risco e persistência requerem monitoramento intensivo e intervenção especializada, geralmente em CAPS ou serviços de emergência psiquiátrica.

**Comportamento agressivo permanente, frequente, duradouro e grave:** Comportamentos agressivos de alta intensidade e frequência que coloquem o próprio indivíduo ou terceiros em risco demandam intervenção em serviços com estrutura para manejo de crise e contenção, como CAPS ou emergências hospitalares.

**Demência já diagnosticada e tratada com sintomas psiquiátricos de difícil controle:** Pacientes com demência que já possuem diagnóstico e tratamento, mas apresentam sintomas psiquiátricos graves e de difícil manejo (como agressividade e psicose), devem ser acompanhados por serviços especializados em geriatria ou neurologia com suporte psiquiátrico.

**Esquizofrenia:** O manejo de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, por sua complexidade e cronicidade, é atribuição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços especializados em saúde mental.

**Casos de emergência e urgência psiquiátricos em situação de surto psicótico:** Situações agudas de surto psicótico configuram emergência psiquiátrica e devem ser encaminhadas diretamente para serviços de urgência e emergência ou CAPS, para estabilização do quadro.



**Crises agudas e pontuais de ansiedade ou ataques de pânico:** Embora a Atenção Básica possa realizar acolhimento e orientações, crises agudas e pontuais de ansiedade ou ataques de pânico que demandem intervenção imediata e específica para estabilização devem ser manejadas em serviços de urgência, se necessário, ou encaminhadas para avaliação psiquiátrica.

**Transtornos de Personalidade graves:** A complexidade e cronicidade dos Transtornos de Personalidade graves requerem acompanhamento especializado, geralmente em ambulatórios de saúde mental ou CAPS, com equipes multidisciplinares específicas para essa abordagem.

**Transtornos devido ao uso e dependência de substâncias químicas (álcool e drogas):** Casos de uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas devem ser referenciados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I), que possuem equipes e programas específicos para essa demanda.

**Crianças e adolescentes com problemas situacionais e familiares graves com grande prejuízo funcional:** Incluem-se aqui casos de dificuldades na elaboração de perdas significativas, traumas (como estresse pós-traumático grave após acidentes), situações familiares complexas como dependência química de familiares, depressão reativa com sintomas ansiosos, fóbicos ou outros que resultem em grave prejuízo das atividades de vida diária e prática e que demandem intervenção de maior complexidade. Esses casos, frequentemente, exigem suporte de serviços de maior intensidade ou de proteção social (CREAS).

**Crianças e adolescentes com dificuldades psicológicas graves (natureza aguda ou crônica):** que se enquadram na estratificação de Alto risco do MACC Saúde Mental. Este critério abrange situações graves em crianças e adolescentes, incluindo quadros psicóticos, esquizofrenia, transtorno bipolar, depressões e neuroses graves. Idealmente, essas situações seriam referenciadas a serviços especializados como o CAPS-i (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil). Com a ausência do CAPS-i, estas situações devem ser encaminhadas para o MACC Saúde Mental, que realizará a estratificação de Alto Risco, designando os pacientes que deverão ser atendidos pelo MACC e, caso não se enquadrem na modalidade de atendimento devem retornar para a AB.

**Luto que não esteja causando danos graves em seu cotidiano:** Embora a Atenção Básica acolha o sofrimento do luto, casos de luto considerados "normais" e que não estejam causando prejuízos funcionais graves, persistentes ou complicados no cotidiano do indivíduo, podem ser manejados com suporte da rede de apoio social e da própria equipe de saúde da família através da escuta qualificada. Casos de luto complicado ou com grave impacto funcional podem ser avaliados para intervenção breve, mas lutos não complicados não são foco principal da psicoterapia breve.

Para complementar os critérios de exclusão e refinar a elegibilidade para o atendimento psicológico na Atenção Básica, é importante esclarecer que eventos possivelmente traumáticos, como separações ou luto, por si só não são elegíveis para atendimento psicológico individual ou em grupo.

Tais fatos, embora geradores de dor e sofrimento inerentes à experiência humana, devem estar claramente associados a sinais de sofrimento emocional e prejuízos significativos no funcionamento cotidiano do paciente para justificar o acompanhamento psicológico na Atenção Básica. Isso significa que a intervenção será indicada quando houver:

- **Sintomas psicopatológicos** que excedam uma reação esperada ao evento (ex: depressão clínica instalada, ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático).
- **Dificuldade persistente em retomar as atividades de vida diária** (trabalho, estudos, autocuidado, relações sociais).
- **Impacto severo na qualidade de vida**, levando a isolamento, desesperança ou outras manifestações que indiquem uma desadaptação funcional.

Nesses casos, a psicologia da Atenção Básica atuará com foco na psicoterapia breve, auxiliando o paciente a mobilizar seus recursos para superar o sofrimento e restabelecer seu funcionamento, diferenciando-se do suporte social e emocional que pode ser oferecido pela equipe de saúde da família para situações de luto ou separação não complicadas.

## 9. Classificações na Avaliação/Triagem Psicológica na Atenção Básica

Para organizar e priorizar o atendimento psicológico na Atenção Básica, o profissional psicólogo realizará uma classificação de risco durante a avaliação/triagem inicial. Essa classificação permite direcionar os casos de forma eficiente, garantindo que as demandas mais urgentes e complexas recebam a atenção prioritária ou o encaminhamento adequado para serviços especializados. As categorias de classificação são:

### 9.1 Classificação VERMELHO: Risco Elevado/Urgente

A classificação Vermelho na triagem psicológica da Atenção Básica indica uma situação de Risco Elevado ou Urgente, demandando atenção prioritária devido ao potencial de ameaça à vida ou à integridade física e psicossocial do paciente ou de terceiros. Embora a intervenção possa ocorrer na Atenção Básica em certos cenários, essa classificação frequentemente sinaliza a necessidade de atendimento clínico imediato e/ou encaminhamento rápido para serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

#### 9.1.1 Os qualificadores para essa classificação são:

- **Quadro depressivo moderado com ideação suicida sem planejamento:** Indica um sofrimento psicológico significativo onde há pensamentos de morte, mas sem um plano suicida concreto. Apesar de não haver planejamento imediato, a presença da ideação suicida já configura um risco que exige vigilância e intervenção psicológica prioritária.
- **Transtornos conversivos/dissociativos com alteração aguda do comportamento e risco:** Situações onde há manifestação física ou alteração de



consciência que, de forma aguda, coloca em risco a própria integridade do indivíduo (ex: quedas, automutilação não intencional) ou a de terceiros. Esses quadros demandam avaliação e manejo rápidos.

- **Transtornos conversivos/dissociativos sem risco para si ou para terceiros:** Mesmo sem risco imediato, a natureza desses transtornos, que envolvem sintomas neurológicos ou dissociativos sem explicação médica, pode indicar um sofrimento psicológico intenso que necessita de intervenção psicológica focada. Embora menos urgente que o anterior, requer atenção para evitar a cronificação.
- **Quadros de ansiedade elevada que tragam prejuízos biopsicossociais:** Refere-se a níveis de ansiedade tão intensos que afetam gravemente as dimensões biológica (ex: sintomas físicos persistentes), psicológica (ex: preocupação excessiva, medo paralisante) e social (ex: isolamento, dificuldade de realizar atividades diárias). Esses quadros demandam intervenção para restaurar a funcionalidade e o bem-estar.
- **Luto que esteja causando danos graves no cotidiano:** Embora o luto seja uma reação natural, quando ele resulta em alterações comportamentais severas e persistentes como alteração no comportamento alimentar, choro excessivo, insônia crônica, ou outros impactos que desorganizam significativamente a vida diária do paciente, ele é considerado um luto complicado ou patológico, justificando intervenção psicológica.
- **Cuidado Paliativo:** Pacientes em cuidado paliativo frequentemente enfrentam intenso sofrimento psicológico relacionado à terminalidade da vida, dor, perdas e medos. O suporte psicológico é crucial para promover dignidade, manejo da dor total (física, emocional, social, espiritual) e qualidade de vida para o paciente e seus familiares.

### 9.1.2 Para Infância e Adolescência, além dos critérios gerais, deve-se considerar adicionalmente:

- **Episódios de crueldade com animais:** Este é um indicador de alerta para sofrimento psicológico grave e/ou transtornos de conduta em crianças e adolescentes. A crueldade com animais pode ser um precursor de comportamentos agressivos em relação a pessoas, exigindo uma avaliação psicológica aprofundada e intervenção imediata para proteção e manejo do comportamento.

### 9.2 Classificação VERDE: Risco Moderado/Pouco Urgente

A classificação Verde na triagem psicológica da Atenção Básica designa situações de Risco Moderado ou Pouco Urgente. Embora não representem uma ameaça imediata à vida, são condições que, se não abordadas, podem evoluir para um problema mais sério ou causar prejuízos significativos no bem-estar e funcionamento do indivíduo. Casos classificados como "Verde" justificam a solicitação de atendimento psicológico na Atenção Básica, com prioridade moderada no agendamento.



### 9.2.1 Os qualificadores para essa classificação são:

- **Casos que receberam alta dos serviços ambulatoriais e especializados em saúde mental (Policlínica e CAPS) que foram referenciados/contrarreferenciados à Atenção Primária:** Pacientes que concluíram um tratamento em nível secundário ou terciário e agora necessitam de acompanhamento para manutenção da saúde mental, prevenção de recaídas e fortalecimento de recursos no território. A Atenção Básica assume um papel crucial na continuidade do cuidado.
- **Transtornos alimentares (bulimia, anorexia, outros):** Embora casos graves possam necessitar de internação ou acompanhamento especializado de alta complexidade, pacientes com transtornos alimentares que apresentam estabilidade clínica e necessitam de suporte psicológico para manejo da relação com a comida, imagem corporal e aspectos emocionais subjacentes podem ser acompanhados na Atenção Básica, em articulação com a equipe multiprofissional (nutricionista, médico).
- **Estresse pós-traumático (traumas relacionados a perdas, acidentes, emergências e desastres, outros):** Situações de estresse pós-traumático que não configuram risco imediato de vida, mas que causam sofrimento e prejuízo funcional. A psicoterapia breve pode auxiliar no processamento do trauma, no manejo dos sintomas e no desenvolvimento de estratégias.
- **Pessoas que aguardam cirurgia bariátrica e necessitam de acompanhamento psicológico:** O processo pré e pós-cirurgia bariátrica exige preparo e suporte psicológico para lidar com as mudanças corporais, emocionais e de hábitos de vida. A Atenção Básica pode oferecer esse acompanhamento, preparando o paciente para o procedimento e auxiliando na adaptação posterior.
- **Quadros de ansiedade moderada sem prejuízos biopsicossociais graves:** Níveis de ansiedade que causam desconforto e alguma dificuldade, mas que não comprometem gravemente as atividades diárias, as relações sociais ou a saúde física. A intervenção visa o manejo dos sintomas, a psicoeducação e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.
- **Episódios depressivos sem ideação ou risco de suicídio:** Quadros depressivos que, embora causem sofrimento, não apresentam pensamentos suicidas ou risco iminente. A psicoterapia breve pode ser eficaz no manejo dos sintomas, na identificação de fatores desencadeantes e na promoção da resiliência.
- **Crise de ansiedade recorrente que não tragam prejuízos biopsicossociais graves:** Crises de ansiedade que se repetem, mas que o paciente consegue manejar sem um impacto devastador em sua vida. O foco é na psicoeducação sobre a ansiedade, identificação de gatilhos e desenvolvimento de estratégias de regulação emocional.
- **Pacientes contrarreferenciados dos Centros Especializados em Reabilitação, que tiveram alta ou que não se enquadram no serviço:** Indivíduos que concluíram um processo de reabilitação física ou intelectual e necessitam de



apoio psicológico para adaptação, manejo de limitações ou questões emocionais relacionadas à sua condição, e que a Atenção Básica pode oferecer esse suporte.

## 9.2.2 Classificação VERDE: Risco Moderado/Pouco Urgente (Infância e Adolescência)

A classificação Verde para crianças e adolescentes na triagem psicológica da Atenção Básica abrange situações de Risco Moderado ou Pouco Urgente. Esses casos, embora não exijam uma intervenção imediata de emergência, apresentam sofrimento psicológico ou dificuldades que, se não abordadas, podem impactar significativamente o desenvolvimento e o bem-estar da criança ou adolescente. A psicologia na Atenção Básica pode oferecer suporte e intervenções breves, muitas vezes em parceria com a família e a escola, para auxiliar na resolução dessas questões.

Além dos critérios gerais já mencionados, para Infância e Adolescência, os qualificadores específicos para a classificação "Verde" incluem:

- **Pacientes contra referenciados dos Centros Especializados em Reabilitação:** Crianças e adolescentes que receberam alta de serviços especializados em reabilitação (física, intelectual ou sensorial) ou que, após avaliação, não se enquadram no perfil desses serviços. O suporte psicológico na Atenção Básica visa auxiliar na adaptação, no manejo de novas realidades e no desenvolvimento de estratégias para lidar com as condições de saúde e suas implicações psicossociais.
- **Terror noturno (podendo estar associado com episódios de enurese):** Manifestações de terror noturno que causam angústia significativa à criança/adolescente e/ou à família, podendo estar acompanhadas de enurese (xixi na cama). A intervenção psicológica foca na psicoeducação, no manejo do estresse e na identificação de fatores emocionais que possam estar contribuindo para o quadro, após exclusão de causas fisiológicas.
- **Episódios de enurese e encoprese – com a exclusão de fatores fisiológicos:** Casos de enurese (perda involuntária de urina) e encoprese (perda involuntária de fezes) que persistem após a idade esperada e onde fatores fisiológicos já foram descartados por avaliação médica. A atuação psicológica busca investigar e intervir sobre os aspectos emocionais, comportamentais e familiares associados a essas condições.
- **Eventos que resultem em prejuízos significativos no comportamento e/ou rotina:** Situações vivenciadas pela criança ou adolescente (como mudanças de escola, chegada de um irmão, dificuldades com amigos) que, embora não sejam traumáticas por si só, geram alterações notáveis e prejudiciais no comportamento (ex: irritabilidade persistente, regressão de marcos de desenvolvimento) ou na rotina diária (ex: recusa escolar, alterações de sono prolongadas).
- **Luto (separação dos pais, perda de ente querido):** Reações de luto em crianças e adolescentes decorrentes de separação dos pais ou perda de um ente querido, que geram sofrimento emocional significativo, mas não configuram um luto



complicado ou patológico que exija uma intervenção de alta complexidade. O suporte psicológico visa auxiliar na elaboração da perda e no manejo das emoções envolvidas.

- **Dificuldade de relacionamento interpessoal com prejuízo biopsicossocial:** Problemas persistentes nas interações com pares e/ou adultos que afetam o bem-estar psicológico e social da criança ou adolescente. Isso pode incluir isolamento, conflitos frequentes, bullying (seja a vítima ou o agressor) que causem impacto na escola, família ou outras áreas da vida.
- **Comportamentos apresentados no ambiente escolar (agressividade, apatia, isolamento e aversão):** Manifestações comportamentais na escola que indicam sofrimento psicológico ou dificuldades de adaptação, como agressividade direcionada a colegas ou professores, apatia prolongada, isolamento social excessivo ou forte aversão à escola. A intervenção visa compreender e intervir sobre os fatores emocionais e relacionais subjacentes a esses comportamentos.

### 9.3 Classificação AZUL: Risco Baixo/Não Urgente

A classificação Azul na triagem psicológica da Atenção Básica abrange sinais e sintomas de Risco Baixo ou Não Urgente. Estes casos não são agudos e não representam uma ameaça imediata, podendo incluir problemas crônicos estabilizados ou sofrimento psicológico leve. Embora necessitem de atenção, eles têm uma prioridade de agendamento menor e podem se beneficiar tanto do atendimento psicológico na Atenção Básica quanto do suporte da própria equipe multiprofissional.

#### 9.3.1 Os qualificadores para essa classificação são:

- **Transtorno psiquiátrico estabilizado com histórico de tentativa de suicídio e/ou internação prévia (que não aceite o tratamento em modelo ambulatorial - CAPS):** Pacientes com histórico complexo, mas que se encontram em fase de estabilização e, por alguma razão (ex: resistência ao modelo do CAPS), necessitam de acompanhamento na Atenção Básica. O psicólogo atuará no monitoramento, suporte e na tentativa de vínculo para uma possível futura referência à rede especializada, se houver mudança de aceitação ou piora do quadro.
- **Episódios depressivos leves:** Sintomas de depressão de baixa intensidade, que causam desconforto, mas não comprometem significativamente as atividades diárias ou a funcionalidade global do paciente.
- **Sintomas psicossomáticos:** Manifestações físicas de origem emocional que não possuem uma base orgânica diagnosticada, e que o paciente necessita de apoio para compreender a relação entre corpo e mente e desenvolver estratégias de manejo.
- **Episódios leves de ansiedade:** Sintomas de ansiedade que geram algum incômodo, mas que o paciente consegue gerenciar, e não há prejuízo funcional significativo em sua vida.



- **Luto (perda de ente querido, perda do emprego, separação...)** que não esteja causando danos graves em seu cotidiano: Situações de luto que, embora dolorosas, são consideradas "normais" e não resultam em alterações comportamentais severas ou prejuízo funcional significativo nas atividades de vida diária. O suporte psicológico foca no acompanhamento do processo de elaboração e no fortalecimento de recursos.
- **Dificuldade de relacionamento interpessoal:** Problemas nas relações sociais que causam algum nível de sofrimento, mas não levam a isolamento grave ou grande prejuízo em diversas esferas da vida. O foco é no desenvolvimento de habilidades sociais e estratégias de comunicação.

### 9.3.2 Qualificadores para Infância e Adolescência na Classificação AZUL:

Para crianças e adolescentes, os qualificadores específicos para a classificação "Azul" são distintos dos adultos, focando em questões de desenvolvimento e adaptação familiar:

- **Considerar casos onde os responsáveis necessitam de orientação e manejo familiar:** A demanda principal pode não ser a criança ou adolescente diretamente, mas sim os pais ou cuidadores que precisam de apoio para lidar com desafios de parentalidade, comportamento dos filhos ou dinâmicas familiares. A intervenção pode se dar por meio de orientação aos pais.
- **Dificuldades de lidar com a reorganização de famílias recompostas ou com a separação dos pais:** Crianças e adolescentes que apresentam sofrimento emocional leve ou dificuldades de adaptação frente a mudanças na estrutura familiar, como divórcio dos pais ou formação de novas famílias.
- **Baixa autoestima e baixa tolerância às frustrações:** Dificuldades emocionais que impactam o bem-estar e o desenvolvimento de habilidades socioemocionais, mas que não se manifestam em comportamentos de risco ou grande prejuízo funcional.
- **Inabilidade social:** Dificuldades leves em interagir com pares ou adultos, que podem gerar algum desconforto, mas não impedem a participação em atividades sociais ou escolares.
- **Luto sem prejuízo social:** Reações de luto (perda de ente querido, separação dos pais) que são esperadas para a idade e que não resultam em isolamento social significativo ou prejuízo severo no funcionamento da criança ou adolescente.
- **Conflito familiar sem situação de violência:** Desentendimentos e conflitos na dinâmica familiar que causam sofrimento, mas que não envolvem agressão física, psicológica ou negligência, e onde a intervenção se foca na comunicação e no manejo de relacionamentos.



## 10. Critérios para Alta ou Desligamento da Psicoterapia Individual na Atenção Básica

O processo de alta ou desligamento da psicoterapia individual na Atenção Básica é uma etapa fundamental do Projeto Terapêutico Singular (PTS), garantindo a continuidade do cuidado ou o direcionamento para outras abordagens quando necessário. A decisão de alta visa otimizar os recursos do serviço e promover a autonomia do paciente.

Os critérios para alta ou desligamento são:

- **Alta por Alcance de Meta:** Ocorre quando o paciente apresenta melhora significativa nos sintomas e/ou nos comportamentos disfuncionais que motivaram o início do tratamento. Isso indica que os objetivos terapêuticos estabelecidos foram alcançados, e o paciente desenvolveu recursos para lidar com as questões apresentadas, demonstrando maior bem-estar e funcionalidade em seu cotidiano.
- **Alta por Estagnação do Quadro:** O desligamento pode ocorrer quando o paciente atinge o número de sessões preestabelecidas sem demonstrar sinais claros de melhora ou engajamento efetivo com o tratamento. No caso de crianças e adolescentes, a falta de engajamento dos responsáveis também é um fator determinante, visto que a participação da família é crucial para o sucesso da intervenção. Nesses casos, a alta visa redirecionar o cuidado, podendo-se sugerir outras estratégias ou modalidades de apoio.
- **Alta por Contemplar o Número Máximo de Sessões/Tempo de Tratamento:** A psicoterapia breve na Atenção Básica possui um limite de sessões e de tempo para garantir a rotatividade e o acesso de novos usuários. Assim, o desligamento ocorre automaticamente ao atingir o **número máximo de 10 sessões** no serviço, conforme as diretrizes deste protocolo. Mesmo que o quadro não esteja totalmente resolvido, entende-se que o período previsto foi cumprido e outras alternativas podem ser exploradas.
- **Desligamento por Faltas:** A assiduidade é essencial para a efetividade do tratamento. O desligamento por faltas será efetivado nas seguintes situações:
  - **Uma falta sem aviso prévio** .
  - **Uma falta sem justificativa** (como atestado médico ou, em caso de luto, comunicação até 2 dias após a data/horário do agendamento para reagendamento).
  - **Doas faltas**, mesmo que justificadas, indicando uma descontinuidade que inviabiliza o processo terapêutico.
- **Desligamento por Abandono do Serviço:** Ocorre quando o paciente ou seu responsável não retorna para as sessões agendadas e não estabelece mais contato com o serviço, sem justificativa. Após tentativas de contato (se aplicável e conforme protocolo da unidade), o caso é considerado como abandono, e o desligamento é formalizado.

## 11. Considerações Gerais para a Atuação da Psicologia na Atenção Básica

Para garantir a padronização e a eficiência do serviço de psicologia na Atenção Básica, este protocolo estabelece uma série de considerações gerais que abrangem



desde a organização do atendimento até as diretrizes de acompanhamento e desligamento dos pacientes.

- **Duração e Escopo da Psicoterapia Breve:** O atendimento individual, na modalidade de psicoterapia breve, terá uma duração inicial de **10 sessões**. É importante ressaltar que o psicólogo na atenção básica atua de forma generalista e não dispõe de abordagens de tratamento altamente específicas e especializadas, focando na resolutividade dentro do escopo da atenção primária.
- **Autonomia e Periodicidade das Sessões:** O número de sessões e a periodicidade dos atendimentos serão definidos exclusivamente pelo profissional psicólogo, baseado na avaliação do caso e no Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente. O profissional do encaminhamento não definirá esses parâmetros.
- **Duração das Sessões:** As sessões de psicoterapia terão duração padrão de **30 minutos**. Apenas a sessão de avaliação ou a primeira sessão de acompanhamento poderão se estender por mais 10 minutos, totalizando 40 minutos, para permitir um acolhimento mais aprofundado e a coleta de informações essenciais.
- **Fluxo de Agendamento e Lista de Espera:** As recepções das unidades de saúde serão responsáveis por receber os encaminhamentos e realizar o agendamento da avaliação/triagem com o profissional psicólogo. Caso não haja vaga imediata, o paciente será incluído em uma **lista de espera para avaliação/triagem**, gerenciada pelo profissional.
- **Organização da Agenda e Produtividade:** A agenda será planejada para prever uma média de 8 horários agendados para atendimentos individuais ou em grupo, por período de 8 horas de trabalho. Além dos atendimentos, o profissional deverá organizar sua agenda para incluir outras atividades essenciais, como:
  - Visitas domiciliares
  - Planejamento de atividades
  - Reuniões de equipe
  - Ações compartilhadas com outros profissionais no território da Atenção Primária.
  - Elaboração de documentos pertinentes
- **Divisão da fila de espera por profissional:** Cada profissional deve possuir sua fila de espera específica. Sobre essa divisão de filas, destaca-se que ao gerenciar filas separadas, cada psicólogo pode ter maior controle sobre sua própria demanda, o que potencialmente reduz o tempo de espera para o usuário. Isso permite um atendimento mais ágil e individualizado, já que o profissional conhece melhor a especificidade de sua própria lista de pacientes. Com filas distintas, cada psicólogo consegue visualizar e planejar sua carga de trabalho de forma mais eficiente, distribuindo os casos conforme sua capacidade e especialidade, mesmo dentro de um perfil generalista. Isso pode evitar sobrecarga desproporcional a um único profissional. A separação das filas facilita a rastreabilidade do atendimento de cada paciente, uma vez que há um profissional primário responsável por aquele caso desde o início. Isso pode melhorar a continuidade do cuidado e a responsabilização direta pelo acompanhamento. Embora trabalhem em equipe, ter filas separadas oferece a cada psicólogo a flexibilidade de ajustar a priorização e o



manejo dos casos em sua própria lista, de acordo com as necessidades emergentes e o perfil de seus pacientes, sem depender da organização central de uma fila única.

- **Agendamentos Específicos:** As avaliações para procedimentos como **vasectomia, laqueadura e cirurgia bariátrica** também serão agendadas pela recepção, utilizando as vagas reservadas para avaliação/triagem.
- **Gestão Pós-Avaliação:** Após a avaliação/triagem, o psicólogo classificará o caso conforme os critérios deste protocolo (Vermelho, Verde, Azul). Em seguida, realizará o agendamento imediato para acompanhamento se houver vaga disponível. Caso contrário, o paciente será incluído na lista de espera de acompanhamento, cuja gestão ficará sob responsabilidade direta do profissional psicólogo.
- **Atendimento Domiciliar:** Em situações de necessidade de atendimento domiciliar para pacientes acamados ou com mobilidade reduzida, poderão ser reservados dois horários de agendamento por sessão/paciente para facilitar o deslocamento do profissional. O agendamento desses casos deverá ser acordado previamente entre a equipe de saúde da família e o psicólogo para garantir a coordenação e ajuste de agenda.
- **Atendimento Psicológico com Crianças:** O primeiro atendimento (avaliação ou primeira sessão de acompanhamento) de crianças será realizado exclusivamente com os responsáveis, sem a presença da criança, para coleta de informações e estabelecimento do vínculo. Durante a psicoterapia de crianças, o responsável deve sempre acompanhar, permanecendo na sala de espera ou, se solicitado pelo profissional e conforme a dinâmica da sessão, junto com a criança.
- **Fonte e Qualificação dos Encaminhamentos:** Os encaminhamentos devem ser referenciados e qualificados por profissionais de nível superior do SUS (médicos, enfermeiros, etc.).
- **Demandas Judiciais e Tempo Máximo de Atendimento:** No caso de atendimentos solicitados pelo Conselho Tutelar e Ministério Público, será agendado um atendimento inicial para avaliação do caso, e o profissional psicólogo fará a gestão do processo subsequente. Determinações judiciais específicas deverão ser agendadas em caráter emergencial. O paciente não poderá exceder o número máximo de dez sessões de atendimento de psicologia. Se o prazo for extrapolado e ainda houver demanda, deverá ser feito um novo encaminhamento de CASO NOVO, que seguirá a ordem inicial de agendamento e a fila de espera.
- **Termo de Responsabilidade e Compromisso:** No dia do início do tratamento, o paciente ou seu responsável receberá um Termo de Responsabilidade e Compromisso (Anexo 1), o qual deverá ser lido e assinado, formalizando as diretrizes do serviço e as responsabilidades de ambas as partes.

## REFERÊNCIAS

BECK, A. T. Terapia Cognitiva e os Transtornos Emocionais. International Universities Press, 1976.



BOWLBY, J. Uma Base Segura: Apego entre Pais e Filhos e o Desenvolvimento Humano Saudável. Basic Books, 1988.

ELLIS, A. Razão e Emoção na Psicoterapia. Lyle Stuart, 1962.

FREUD, S. Luto e Melancolia. The Hogarth Press, 1917.

**FOUCAULT, Michel.** História da loucura na época clássica. Tradução de Lydia Hammes. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FRANKL, V. E. Em Busca de Sentido: A Vida Após o Holocausto. Beacon Press, 1946.

GOLEMAN, D. Inteligência Emocional: Por Que Ela Pode Importar Mais do que o QI. Bantam Books, 1995.

ROGERS, C. Tornar-se Pessoa. Houghton Mifflin, 1961.

VAN DER KOLK, B. A. O Corpo Guarda as Marcas: Cérebro, Mente e Corpo na Cura do Trauma. Viking, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP N° 010/2005: Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, DF: CFP, 2005. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Codigo\\_Etica\\_2005\\_Site.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Codigo_Etica_2005_Site.pdf). Acesso em: 24 jul. 2025.

FERREIRA NETO, J. L. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. Psicologia: ciência e profissão, v. 30, p. 390-403, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_39\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_39_saude_mental.pdf). Acesso em: 22 jul. 2025.

OPAS; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Atenção Psicossocial na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/69096>. Acesso em: 22 jul. 2025.

## ANEXO I

### TERMO DE COMPROMISSO DO USUÁRIO –PSICOLOGIA Secretaria Municipal de Saúde de Rio Azul

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que estou ciente, que ao iniciar acompanhamento psicológico nesta Unidade de Saúde, pelo profissional responsável, fui informado sobre as seguintes questões:



1. A psicoterapia ofertada na unidade de saúde é do tipo breve, sendo realizadas até 10 sessões.
2. O psicólogo na atenção básica atua de uma forma generalista, portanto, não é atribuição deste dispor de abordagens de tratamento específicos e especializadas;
3. O número de sessões e a periodicidade dessas serão definidas pelo profissional psicólogo e não pelo profissional do encaminhamento; com limite de dez sessões.
4. As sessões serão em média de 30/40 minutos;
5. Os agendamentos dos retornos serão realizados pelo próprio profissional psicólogo;
6. O primeiro atendimento de crianças será realizado com os responsáveis, excluindo-se a presença da criança;
7. Em caso de psicoterapia de crianças, o responsável deve sempre acompanhar permanecendo na sala de espera durante o atendimento ou junto com a criança caso seja solicitado pelo profissional;
8. Critérios de Desligamento do Serviço  
O(a) usuário(a) poderá ser desligado(a) do serviço de acompanhamento psicológico nas seguintes situações:
  - Não Comparecimento ao Primeiro Atendimento: Se o(a) usuário(a) não comparecer ao primeiro agendamento o encaminhamento será arquivado e o(a) usuário(a) desligado(a).
  - Ausências e Abandono de Tratamento:
  - Uma falta sem aviso prévio .
  - Uma falta sem justificativa (como atestado médico ou, em caso de luto, comunicação até 2 dias após a data/horário do agendamento para reagendamento).
  - Duas faltas, mesmo que justificadas.
  - Justificativas Aceitáveis: Consultas médicas (com atestado/declaração), ou outras situações avaliadas e aprovadas pelo psicólogo (a) - comunicação até 2 dias após a data/horário do agendamento para reagendamento
  - Atingimento dos Objetivos: Quando os objetivos de saúde e/ou funcionais definidos no plano de cuidado forem alcançados, resultando na alta do serviço.
  - Inviabilidade de Acompanhamento: Quando não houver demanda que justifique a continuidade do acompanhamento ou quando se tornar inviável por estagnação no tratamento.
  - Conclusão do Período Máximo de Atendimento: Ao atingir o número de sessões preestabelecido. Caso o prazo seja extrapolado, mas ainda exista demanda, deverá ser feito um novo encaminhamento de CASO NOVO, que seguirá a ordem inicial de agendamento e fila de espera.
9. Em caso de crianças e adolescentes, caso se aplique a medida do item 8, será informado ao Conselho Tutelar

Declaro estar ciente e de acordo com as regras estabelecidas neste Termo de Compromisso:

Rio Azul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo Psicólogo(a) responsável

\_\_\_\_\_  
Paciente ou responsável (mãe, pai ou responsável legal)