Prefeitura Municipal de Natal do Estado do Rio Grande do Norte

NATAL-RN

Psicólogo

Edital Nº 001/2018 – SEMAD – SMS

FV095-2018

NOVA CONCURSOS

DADOS DA OBRA

Título da obra: Prefeitura Municipal de Natal do Estado do Rio Grande do Norte

Cargo: Psicólogo

(Baseado no Edital Nº 001/2018 – SEMAD – SMS)

• Língua Portuguesa
• Legislação do SUS
• Conhecimentos Específicos

Autora
Ana Maria

Gestão de Conteúdos
Emanuela Amaral de Souza

Diagramação/ Editoração Eletrônica
Elaine Cristina
Igor de Oliveira
Camila Lopes
Thais Regis

Produção Editoral
Suelen Domenica Pereira

Capa
Joel Ferreira dos Santos

NOVA CONCURSOS

SUMÁRIO

Língua Portuguesa

1. Organização do texto. 83
1.1. Propósito comunicativo. 83
1.2. Tipos de texto (dialogal, descritivo, narrativo, injuntivo, explicativo e argumentativo). 85
1.3. Gêneros discursivos. 86
1.4. Mecanismos coesivos. 86
1.5. Fatores de coerência textual. 86
1.6. Progressão temática. 83
1.7. Paragrafação. 50
1.8. Citação do discurso alheio. 83
1.9. Informações implícitas. 83
1.10. Linguagem denotativa e linguagem conotativa. 76
2. Conhecimento linguístico. 101
2.1. Variação linguística. 101
2.2. Classes de palavras: usos e adequações. 07
2.3. Convenções da norma padrão (no âmbito da concordância, da regência, da ortografia e da acentuação gráfica) 44
2.4. Organização do período simples e do período composto. 63
2.5. Pontuação. 50
2.6. Relações semânticas entre palavras (sinonímia, antonímia, hiponímia e hiperonímia). 76

Legislação do SUS

1. Políticas de Saúde no Brasil: do Movimento pela Reforma Sanitária aos dias atuais. 01
2. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios doutrinários e organizativos; bases legais e normatização; e financiamento 01
3. Política Nacional de Atenção Básica. 05
4. Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). 20
5. Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde: atributos, elementos, funções e redes prioritárias 22
6. Programas de avaliação dos serviços de saúde (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ; Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS). 22
7. Políticas de provimento de profissionais de saúde no SUS (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB; Programa Mais Médicos - PMM). 23
8. Fundamentos de Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde. 23
9. Vigilância em Saúde 27
10. Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente 35
11. Participação e Controle Social no SUS. 38

Conhecimentos Específicos

1. Atendimento domiciliar 01
2. Atuação do psicólogo nos níveis primário, secundário e terciário em saúde. 01
3. Atuação junto à equipe de saúde e articulação em Rede. 06
4. Código de ética profissional. 08
5. Intervenções psicológicas no contexto familiar. 12
6. Políticas de Saúde no SUS e Psicologia 13
7. Psicologia da saúde no contexto materno-infantil 18
8. Psicologia e estratégias de educação para a saúde. 20
9. Psicologia, prevenção e promoção de saúde. 21
10. Psicologia da saúde e desenvolvimento humano. 26
11. Psicoterapias breves individuais e grupais. 31

SUMÁRIO

12. Resiliência, fatores de risco e proteção.....36
13. Saúde do trabalhador.....39
14. Técnicas focais 46

LÍNGUA PORTUGUESA

Letra e Fonema 01
Estrutura das Palavras 04
Classes de Palavras e suas Flexões 07
Ortografia 44
Acentuação 47
Pontuação 50
Concordância Verbal e Nominal 52
Regência Verbal e Nominal 58
Frase, oração e período 63
Sintaxe da Oração e do Período 63
Termos da Oração 63
Coordenação e Subordinação 63
Crase 71
Colocação Pronominal 74
Significado das Palavras 76
Interpretação Textual 83
Tipologia Textual 85
Gêneros Textuais 86
Coesão e Coerência 86
Reescrita de textos/Equivalência de Estruturas 88
Estrutura Textual 90
Redação Oficial 91
Funções do "que" e do "se" 100
Variação Linguística. 101
O processo de comunicação e as funções da linguagem. 103

PROF. ZENAIDE AUXILIADORA PACHEGAS BRANCO

Graduada pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Adamantina. Especialista pela Universidade Estadual Paulista – Unesp

LETRA E FONEMA

A palavra *fonologia* é formada pelos elementos gregos *fono* ("som, voz") e *log, logia* ("estudo", "conhecimento"). Significa literalmente "estudo dos sons" ou "estudo dos sons da voz". Fonologia é a parte da gramática que estuda os sons da língua quanto à sua função no sistema de comunicação linguística, quanto à sua organização e classificação. Cuida, também, de aspectos relacionados à divisão silábica, à ortografia, à acentuação, bem como da forma correta de pronunciar certas palavras. Lembrando que, cada indivíduo tem uma maneira própria de realizar estes sons no ato da fala. Particularidades na pronúncia de cada falante são estudadas pela Fonética.

Na língua falada, as palavras se constituem de **fonemas**; na língua escrita, as palavras são reproduzidas por meio de símbolos gráficos, chamados de **letras** ou **grafemas**. Dá-se o nome de fonema ao menor elemento sonoro capaz de estabelecer uma distinção de significado entre as palavras. Observe, nos exemplos a seguir, os fonemas que marcam a distinção entre os pares de palavras:

amor – ator / morro – corro / vento - cento

Cada segmento sonoro se refere a um dado da língua portuguesa que está em sua memória: a imagem acústica que você - como falante de português - guarda de cada um deles. É essa imagem acústica que constitui o fonema. Este forma os significantes dos signos linguísticos. Geralmente, aparece representado entre barras: */m/*, */b/*, */a/*, */v/*, etc.

Fonema e Letra

- O fonema não deve ser confundido com a letra. Esta ***é a representação gráfica do fonema***. Na palavra *sapo*, por exemplo, a letra "s" representa o fonema /s/ (lê-se *sê*); já na palavra brasa, a letra "s" representa o fonema /z/ (lê-se *zê*).
- Às vezes, o mesmo fonema pode ser representado por mais de uma letra do alfabeto. É o caso do fonema /z/, que pode ser representado pelas letras z, s, x: *zebra, casamento, exílio.*

- Em alguns casos, a mesma letra pode representar mais de um fonema. A letra "x", por exemplo, pode representar:
- o fonema /sê/: *texto*
- o fonema /zê/: *exibir*
- o fonema /che/: *enxame*
- o grupo de sons /ks/: *táxi*

- O número de letras nem sempre coincide com o número de fonemas.

Tóxico = fonemas: /t/ó/k/s/i/c/o/ letras: t ó x i c o
1 2 3 4 5 6 7 1 2 3 4 5 6

Galho = fonemas: /g/a/lh/o/ letras: g a l h o
1 2 3 4 1 2 3 4 5

- As letras "m" e "n", em determinadas palavras, não representam fonemas. Observe os exemplos: *compra, conta.* Nestas palavras, "m" e "n" indicam a nasalização das vogais que as antecedem: /õ/. Veja ainda: *nave*: o /n/ é um fonema; *dança*: o "n" não é um fonema; o fonema é /ã/, representado na escrita pelas letras "a" e "n".

- A letra h, ao iniciar uma palavra, não representa fonema.

Hoje = fonemas: ho / j / e / letras: h o j e
1 2 3 1 2 3 4

Classificação dos Fonemas

Os fonemas da língua portuguesa são classificados em:

1) Vogais

As vogais são os fonemas sonoros produzidos por uma corrente de ar que passa livremente pela boca. Em nossa língua, desempenham o papel de núcleo das sílabas. Isso significa que em toda sílaba há, necessariamente, uma única vogal.

Na produção de vogais, a boca fica aberta ou entreaberta. As vogais podem ser:

- ***Orais***: quando o ar sai apenas pela boca: /a/, /e/, /i/, /o/, /u/.

- ***Nasais***: quando o ar sai pela boca e pelas fossas nasais.
/ã/: *fã, canto, tampa*
/ ẽ /: *dente, tempero*
/ ĩ/: *lindo, mim*
/õ/: *bonde, tombo*
/ ũ /: *nunca, algum*

- ***Átonas***: pronunciadas com menor intensidade: ***a****té, bol****a***.

- ***Tônicas***: pronunciadas com maior intensidade: at**é**, b**o**la.

Quanto ao timbre, as vogais podem ser:
- Abertas: *pé, lata, pó*
- Fechadas: *mês, luta, amor*
- Reduzidas - Aparecem quase sempre no final das palavras: *dedo ("dedu"), ave ("avi"), gente ("genti").*

2) Semivogais

Os fonemas /i/ e /u/, algumas vezes, não são vogais. Aparecem apoiados em uma vogal, formando com ela uma só emissão de voz (uma sílaba). Neste caso, estes fonemas são chamados de *semivogais*. A diferença fundamental entre vogais e semivogais está no fato de que estas não desempenham o papel de núcleo silábico.

Observe a palavra *papai*. Ela é formada de duas sílabas: *pa - pai*. Na última sílaba, o fonema vocálico que se destaca é o "a". Ele é a vogal. O outro fonema vocálico "i" não é tão forte quanto ele. É a semivogal. Outros exemplos: *saudade, história, série*.

3) Consoantes

Para a produção das consoantes, a corrente de ar expirada pelos pulmões encontra obstáculos ao passar pela cavidade bucal, fazendo com que as consoantes sejam verdadeiros "ruídos", incapazes de atuar como núcleos silábicos. Seu nome provém justamente desse fato, pois, em português, sempre consoam ("soam com") as vogais. Exemplos: */b/, /t/, /d/, /v/, /l/, /m/*, etc.

Encontros Vocálicos

Os encontros vocálicos são agrupamentos de vogais e semivogais, sem consoantes intermediárias. É importante reconhecê-los para dividir corretamente os vocábulos em sílabas. Existem três tipos de encontros: o *ditongo, o tritongo* e *o hiato*.

1) Ditongo

É o encontro de uma vogal e uma semivogal (ou viceversa) numa mesma sílaba. Pode ser:
- ***Crescente***: quando a semivogal vem antes da vogal: *sé-rie* (i = semivogal, e = vogal)
- ***Decrescente***: quando a vogal vem antes da semivogal: *pai* (a = vogal, i = semivogal)
- ***Oral***: quando o ar sai apenas pela boca: *pai*
- ***Nasal***: quando o ar sai pela boca e pelas fossas nasais: *mãe*

2) Tritongo

É a sequência formada por uma semivogal, uma vogal e uma semivogal, sempre nesta ordem, numa só sílaba. Pode ser oral ou nasal: *Paraguai* - Tritongo oral, *quão* - Tritongo nasal.

3) Hiato

É a sequência de duas vogais numa mesma palavra que pertencem a sílabas diferentes, uma vez que nunca há mais de uma vogal numa mesma sílaba: *saída* (sa-í-da), *poesia* (po-e-si-a).

Encontros Consonantais

O agrupamento de duas ou mais consoantes, sem vogal intermediária, recebe o nome de *encontro consonantal*. Existem basicamente dois tipos:

1-) os que resultam do contato consoante + "l" ou "r" e ocorrem numa mesma sílaba, como em: *pe-dra, pla-no, a-tle-ta, cri-se*.

2-) os que resultam do contato de duas consoantes pertencentes a sílabas diferentes: *por-ta, rit-mo, lis-ta*.

Há ainda grupos consonantais que surgem no início dos vocábulos; são, por isso, inseparáveis: *pneu, gno-mo, psi-có-lo-go*.

Dígrafos

De maneira geral, cada fonema é representado, na escrita, por apenas uma letra: *lixo* - Possui quatro fonemas e quatro letras.

Há, no entanto, fonemas que são representados, na escrita, por duas letras: *bicho* - Possui quatro fonemas e cinco letras.

Na palavra acima, para representar o fonema /xe/ foram utilizadas duas letras: o "c" e o "h".

Assim, *o dígrafo ocorre quando duas letras são usadas para representar um único fonema* (*di* = dois + *grafo* = letra). Em nossa língua, há um número razoável de dígrafos que convém conhecer. Podemos agrupá-los em dois tipos: consonantais e vocálicos.

LEGISLAÇÃO DO SUS

1. Políticas de Saúde no Brasil: do Movimento pela Reforma Sanitária aos dias atuais. 01
2. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios doutrinários e organizativos; bases legais e normatização; e financiamento..... 01
3. Política Nacional de Atenção Básica. 05
4. Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). 20
5. Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde: atributos, elementos, funções e redes prioritárias..... 22
6. Programas de avaliação dos serviços de saúde (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ; Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS). 22
7. Políticas de provimento de profissionais de saúde no SUS (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB; Programa Mais Médicos - PMM). 23
8. Fundamentos de Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde. 23
9. Vigilância em Saúde..... 27
10. Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente..... 35
11. Participação e Controle Social no SUS. 38

1. POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: DO MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA AOS DIAS ATUAIS.

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população.

Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca.

As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS E ORGANIZATIVOS; BASES LEGAIS E NORMATIZAÇÃO; E FINANCIAMENTO.

Princípios do SUS: São conceitos que orientam o SUS, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7º do Capítulo II da Lei n.º 8.080/1990. Os principais são:

Universalidade: significa que o SUS deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo;

Integralidade: o SUS deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade;

Equidade: o SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam;

Participação social: é um direito e um dever da sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular; é dever do Poder Público garantir as condições para essa participação, assegurando a gestão comunitária do SUS; e

Descentralização: é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

Principais leis

Constituição Federal de 1988: Estabelece que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Determina ao Poder Público sua "regulamentação, fiscalização e controle", que as ações e os serviços da saúde "integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único"; define suas diretrizes, atribuições, fontes de financiamento e, ainda, como deve se dar a participação da iniciativa privada.

Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei n.º 8.080/1990: Regulamenta, em todo o território nacional, as ações do SUS, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências de cada esfera governamental. Enfatiza a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, em direção aos municípios. Determina como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Trata da gestão financeira; define o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS e garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados.

Lei n.º 8.142/1990: Dispõe sobre o papel e a participação das comunidades na gestão do SUS, sobre as transferências de recursos financeiros entre União, estados, Distrito Federal e municípios na área da saúde e dá outras providências. Institui as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação social em cada esfera de governo.

Responsabilização Sanitária

Desenvolver responsabilização sanitária é estabelecer claramente as atribuições de cada uma das esferas de gestão da saúde pública, assim como dos serviços e das equipes que compõem o SUS, possibilitando melhor planejamento, acompanhamento e complementaridade das ações e dos serviços. Os prefeitos, ao assumir suas responsabilidades, devem estimular a responsabilização junto aos gerentes e equipes, no âmbito municipal, e participar do processo de pactuação, no âmbito regional.

Responsabilização Macro sanitária

O gestor municipal, para assegurar o direito à saúde de seus munícipes, deve assumir a responsabilidade pelos resultados, buscando reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, a exemplo da mortalidade materna e infantil, da hanseníase e da tuberculose. Para isso, tem de se responsabilizar pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, previnam as doenças e os agravos e recuperem os doentes. A atenção básica à saúde, por reunir esses três componentes, coloca-se como responsabilidade primeira e intransferível a todos os gestores. O cumprimento dessas responsabilidades exige que assumam as atribuições de gestão, incluindo:

- execução dos serviços públicos de responsabilidade municipal;
- destinação de recursos do orçamento municipal e utilização do conjunto de recursos da saúde, com base em prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde;
- planejamento, organização, coordenação, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde sob gestão municipal; e
- participação no processo de integração ao SUS, em âmbito regional e estadual, para assegurar a seus cidadãos o acesso a serviços de maior complexidade, não disponíveis no município.

Responsabilização Micro sanitária

É determinante que cada serviço de saúde conheça o território sob sua responsabilidade. Para isso, as unidades da rede básica devem estabelecer uma relação de compromisso com a população a ela adstrita e cada equipe de referência deve ter sólidos vínculos terapêuticos com os pacientes e seus familiares, proporcionando-lhes abordagem integral e mobilização dos recursos e apoios necessários à recuperação de cada pessoa. A alta só deve ocorrer quando da transferência do paciente a outra equipe (da rede básica ou de outra área especializada) e o tempo de espera para essa transferência não pode representar uma interrupção do atendimento: a equipe de referência deve prosseguir com o projeto terapêutico, interferindo, inclusive, nos critérios de acesso.

Instâncias de Pactuação

São espaços intergovernamentais, políticos e técnicos onde ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), estimulando o debate e a negociação entre as partes.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT): Atua na direção nacional do SUS, formada por composição paritária de 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é, portanto regional: um representante para cada uma das cinco regiões existentes no País.

Comissões Intergestores Bipartites (CIB): São constituídas paritariamente por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário de Estado da Saúde, e dos secretários municipais de saúde, indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do Estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Os secretários municipais de Saúde costumam debater entre si os temas estratégicos antes de apresentarem suas posições na CIB. Os Cosems são também instâncias de articulação política entre gestores municipais de saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesse espaço.

Espaços regionais: A implementação de espaços regionais de pactuação, envolvendo os gestores municipais e estaduais, é uma necessidade para o aperfeiçoamento do SUS. Os espaços regionais devem-se organizar a partir das necessidades e das afinidades específicas em saúde existentes nas regiões.

Descentralização

O princípio de descentralização que norteia o SUS se dá, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macro regional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

Regionalização: consensos e estratégias - As ações e os serviços de saúde não podem ser estruturados apenas na escala dos municípios. Existem no Brasil milhares de pequenas municipalidades que não possuem em seus territórios condições de oferecer serviços de alta e média complexidade; por outro lado, existem municípios que apresentam serviços de referência, tornando-se polos regionais que garantem o atendimento da sua população e de municípios vizinhos. Em áreas de divisas interestaduais, são frequentes os intercâmbios de serviços entre cidades próximas, mas de estados diferentes. Por isso mesmo, a construção de consensos e estratégias regionais é uma solução fundamental, que permitirá ao SUS superar as restrições de acesso, ampliando a capacidade de atendimento e o processo de descentralização.

O Sistema Hierarquizado e Descentralizado: As ações e serviços de saúde de menor grau de complexidade são colocadas à disposição do usuário em unidades de saúde localizadas próximas de seu domicílio. As ações especializadas ou de maior grau de complexidade são alcançadas por meio de mecanismos de referência, organizados pelos gestores nas três esferas de governo. Por exemplo: O usuário é atendido de forma descentralizada, no âmbito do município ou bairro em que reside. Na hipótese de precisar ser atendido com um problema de saúde mais complexo, ele é referenciado, isto é, encaminhado para o atendimento em uma instância do SUS mais elevada, especializada. Quando o problema é mais simples, o cidadão pode ser contra referenciado, isto é, conduzido para um atendimento em um nível mais primário.

Plano de saúde fixa diretriz e metas à saúde municipal

É responsabilidade do gestor municipal desenvolver o processo de planejamento, programação e avaliação da saúde local, de modo a atender as necessidades da população de seu município com eficiência e efetividade. O Plano Municipal de Saúde (PMS) deve orientar as ações na

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
Psicólogo

1. Atendimento domiciliar. 01
2. Atuação do psicólogo nos níveis primário, secundário e terciário em saúde. 01
3. Atuação junto à equipe de saúde e articulação em Rede. 06
4. Código de ética profissional. 08
5. Intervenções psicológicas no contexto familiar. 12
6. Políticas de Saúde no SUS e Psicologia 13
7. Psicologia da saúde no contexto materno-infantil 18
8. Psicologia e estratégias de educação para a saúde. 20
9. Psicologia, prevenção e promoção de saúde. 21
10. Psicologia da saúde e desenvolvimento humano. 26
11. Psicoterapias breves individuais e grupais. 31
12. Resiliência, fatores de risco e proteção 36
13. Saúde do trabalhador. 39
14. Técnicas focais 46

1. ATENDIMENTO DOMICILIAR.

ATENDIMENTO DOMICILIAR (HOME CARE) E VISITA DOMICILIAR

O atendimento domiciliar (muitas vezes denominado home care) em Psicologia é uma modalidade de atuação ainda pouco conhecida pela maioria das(os) psicólogas(os).

Este tipo de atendimento é entendido como a assistência psicológica em domicílio e indicado para qualquer pessoa que necessite de cuidados domiciliares ou quando identificada sua necessidade como uma estratégia de intervenção psicológica. Cabe à(ao) psicóloga(o) proceder a uma avaliação identificando as necessidades deste atendimento.

Desta forma, o atendimento domiciliar pode ser feito em situações específicas, principalmente nos casos onde há a dificuldade ou a impossibilidade de locomoção devido a patologias, pessoas em estágio terminal de doenças, em atividades exigidas pela área de atuação da(o) psicóloga(o), como atribuições próprias da Psicologia Comunitária, Psicologia Hospitalar,

Estratégia de Saúde da Família, Acompanhamento Terapêutico, dentre outras.

Ao realizar o atendimento domiciliar é importante que a(o) psicóloga(o) tome alguns cuidados:

• Consentimento da(o) usuária(o) para realizar este serviço
• Garantia dos princípios éticos e técnicos
• Preservação do sigilo e confidencialidade
• Garantia da qualidade dos serviços prestados
• Condições dignas e apropriadas à natureza destes serviços

Também uma prática bastante comum e possível no cotidiano de trabalho da(o) psicóloga(o) é a visita domiciliar.

A visita domiciliar tem foco na atenção às famílias e à comunidade. É uma prática que pode ser realizada conjuntamente com outras(os) profissionais (muitas vezes ocorre como um trabalho interdisciplinar das profissões), permitindo um contato direto com o contexto familiar e social das(os) usuárias(os)/beneficiárias(os) dos serviços oferecidos pelas políticas públicas, para as intervenções e orientações necessárias.

Esta atividade é guiada por uma finalidade específica e muito comumente realizada na área da Assistência Social, como nos Centros de Referência de Assistência Social (Cras), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), no atendimento de medidas socioeducativas, na área da Saúde - especialmente na saúde mental e nas equipes de saúde da família e em outras áreas, identificada sua necessidade.

Fonte: http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/pdf/002_Atendimento%20domiciliar%20(home%20care)%20e%20visita%20domiciliar.pdf

2. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NOS NÍVEIS PRIMÁRIO, SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO EM SAÚDE.

PROMOÇÃO DE SAÚDE GERAL

Apesar de todas as discussões e avanços observados na formação acadêmica dos profissionais de saúde, hoje em dia, ainda se registram dubiedades quanto à compreensão dos conceitos de promoção de saúde e prevenção de doenças. Fenômeno que se explica pelo fato de que, algumas vezes, uma mesma intervenção sirva aos dois casos. Godoy (1999), preocupado em diferenciar a promoção de saúde da prevenção de doenças, define a promoção de saúde como

[...] *o conjunto de atuações dirigidas à proteção, manutenção e aumento da saúde e, em nível operativo, ao conjunto de atuações (centradas no indivíduo e/ ou na comunidade) relacionadas com o desenho, elaboração, aplicação e avaliação de programas e atividades direcionadas à educação, proteção, manutenção e acréscimo da saúde (dos indivíduos, grupos ou comunidades) "*.

Guibert Reyes, Grau Abalo e Prendes Labrada (1999) explicam a promoção da saúde associando-a a educação para a saúde, como se pode ver a seguir:

Promover saúde significa educar, ou seja, instaurar na população comportamentos que sejam realmente eficazes para a construção de uma saúde ótima. Isto requer a formação de novas condutas, a modificação de atitudes, e o fomento de crenças favoráveis através de diferentes tipos de relações funcionais: formulações verbais, campanhas, trabalho em grupo, intermediação em centros laborais, intersetorialidade, etc., que propiciem a condição de saúde, definindo também como esses comportamentos hão de se instaurar.

Definir estas duas etapas da intervenção é difícil em razão da existência de uma relação dialética entre elas e ainda a falta de consenso nos meios acadêmicos, em relação à existência de uma hierarquia entre si. Na perspectiva aqui estabelecida, há de ficar claro uma relação hierarquizada entre as ações de promoção de saúde e as de prevenção de enfermidades, fato que implica em ser a promoção da saúde uma intervenção anterior à prevenção de doenças. Assim, a promoção deve ser pensada sobre a base do perfil epidemiológico da comunidade ou grupo específico no qual se deseja intervir; voltada à proposição das assistências antes mesmo do aparecimento das enfermidades; e, finalmente, que tenham um caráter amplo e respondam ao compromisso ético de melhorar o potencial de saúde socioecológico das comunidades.

A prevenção de enfermidades

Tal como foi explicado anteriormente, a prevenção de doenças é posterior à promoção da saúde. Assim, depois de involucrar-se com a promoção de saúde, as intervenções do psicólogo se voltam para a prevenção de doenças nos diversos níveis de atenção de saúde.

Costa e López (1986), falando sobre prevenção, argumentam que esta pretende contribuir com a diminuição da incidência de enfermidades, a diminuição da prevalência, mediante o encurtamento do período de duração da doença ou a diminuição das sequelas e complicações da doença.

De acordo com a compreensão desenvolvida no âmbito deste capítulo, sobre os níveis de intervenção de saúde dos psicólogos, as ações que visam à diminuição da incidência das enfermidades são consideradas prevenção primária; as que visam à diminuição da prevalência são prevenção secundária; e a diminuição de sequelas e complicações das enfermidades são prevenção terciária (Alves, 2008; Alves et al, 2009).

PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO PRIMÁRIAS

O primeiro nível de intervenção psicológica se faz nos serviços de APS e deverá ser realizada em duas etapas: no nível da prevenção primária e no da intervenção primária.

Prevenção primária

A prevenção primária deve estar diretamente relacionada e condicionada à promoção da saúde. Suas ações não devem dirigir-se a um indivíduo, senão aos planos de educação para a saúde, os quais devem ter como suporte conteúdos de outras áreas de aplicação da Psicologia (Psicologia do Trabalho, Psicologia Social, Psicologia Comunitária, Psicologia Educacional). Tem como característica central a atuação nos problemas epidemiológicos da população beneficiária e investe na construção de estilos de vida saudáveis e na evitação de comportamentos de riscos. Busca desenvolver práticas de prevenção que se prolonguem ou se utilizem durante toda a vida. Assim, a prevenção primária deverá ser realizada antes que se encontre um problema concreto. Para tal intervenção o conhecimento epidemiológico prévio do coletivo social a ser assistido deverá ser utilizado como guia das ações de saúde. Numa palavra: seria trabalhar com as possibilidades de que possa aparecer uma enfermidade.

O trabalho de Vázquez e Méndez (1999) sobre os procedimentos comportamentais para o controle da diabetes pode ser aqui utilizado como exemplo. Estes afirmam que os programas de educação diabetológica não devem ser dirigidos somente aos indivíduos afetados, como também aos seus familiares e cuidadores. Os objetivos deste programa se voltam ao treinamento de estratégias tanto para evitar a enfermidade, no caso de filhos e netos dos enfermos, como ao desenvolvimento de condutas favoráveis à adesão aos programas de tratamento dos familiares enfermos.

Ainda que se executem as ações de saúde mediante a observância dos planos elaborados a partir do conhecimento a priori do coletivo social beneficiário do serviço, o plano deve ter como meta o desenvolvimento da autonomia do coletivo em relação aos temas trabalhados e a ser melhorados. Quer dizer que o grupo deverá ser estimulado a tomar decisões no que se refere às atividades programadas no plano.

Intervenção primária

A intervenção primária pode ser explicada como uma intervenção direta sobre uma queixa detectada em um indivíduo ou em um coletivo social. Trata-se da primeira ação de saúde ante a presença de um problema que deverá ser identificado e orientado. Em seguida, se o caso necessitar de uma intervenção psicológica especializada será encaminhado a um dos outros níveis de atenção de saúde, já que neste nível a intervenção nunca deverá ser especializada.

A adequada abordagem dos problemas no nível primário poderia descongestionar os serviços de saúde nos níveis especializados. Nestes casos, dedicar-se-ia mais tempo para solucionar problemas mais complexos que necessitam maior atenção, já que muitos dos problemas trabalhados em APS seriam solucionados primariamente.

A intervenção primária do psicólogo na equipe de saúde, ainda que desempenhe um papel específico, deverá ser realizada numa perspectiva interdisciplinar e multiprofissional. Ou seja, todo o trabalho necessita ser compreendido, planejado e executado em equipes multiprofissionais. Mas não só isso. Além de trabalhar em equipe multiprofissional, o psicólogo deve amparar sua intervenção num modelo de saúde-enfermidade-cuidado-vida-morte compreendido como um processo construído coletivamente, ainda que se revele nas pessoas individualmente.

Por isso, o psicólogo, para trabalhar neste nível de atenção de saúde, necessita transcender os conhecimentos psicológicos e somar outros sobre conhecimentos de epidemiologia, de políticas sociais, de antropologia da saúde, de sociologia da saúde, de educação para saúde, entre outros conhecimentos.

As intervenções do psicólogo na APS deverão priorizar a saúde geral. Sabendo-se que a APS é a porta de entrada para todos os episódios relacionados à saúde-doença, o psicólogo terá de cumprir o seu papel acolhendo a todas as pessoas que ali cheguem. Entretanto, terá de ter clareza quanto ao que fazer na APS. Os casos pertinentes à saúde mental deverão ser encaminhados aos níveis especializados de atenção de saúde, quer seja o especializado ou o de alta complexidade.

Para atender a estas ações de saúde, o psicólogo deverá ter um perfil profissional que contemple os conhecimentos teóricos e técnicos de Psicologia (clínica, comunitária e social), bem como de outras disciplinas como epidemiologia, antropologia, saúde pública/coletiva, políticas sociais, políticas públicas de saúde, indicadores do desenvolvimento humano (IDH), além de uma ampla gama de conhecimentos.

Guia não exaustivo de atividades compatíveis com a prevenção e intervenção primárias:

• atuar na atenção básica de saúde/APS (compor as equipes e trabalhar nas Unidades Básicas de Saúde da Família e Centros de Saúde);

• assistir os pacientes em consultas primárias. Trindade (2007) afirma que tal assistência não pode ser confundida, em nenhum caso, com a prática da psicoterapia;

• atuar na saúde geral dos coletivos sociais a serem assistidos;

• elaborar e implementar programas de promoção e de educação para a saúde;

• propor programas de humanização e melhoria da qualidade dos serviços;

• estudar o perfil epidemiológico dos coletivos sociais sob a responsabilidade profissional, visando a elaboração de um plano de intervenção primária;

• abordar temas/problemas de saúde coletiva, como: prevenção de transtornos alimentares; prevenção do abuso de drogas legais ou ilegais; desenvolvimento de estilos de vida saudáveis; evitação de comportamentos de risco; prevenção de enfermidades sexualmente transmissíveis; desenvolvimento das responsabilidades sobre a concepção ou evitação da gravidez indesejada; prevenção da violência (urbana, de gênero, do trânsito etc .); desenvolvimento de programas sobre sexualidade; programas particularmente voltados à saúde e melhoria da qualidade de vida de idosos, frente ao envelhecimento das populações, entre outros (SANTOS E TRINDADE, 1997; PÉREZ ÁLVAREZ, 1999) ;

• participar das reuniões das unidades básicas de saúde e das equipes de saúde;

• fazer uso das técnicas de dinâmica de grupos;

• propor e organizar grupos informativos;

• fazer interconsulta com outros profissionais de saúde;

• apoiar os profissionais das escolas da comunidade sob sua responsabilidade através de orientações e da elaboração de programas de educação para a saúde;

• fazer encaminhamento a outros profissionais e/ou serviços tanto de saúde como sociais;

• dar assistência por telefone ou por Internet;

• fazer visitas domiciliares e assistências familiares etc.

PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO SECUNDÁRIAS

Prevenção secundária

Faz-se nos ambulatórios e/ou centros de especialidades. Seu principal objetivo é dar acompanhamento ao paciente ajudando-o no seguimento de seu tratamento, seja físico ou psicológico, com o objetivo de prevenir o agravamento da doença. Para atuar bem neste nível, os psicólogos da saúde devem lançar mão do conhecimento produzido através das investigações das causas e fatores associados à falta de adesão ao tratamento. Conhecer bem as características associadas à falta de adesão a determinados tratamentos facilita a formulação de programas preventivos, voltados à proposição de diversas atividades dedicadas a evitar comportamentos que reforcem a dificuldade de seguimento do tratamento.

Acerca da adesão é importante destacar a falta de consenso quanto ao uso desse termo. Friedman e DiMatteo (1989) preferem falar de cooperação para enfatizar a natureza bilateral das interações entre os profissionais de saúde e os enfermos. Rodríguez Marin (1995) considera que o cumprimento das pautas do tratamento é uma parte da adesão terapêutica. Maciá y Méndez (1996) e Ferrer (1995) empregam indistintamente os conceitos de 'cumprimento ou adesão terapêutica'. Moore et al (2003) relacionam a falta de adesão aos erros médicos na condução do tratamento dos enfermos.

Ferrer (1995) acrescenta que, no idioma espanhol, nenhum dos termos utilizados parece representar exatamente o sentido que se pretende atribuir entre o ajustamento às prescrições do profissional de saúde e a implicação ativa do paciente, a estas. Sugere que seja feita uma reflexão maior deste tema com vistas a lograr uma denominação de consenso que posteriormente seja empregada de forma habitual, evitando confusões, desconhecimento e incompreensão.

Martín Alfonso (2004) considera que é adesão terapêutica o termo mais adequado dentro dos propostos até o momento pelo sentido psicológico que este incorpora e a define como uma conduta complexa, porque reúne aspectos propriamente comportamentais a outros relacionais e volitivos que conduzem à participação e à compreensão do tratamento e do plano para seu cumprimento, por parte do paciente. Tudo isso em conjunto com o profissional de saúde, e a conseguinte resposta modulada por uma busca ativa e consciente de recursos para lograr o resultado esperado.

Epstein e Cluss (1982) afirmaram que um dos problemas mais difíceis que têm que afrontar os profissionais de saúde é a falta de seguimento ou a não adesão às prescrições de saúde, por parte dos pacientes. Segundo Peck e King (1985), as prescrições de saúde de larga duração apresentam menor seguimento que as de curta duração. As recomendações de larga duração apresentam baixo nível de adesão desde o início do tratamento e vai incrementando-se com o tempo. Quanto mais complexas são as demandas, mais difícil é seu cumprimento.

Vázquez e Méndez (1999) apresentam uma proposta de procedimentos comportamentais para o controle da diabetes. Em seus estudos, mostram a importância de conhecer os fatores que explicam tanto a adesão ao tratamento como a falta de seguimento do mesmo e apontam um conjunto de meios pelos quais se pode valorizar o apoio familiar no tratamento da diabetes e as habilidades de afrontamento. Assim, eles propõem alguns protocolos pertinentes às intervenções comportamentais para o manejo da diabetes, ou seja, para promover e melhorar a adesão ao tratamento.

A condição crônica desse transtorno exige, de fato, o seguimento de algumas condutas durante toda a vida. Dentre os programas de Vázquez e Méndez (1999), é possível destacar os protocolos dedicados ao autocuidado para insulinodependentes. O programa visa ao treinamento da autorregulação e o automanejo e consiste em reuniões semanais de uma hora de duração durante seis semanas.

Nessas reuniões, utilizam-se leituras e discussões de material informativo e exercícios de modelado e "role playing". Depois do treinamento, pede-se aos adolescentes que elaborem seu próprio programa de autorregulação para seu regime diabético.

O referido programa, aqui compreendido como de prevenção secundária, é um exemplo do nível de integração existente entre os demais níveis de saúde considerados em seus e status tanto de prevenção como de intervenção. Neste caso, para que se chegasse à elaboração, foi necessário antes uma investigação (intervenção de terceiro nível de saúde) da enfermidade e dos processos comportamentais que estariam em seu entorno. Também, ter-se-ão realizado as assistências primárias de saúde. De tal modo que a integração das assistências de saúde nos distintos níveis e seu caráter interdisciplinar é a condição básica para uma boa condução da saúde pública.

Com relação aos estudos sobre o papel do contexto social como fonte de estresse na diabetes, Hanson et al. (1989) estudaram os níveis de estresse e as estratégias de afrontamento relacionadas à adesão ao tratamento. Os resultados evidenciaram uma relação positiva entre as variáveis estudadas.

Surwit et al (1989) investigaram a efetividade do treinamento em relaxação frente à educação convencional para melhorar o controle metabólico. Seus resultados confirmaram que os sujeitos portadores da diabetes tipo II que receberam o treinamento em relaxação, após oito semanas, melhoraram sua tolerância à glucose.

Labbé (1999), em seu estudo sobre a preparação psicológica ante procedimentos de Ressonância Magnética Nuclear (RMN), afirma que a avaliação dos fatores contribuintes ao aparecimento de problemas psicológicos durante ou depois da RMN, pode prevenir que estes ocorram. Os fatores listados pela autora são: ansiedade, claustrofobia diagnosticada anteriormente, dor e conhecimento íntimo do corpo.

Algumas técnicas preventivas apontadas por Labbé (1999) ajudam a preparação do paciente para a submissão à RMN. Tais técnicas objetivam facilitar a realização da exploração e também prevenir problemas futuros no paciente. A partir das recomendações, pode-se inferir que, quando atuamos na investigação de quem são os que apresentam dificuldades em submeter-se à exploração por RMN, ou quem são os que apresentam problemas psicológicos após a exploração, nós estaremos nos dedicando à intervenção de terceiro nível de saúde, quer dizer, à investigação. Nesta direção, quando manejamos as técnicas de prevenção dos possíveis problemas decorrentes da exploração com a RMN, estamos atuando na prevenção de segundo ou de terceiro nível.

A atividade psicológica em nível de prevenção é para os psicólogos um desafio, porque ainda que seja realizada em algumas situações em que a equipe de saúde tenha saturado suas possibilidades de convencimento do paciente para que lhe ajude em seu tratamento, a intervenção do psicólogo é ainda um último recurso. De fato, isso deve ser negativamente criticado porque indica que o psicólogo não participou na elaboração do programa proposto ao paciente, desde o início de seu tratamento.

Intervenção secundária

Tem nas assistências especializadas a principal intervenção. Atende aos usuários derivados dos outros níveis de assistência proporcionando-lhes os tratamentos mais específicos. A atenção aos problemas de saúde mental tem aqui seus tratamentos mais específico lugar apropriado.

A intervenção secundária é o campo tradicionalmente mais conhecido e desenvolvido tanto da Psicologia como das especialidades médicas em geral. Em termos da Psicologia, possui um fundamento teórico/prático bem sedimentado na Psicologia Clínica. Quer dizer, é o campo no qual se utilizam as técnicas mais tradicionalmente desenvolvidas a exemplo da psicoterapia.

Contraditoriamente, é o campo mais problemático quando se propõe sua aplicação em saúde pública/coletiva. Inúmeras investigações concluem que existe uma sobre utilização das intervenções especializadas no nível de APS, sem que os psicólogos percebam a inadequação entre suas práticas e seu nível de aplicação. Campos e Guarido (2007) e Dimenstein (2003), por exemplo, asseguram que a dedicação a 80% das atividades dos psicólogos de APS à psicoterapia individual lhes impede de desenvolver outras atividades importantes e mais apropriadas ao primeiro nível de atenção de saúde.

Atividades compatíveis com a prevenção e a intervenção secundárias:

• oferecer as assistências psicoterápicas em suas várias modalidades em todas as idades;

• realizar psicodiagnósticos diferenciais (mediante o uso de testes ou através de diagnósticos descritivos fenomenológicos;

• elaborar pareceres para responder às demandas de outros profissionais, inclusive para a justiça;

• realizar orientação e propor atividades de suporte social;

• atuar em conjunto com os demais profissionais de saúde e equipes de saúde básica e especializada;

• fazer encaminhamento de pacientes a outros especialistas e serviços;

• elaborar em conjunto com a equipe multiprofissional programas de seguimento/adesão de tratamentos médicos (enfermidades crônicas, enfermidades mentais, cânceres etc.);

• reunir e empregar o conhecimento da neuropsicologia, já que este é decisivo nos cuidados das demências e nas sequelas dos traumatismos do crâneo.

PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO TERCIÁRIAS

Prevenção de terceiro nível

Está involucrada com a assistência aos problemas de alta complexidade derivados dos outros níveis de atenção (1º e 2º) e com as pesquisas em saúde. Em geral, faz-se nos hospitais. Entretanto, pode também ser feita nos centros de especialidades. A prevenção terciária inclui o seguimento de pacientes em tratamento clínico, cirúrgico, quimioterápico e radioterápico.