



**MANUAL DE ARTICULAÇÃO
ENTRE
CENTRO DE SAÚDE DA LOUSÃ (USF Serra da Lousã e USF
Trevim Sol) e e PSICOLOGIA CLÍNICA**

I. INTRODUÇÃO GERAL

Decorrida a integração inicial do Psicólogo Clínico, **Albano Tomaz**, no Centro de Saúde da Lousã com o conhecimento das Unidades Funcionais (UF) e seu diagnóstico de situação, além da definição dos períodos e procedimentos para desenvolvimento de uma ligação regular com e entre UF do Centro de Saúde da Lousã, surge como o primeiro passo a proposta de Manual de Articulação Global, onde se desenvolve todo o enquadramento, teórico e prático, da desejável intervenção da psicologia clínica.

Essa intervenção está definida em **três eixos prioritários**:

- **1.Articulação comunicacional.** Interna (CSL) e externa (Comunidade).
- **2.Programa de Promoção da Parentalidade durante a gravidez e o 1º ano de vida.**
- **3.Crianças e Jovens (até 15 anos):** implementação da Consulta de Psicologia Clínica na USF Serra da Lousã e USF Trevim Sol.

II.ARTICULAÇÃO COMUNICACIONAL. INTERNA (CSL) E EXTERNA (COMUNIDADE)

Sumariamente, em termos operacionais a curto-prazo, no **1º eixo de intervenção**, procurar-se-á estabelecer os mecanismos de **articulação interna** entre:

- As Equipas de Saúde Familiar e a Psicologia Clínica nos casos referenciados e em seguimento nesta especialidade;
- As USF e a Psicologia Clínica e outras especialidades da URAP com actividade no Centro de Saúde da Lousã através de uma reunião por trimestre para monitorização da colaboração;
- Entre as Coordenações das USF e a Psicologia Clínica no sentido de aperfeiçoar os mecanismos de articulação interna e externa, uma reunião por trimestre;
- A UCC *Arouce* e a Psicologia Clínica através de uma reunião quinzenal (e quando for necessário programar) para análise dos casos seguidos na CPCJ e na ELI.

Paralelamente à articulação interna, a ligação do Centro de Saúde a **entidades externas** com as quais se verifique uma interseção de respostas deverá receber uma atenção especial. Neste âmbito, poder-se-á criar um grupo de trabalho que efetue um diagnóstico de situação a partilhar com as diferentes Unidades Funcionais do Centro de Saúde da Lousã e que sirva para a formulação de medidas facilitadoras da articulação externa e para o planeamento conjunto de projetos de intervenção futuros (Fig. 1)



Fig. 1 Estratégia a desenvolver no âmbito da Articulação Externa

No plano da **articulação externa tentar-se-á pôr em prática:**

- Supervisão da articulação em rede com o Gabinete de Intervenção Familiar da Câmara Municipal da Lousã (CML), o Agrupamento de Escolas e a Equipa Local de Intervenção e demais parceiros equacionando-se as modalidades mais eficientes de comunicação entre parceiros.

III.PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE DURANTE A GRAVIDEZ E O 1º ANO DE VIDA

- Proposta inserida no Manual de Articulação Global e ser desenvolvido em articulação com a UCC Arouce e com as duas USF.

IV.FUNCIONAMENTO DA CONSULTA DE PSICOLOGIA NAS USF

A consulta de psicologia clínica, irá ocorrer nas instalações da USF Serra da Lousã e Trevim Sol, segundo o horário em anexo que estará tipificado na agenda do MediceOne com as seguintes características:

- 1ª consultas: 1h30;
- Seguintos: 1h00.

A decisão de acompanhamento psicológico dos utentes inscritos nas USF em **Consulta de Psicologia** deverá ser realizada da seguinte forma:

- **1.População alvo:** do nascimento até aos 15 anos de idade e suas famílias.
- **2.Reúne os critérios clínicos** de referenciação definidos no **anexo nº2, nas seis Áreas de Intervenção** aí referidas.
- **3.Reúne os critérios de admissão globais:**
 - Ausência de Intervenção Psicoterapêutica Sobreposta.
 - Idade \leq a 6 anos para quadros sugestivos de Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção e Perturbação de Oposição e Desafio.
 - Idade \leq 15 anos para quadro sugestivo de Perturbação de Ansiedade e Perturbação do Humor
 - Motivação parental intrínseca para a mudança.
 - Evolução com início inferior a 6 meses (com a excepção das Perturbações do Desenvolvimento).
 - História Clínica completa registada no MedicineOne (ver em **anexo nº1**).
- **4.Se os critérios anteriores estão cumpridos, deve o médico de família, fazer a marcação da 1ª. Consulta na agenda do psicólogo clínico**, no período afeto á sua USF (anexo, horário de trabalho e respectiva afetação por UF) e enviar mail ao psicólogo (aftomaz@arscentro.min-saude.pt) a informar que marcou consulta.
 - Se existirem dúvidas na referenciação ou não, em vez de consulta, marcar com o psicólogo clínico, na respetiva agenda discussão de caso.
- **5.Decisão acerca da continuidade do acompanhamento psicológico** em Consulta de Psicologia ou encaminhamento para outro Serviço de Psicologia ou outro tipo de consulta: esta decisão deve ter em conta a gravidade da perturbação/dificuldade e/ou o surgimento de interferências que justificam clinicamente o envio do doente a outros cuidados a discutir com a equipa familiar.

ANEXO – N°1 - Informação Clínica Relevante

INFORMAÇÃO RELEVANTE que desejavelmente deve estar no Processo Clínico Eletrónico (M1)

1.No SOAP, motivo da Referenciação.

2.Atualização no processo clínico de:

2.1.Marcos Desenvolventais de maior relevância (Gravidez, parto, evolução estatura-ponderal, desenvolvimento psicomotor e sensorial, padrões de alimentação e de sono e outras informações consideradas importantes).

2.2.Problemas ativos.

2.3.Principais elementos da História Familiar (família nuclear, padrão de interação e de comunicação familiar, relação com família de origem/alargada, emigração, luto recente, separação, divórcio, conflitualidade, doença crónica de algum membro da família e outros elementos significativos).

ANEXO – Nº2 - CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO PARA A PSICOLOGIA CLÍNICA NA ÁREA DA SAÚDE INFANTIL E JUVENIL COM AS USF

1.PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO

Idade ≤ a 6 anos

Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento por exposição a fatores ambientais (Critérios de elegibilidade, segundo o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância - SNIPI)

Factores de risco parentais, entre outros:

- Mães adolescentes < 18 anos
- Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas
- Maus-tratos activos (físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos (saúde, alimentação, higiene)
- Doença do foro psiquiátrico
- Doença física incapacitante ou limitativa

Factores contextuais, entre outros:

- Isolamento (ao nível geográfico e no acesso a recursos formais e informais; discriminação sócio-cultural, étnica e racial e religiosa) e/ou Pobreza (recurso a centros de apoio social; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios da acção social);
- Desorganização Familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene);
- Preocupações acentuadas, expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interação mãe/pai-criança.

Referenciação sintonizada com o calendário de Consultas de Saúde Infantil com a primeira avaliação a decorrer, preferencialmente, entre os 9 e os 12 meses

Processo desenvolvido em 5 etapas:

1. Entrevista para avaliação das características da criança e das necessidades, dos recursos e das expectativas familiares
2. Rastreio/Avaliação Formal do Desenvolvimento
3. Articulação com Unidades de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados à Comunidade Arouce, com a Equipa Local de Intervenção Precoce e com o Gabinete de Intervenção familiar
4. Participação no Plano de Intervenção Familiar
5. Partilha de informação com as Equipas de Saúde Familiar das Unidades de Saúde Familiar relativa à monitorização da intervenção

2. PERTURBAÇÕES COMPORTAMENTAIS

Idade ≤ a 6 anos

Comportamentos de Oposição e Desafio:

No comportamento relatado sobre a criança estão presentes 4 ou mais dos seguintes itens:

- A. Frequentemente perde o controlo.
- B. Frequentemente discute com adultos.
- C. Frequentemente desafia ou recusa-se a cumprir ordens de adultos, ou regras.
- D. Com frequência e deliberadamente incomoda os outros.
- E. Culpa frequentemente os outros pelos seus erros ou mau comportamento.
- F. É frequentemente muito sensível e zanga-se com os outros.
- G. Fica frequentemente ressentido e zangado.
- H. É frequentemente rancoroso ou vingativo.



Entrevista aos pais para identificação de critérios de Diagnóstico de Perturbação de Desafio e Oposição



Discussão de estratégias a implementar conjuntamente os pais com a Psicóloga Escolar e a Educadora de Infância

Articulação entre:

Equipa de Saúde
Psicologia (URAP)
Psicologia escolar

Dificuldades de Concentração e Hiperactividade:

Avaliação Cognitiva e Comportamental (preferencialmente realizada pelo Serviço de Psicologia Escolar) - Observação Directa / Instrumentos (WISC-III, CBCL e TRF)



Entrevista aos pais para identificação de critérios de Diagnóstico de Perturbação de Défice de Atenção com Hiperactividade (DSM-V)

Sinais Consistentes de PADH

Ausência de sinais de PADH



Encaminhamento para Consulta de Hiperactividade do Hospital Pediátrico

Discussão de estratégias a implementar conjuntamente com a Psicóloga Escolar e a Professora

Articulação entre:

Equipa de Saúde
Psicologia (URAP)
Hospital Pediátrico
Psicologia escolar

3. PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE

Idade ≤ 15 anos

Ansiedade de Separação (DSM-V):

A criança apresenta três ou mais dos seguintes itens;

- A. Sofrimento excessivo e recorrente ante a ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de apego.
- B. Preocupação persistente e excessiva acerca da possível perda ou de perigos envolvendo figuras importantes de apego, tais como doença, ferimentos, desastre ou morte.
- C. Preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de apego (p. ex., perder-se, ser raptado, ficar doente).
- D. Relutância persistente, afastar-se de casa, ir para a escola, ou a qualquer outro lugar, em virtude do medo da separação.
- E. Receio persistente e excessivo ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras importantes de apego em casa ou em outros contextos.
- F. Relutância persistente em dormir longe de casa ou dormir sem estar próximo a uma figura importante de apego.
- G. Pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação.
- H. Repetidas queixas de sintomas somáticos quando a separação de figuras importantes de apego ocorre ou é prevista.



Consulta de Psicologia Clínica:

Entrevista à criança/jovem e aos pais para análise funcional, formulação diagnóstica e Protocolo Terapêutico

Articulação entre: Equipa de Saúde; Psicologia Clínica (URAP); Psicologia escolar; Educadora-de-Infância

Fobias Específicas (DSM-V):

- A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de um objeto ou situação (p. ex., alturas, animais, tomar uma vacina).
- B. O objeto ou situação fóbica quase invariavelmente provoca uma resposta imediata de medo ou ansiedade.
- C. O objeto ou situação fóbica é ativamente evitado ou suportado com intensa ansiedade ou sofrimento.
- D- O medo ou ansiedade é desproporcional em relação ao perigo real imposto pelo objeto ou situação específica.
- E- O medo, ansiedade ou evitamentos são persistentes, geralmente com duração mínima de seis meses.
- E O medo, ansiedade ou evitamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar estímulo fóbico:

- Animal
- Ambiente natural
- Sangue-injeção-ferimentos
- Situacional



Consulta de Psicologia Clínica:

Entrevista à criança/jovem e aos pais para análise funcional, formulação diagnóstica e Protocolo Terapêutico

Articulação entre: Equipa de Saúde; Psicologia Clínica (URAP)

Ansiedade Social (DSM-V):

- A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que a criança é exposta a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais e situações de desempenho diante de outros (p. ex., apresentação de trabalhos na escola).
- B. A criança/jovem teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente
- C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade que podem ser expressos chorando, com ataques de raiva, imobilidade, comportamento de agarrar-se, encolhendo-se ou fracassando em falar em situações sociais.
- D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.
- E. O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural.
- F. O medo, ansiedade ou evitamentos é persistente, geralmente durando mais de seis meses.



Consulta de Psicologia Clínica:

Entrevista à criança/jovem e aos pais para análise funcional, formulação diagnóstica e Protocolo Terapêutico

Articulação entre: Equipa de Saúde; Psicologia Clínica (URAP); Hospital Pediátrico; Psicologia Escolar

4. PERTURBAÇÕES DO HUMOR

Idade ≤ 15 anos

Episódio Depressivo Major:

A criança/jovem apresenta cinco ou mais dos seguintes sinais/sintomas nas duas últimas semanas:

- A. Tristeza e choro frequente (especialmente no adolescente)***
 - B. Irritabilidade aumentada (especialmente na criança)***
 - C. Diminuição do interesse e prazer pelas actividades preferidas***
 - D. Baixa auto-estima*** e culpa
 - E. Dificuldade nas relações interpessoais***
 - F. Faltas à escola e desempenho escolar fraco***
 - G. Comportamentos de auto-mutilação e pensamentos de suicídio**
 - H. Sentimento de desesperança
 - I. Falta de energia
 - J. Isolamento social e empobrecimento da comunicação
 - K. Sensibilidade aumentada à rejeição ou ao fracasso
 - L. Queixas somáticas frequentes
 - M. Dificuldades de concentração
 - N. Alterações do padrão alimentar e de sono
 - O. Comentários e tentativas de fuga de casa
- * Sintomas/sinais de maior valoração**



Consulta de Psicologia Clínica:

Entrevista à criança/jovem e aos pais para análise funcional, formulação diagnóstica e Protocolo Terapêutico

Articulação entre: Equipa de Saúde; Psicologia Clínica (URAP); Psicologia escolar; Educadora-de-Infância; Professora Tutora

Tentativa e Risco de Suicídio:

A criança/jovem apresenta:

- Patologia depressiva ou outro quadro psicopatológico
- Verbalização oral ou pro escrito da intenção expressa de morrer
- Ideação e planeamento suicida (grau de intencionalidade e de letalidade do método usado)
- Tentativas anteriores de suicídio
- Vítimas de violência escolar (experiências de humilhação e exclusão)
- Perda /rotura afectiva recente
- Insucesso Escolar
- Confusão identitária
- Personalidade com características de perfeccionismo e impulsividade
- Comportamentos de auto-mutilação
- Consumo de substâncias aditiva



Assessoria da Psicologia Clínica:

- Prestação de assessoria ao Médico de Família com o objectivo de avaliar a extensão e gravidade da sintomatologia depressiva, factores predisponentes, precipitantes e de manutenção associados e de factores de risco de suicídio actuais

- Orientação para o Serviço de Urgência Pediátrica nos casos de maior risco e relativamente aos restantes para a Consulta de Pedopsiquiatria

Articulação entre: Equipa de Saúde; Psicologia Clínica (URAP); Serviço de Pedopsiquiatria; Psicologia escolar/Professora Tutora

5.PERTURBAÇÕES DO SONO

Idade ≤ 15 anos

Insónia Secundária a Estado de Ansiedade: Insónia Comportamental:

- Insónia inicial e intermédia ocorrem frequentemente devido a associação entre medo do escuro e ansiedade de separação

- dificuldade em adormecer
- dificuldade em estabelecer rotinas de pré-sono e sono

Apneia Obstrutiva do Sono:

Parassónias (sonambulismo, somnilóquia)
Síndrome das Pernas Inquietas

Avaliação dos factores precipitantes e de manutenção e abordagem comportamental e sistémica

Avaliação das estratégias e das expectativas e abordagem pedagógica

Consulta do Sono do Hospital Pediátrico de Coimbra (estudo poligráfico do sono e abordagem terapêutica multidisciplinar)

Articulação entre:
Equipa de Saúde
Psicologia Clínica (URAP)

6.PERTURBAÇÕES DA ELIMINAÇÃO

Idade ≤ a 6 anos

Enurese (DSM-V)

- A. Eliminação repetida de urina na cama ou na roupa, voluntária ou involuntária
- B. O comportamento é clinicamente significativo conforme manifestado por uma frequência de no mínimo duas vezes por semana durante pelo menos três meses consecutivos ou pela presença de sofrimento clinicamente significativo
- C. Idade mínima de cinco anos (ou nível de desenvolvimento equivalente)
- D. O comportamento não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicamento anti-psicótico) ou a outra condição médica (por exemplo, diabetes)

Determinar o subtipo:

- Exclusivamente diurna
- Exclusivamente noturna
- Nocturna e diurna



Avaliação de factores predisponentes, precipitantes e de manutenção e intervenção sistémica e comportamental

Articulação:

Equipa de Saúde

Psicologia Clínica (URAP)

Encoprese (DSM-V)

- A. Eliminação intestinal repetida de fezes em locais inapropriados (p. ex., roupa, chão), voluntária ou involuntária.
- B. Pelo menos um evento desse tipo ocorre a cada mês por pelo menos três meses.
- C. A idade cronológica mínima é de 4 anos (ou nível de desenvolvimento equivalente).
- D. O comportamento não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., laxantes) ou a outra condição médica, exceto por um mecanismo envolvendo constipação.

Determinar o subtipo:

Com constipação: Há evidência de constipação no exame físico ou pela história.

Sem constipação: Não há evidência de constipação no exame físico ou pela história.



Orientação para Consulta de Pedopsiquiatria