

# CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

**Coordenação**  
Isabel Trindade

Cristina Godinho  
Cristina Pinto  
Filipa Pinto Nunes  
Isabel Silva  
Marlene Nunes Silva  
Paulo Vitória  
Rita Correia  
Sílvia Gonçalves



ORDEM  
DOS  
PSICÓLOGOS



# ÍNDICE

<b>PREFÁCIO</b> [Francisco Miranda Rodrigues] . . . . .	11
<b>CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS</b> [Isabel Trindade] . . . . .	13
Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) . . . . .	14
Órgãos do ACES e serviços de apoio. . . . .	15
Unidades funcionais . . . . .	15
Coordenação das unidades funcionais. . . . .	16
Organização da Psicologia nos ACES. . . . .	17
Recursos humanos da Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários . . . . .	18
Desenvolvimento Sustentável e Cuidados de Saúde Primários . . . . .	21
Referências . . . . .	24
<b>PSICOLOGIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS</b> [Isabel Trindade, Rita Correia] . . . . .	27
Psicologia e Integração de Cuidados de Saúde . . . . .	29
Funções e Actividades dos Psicólogos . . . . .	31
1.Promoção da saúde e prevenção da doença . . . . .	33
2.Actividade assistencial . . . . .	35
<b>3.Outras actividades</b> . . . . .	37
Organização da Psicologia nos ACES. . . . .	38
1.Núcleos de Psicologia . . . . .	38
2.Governação Clínica e de Saúde . . . . .	38
Referências . . . . .	54
<b>GESTÃO DO STRESSE</b> [Filipa Pinto Nunes] . . . . .	59
O que é o Stresse . . . . .	59
Stresse e Doença . . . . .	65
Manifestações do Stresse . . . . .	65

O que é o Stresse Ocupacional . . . . .	66
Prevenção e Gestão do Stresse nos Cuidados de Saúde Primários . . . . .	69
Estratégias de prevenção e gestão do stresse . . . . .	71
Intervenções individuais na consulta de Psicologia . . . . .	71
Didáctica de informação sobre stresse . . . . .	71
Auto-Monitorização . . . . .	71
Treino de resolução de problemas . . . . .	72
Treino de Assertividade . . . . .	72
Gestão de tempo . . . . .	73
Treino de relaxamento . . . . .	74
Visualização . . . . .	76
Reestruturação cognitiva. . . . .	77
Intervenções organizacionais . . . . .	77
Referências . . . . .	78
<b>PROMOÇÃO DA ACTIVIDADE FÍSICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS [Marlene Nunes Silva, Cristina Godinho] . . . . .</b>	<b>81</b>
Porque vale a pena promover a actividade física . . . . .	81
Actividade física: definição e recomendações . . . . .	83
A prática de actividade física em Portugal . . . . .	85
O desafio da promoção da actividade física no contexto dos cuidados de saúde . . . . .	88
O papel da Psicologia na promoção da actividade física . . . . .	91
A evidência científica no âmbito da modificação comportamental . . . . .	93
O Aconselhamento breve para a Promoção da Actividade Física nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal . . . . .	97
As ferramentas digitais para avaliação e aconselhamento breve sobre actividade física em Portugal . . . . .	99
a) Ferramenta de avaliação breve e registo dos níveis de actividade física e comportamento sedentário . . . . .	99
b) Guias digitais de apoio ao Aconselhamento Breve . . . . .	100
Guia para a Actividade Física . . . . .	101
Auxiliar de Decisão . . . . .	102
Plano de Acção. . . . .	103
Plano de Manutenção . . . . .	104
O papel do psicólogo na dinamização e disseminação das ferramentas de aconselhamento breve . . . . .	104
Referências . . . . .	107
<b>CONTRIBUTOS DA PSICOLOGIA PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO TABAGISMO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS [Paulo Vitória] . . . . .</b>	<b>117</b>
Pandemia e “negacionismo” . . . . .	117

## ÍNDICE

Alguns elementos para a caracterização do problema . . . . .	119
Causas e consequências: A relevância do problema . . . . .	121
O controlo do tabagismo . . . . .	123
O papel das/os Psicólogas/os nos CSP – Programa-Tipo da Direção-Geral da Saúde (DGS) para a Cessação Tabágica . . . . .	124
O papel das/os Psicólogos/os nos CSP – Aquém do Programa-Tipo da DGS para a Cessação Tabágica . . . . .	127
Investigação . . . . .	127
Exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco (FAT) . . . . .	127
Prevenção do comportamento tabágico nos jovens . . . . .	128
Desenvolver programas específicos de cessação tabágica . . . . .	128
Abordar pró-activamente os fumadores . . . . .	129
Melhorar a adesão dos fumadores aos programas para deixar de fumar. . . . .	129
Grupos de cessação tabágica nos CSP . . . . .	129
O papel das/os Psicólogos/os nos CSP – Além do Programa-Tipo da DGS para a Cessação Tabágica . . . . .	130
Tratamento das grávidas que fumam . . . . .	130
Tratar o tabagismo e as outras dependências . . . . .	130
Outros grupos específicos . . . . .	131
Inovação na cessação tabágica . . . . .	131
Linhas telefónicas de informação, aconselhamento e apoio . . . . .	132
Formação contínua de profissionais de saúde . . . . .	132
O papel da Psicologia . . . . .	133
Referências . . . . .	133
<b>PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS [Isabel Trindade] . . . . .</b>	<b>139</b>
1. Prevenção . . . . .	141
Prevenção Universal . . . . .	142
Prevenção Selectiva . . . . .	143
Prevenção Indicada . . . . .	143
2. Factores de Risco para a Depressão . . . . .	144
Psicológicos . . . . .	144
Sociais . . . . .	144
Biológicos . . . . .	145
3. Prevenção da Depressão nos Cuidados de Saúde Primários . . . . .	146
Prevenção da Depressão no Plano de Acção do Núcleo de Psicologia dos ACES . . . . .	147
Referências . . . . .	152
<b>INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA DOENÇA CRÓNICA [Isabel Silva] . . . . .</b>	<b>157</b>
1. Estilos de vida . . . . .	158
2. Literacia em saúde . . . . .	164

3. Adesão ao tratamento e <i>empowerment</i> dos doentes . . . . .	166
4. Ajustamento às doenças crónicas . . . . .	170
Conclusão. . . . .	176
Referências . . . . .	178
<b>INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NAS PERTURBAÇÕES</b>	
<b>MENTAIS COMUNS</b> [Sílvia Gonçalves]. . . . .	185
1. Saúde Mental e Perturbações Mentais . . . . .	186
2. As Perturbações Mentais em Portugal . . . . .	186
3. Perturbações Mentais Comuns. . . . .	188
3.1. Perturbações Depressivas . . . . .	189
3.2. Perturbações de Ansiedade . . . . .	190
4. Intervenção nas Perturbações Mentais Comuns . . . . .	192
4.1. Princípios do tratamento com TCC e sua aplicação nas diversas perturbações mentais comuns. . . . .	194
CONCLUSÃO . . . . .	204
Referências . . . . .	205
<b>INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM</b>	
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b> [Cristina Pinto] . . . . .	207
Introdução . . . . .	207
O Papel da Psicologia em Cuidados Paliativos . . . . .	209
1. A Intervenção da Psicologia em Cuidados Paliativos Domiciliários. . . . .	212
2. Intervenção e Acompanhamento do Doente e da Família. . . . .	217
3. Intervenção e Acompanhamento no Luto. . . . .	219
4. Intervenção em Cuidados Paliativos Pediátricos . . . . .	223
Conclusão. . . . .	227
Referências . . . . .	228
<b>Biografias</b> . . . . .	231

## PREFÁCIO

A Saúde e Bem-estar é um dos objectivos de desenvolvimento sustentável e um dos pilares da organização da nossa acção enquanto Ordem. São múltiplas as estruturas da sociedade e intervenções dos mais diversos agentes que para ele contribuem e entre todos, transversalmente, estão o nosso comportamento e os nossos processos mentais.

Neste sentido e num momento definidor para o nosso Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o seu futuro, nada melhor do que reflectir sobre uma das suas componentes fundamentais: os cuidados de saúde primários (CSP). Desde o início da Ordem dos Psicólogos Portugueses que temos priorizado esta área do SNS na nossa sensibilização dos decisores políticos e da população em geral, para a necessidade de investirmos mais e melhor, usando para isso o contributo dos psicólogos e psicólogas, alargando o leque da melhor evidência científica aplicada ao serviço dos cidadãos. De facto, este investimento nos CSP, é aquele que melhor poderá prevenir a doença e promover a saúde, adequar-se melhor à aplicação de políticas nacionais, mas com a devida contextualização local e, assim, contribuir mais decisivamente e de forma mais efectiva para a sustentabilidade do SNS e mesmo de outros sistemas públicos.

A presença dos nossos profissionais nos CSP já se mede em décadas, mas apesar disso a sua expressão é ainda diminuta face à crescente

expressão de necessidade dos seus serviços pelos cidadãos e às atribuições que os diferentes programas de saúde vão fazendo aos psicólogos e psicólogas, engrossando o conteúdo do seu papel. Esta realidade tornou-se ainda mais visível e grave, pelo impacto da pandemia da COVID-19, face à dificuldade de acesso aos serviços dos psicólogos, devido ao seu número reduzido nos CSP (apesar de existirem mais de 25.000 psicólogos em Portugal e disponibilidade para ingressarem no SNS).

Este livro pretende contribuir em duas dimensões distintas, mas que são essenciais serem conjugadas para benefício dos cidadãos: o apoio à formação e boas práticas dos psicólogos e a literacia e a orientação dos decisores para o papel destes profissionais nos CSP.

Em Portugal, dificilmente conseguimos encontrar alguém com mais reflexão, obra publicada e experiência profissional especializada, em psicologia no contexto dos cuidados de saúde primários, do que a Isabel Trindade. O convite que lhe dirigi é por isso facilmente compreendido e até óbvio para aqueles que há mais anos trabalham no contexto da saúde.

Esta obra tenta abarcar as principais dimensões de contributo da psicologia para os cuidados de saúde primários, dos hábitos de vida saudável à saúde mental, sem esquecer a doença crónica, as crises de vida ou os cuidados paliativos.

Espero que esta edição, seja mais um contributo para a decisiva contratação de psicólogos e psicólogas para os CSP, expressiva e de forma simplificada, no reconhecimento da importância do seu contributo técnico/científico/funcional autónomo. Só assim se garante uma melhor prestação de serviços à população, num trabalho no seio de equipas multidisciplinares centradas na saúde do cidadão, lideradas pelos mais competentes para tal e geridas com base em indicadores inclusivos.

Francisco Miranda Rodrigues  
Bastonário da Ordem dos Psicólogos Portugueses



## CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Isabel Trindade

De acordo com a Organização Mundial de Saúde os Cuidados de Saúde Primários devem satisfazer as necessidades das pessoas em matéria de saúde através de cuidados promotores, protectores, preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos completos durante toda a vida, abordar de forma sistemática os determinantes da saúde, incluindo os sociais, económicos e ambientais, assim como as características e comportamentos das pessoas e, ainda, capacitar pessoas, famílias e comunidades para optimizarem a sua saúde (World Health Organization [WHO], 2022).

Em Portugal, se tivermos em consideração o definido na Conferência Internacional dos Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata em 1978, podemos dizer que os Cuidados de Saúde Primários tiveram o seu início em 1971 com os *Centros de Saúde de 1ª Geração*, que estavam ligados essencialmente à vacinação, saúde da grávida e da criança, saúde escolar e actividades da autoridade sanitária.

Após a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1983, e com a fusão dos centros de saúde com os postos dos Serviços Médico-Sociais e hospitais concelhios, deu-se início aos *Centros de Saúde de 2ª Geração*. Este modelo organizativo, somado ao normativismo e tutela centralista e

distante das Sub-Regiões e Administrações Regionais de Saúde, contribuiu para a insatisfação dos profissionais de saúde (Branco & Ramos, 2001).

Depois de vários anos de debate sobre os cuidados de saúde primários e o futuro dos centros de saúde, surgiram em 1996/1997 os projectos «Alfa» e, ao mesmo tempo, debateu-se a descentralização das competências de gestão das Sub-Regiões de Saúde para os centros de saúde e a sua reorganização interna. Emergindo então os *Centros de Saúde de 3ª Geração* (Branco & Ramos, 2001).

Em 2005, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 de 22 de Setembro criou a Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Esta estrutura conduziu o projecto global de lançamento, coordenação, acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e a implementação das Unidades de Saúde Familiar. Este processo passaria pela constituição de Unidades de Saúde Familiar, criação de Agrupamentos de Centros de Saúde, introdução de um novo modelo de gestão e instituição de governação clínica (Pisco, 2007).

Em 2008, pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (Ministério da Saúde, 2008), foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa que agrupam um ou mais centros de saúde, cuja missão é prestar cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Desenvolvem actividades de promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados ao longo de todo o ciclo de vida e, ainda, de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação de resultados e participação na formação dos diversos grupos profissionais.

## **AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)**

Os Agrupamentos de Centros de Saúde podem integrar um ou mais centros de saúde e são constituídos por diversas *unidades funcionais*.

Estas unidades são constituídas por equipas multiprofissionais, com autonomia técnica e organizativa, que actuam em intercooperação (Ministério da Saúde, 2008):

### **Órgãos do ACES e serviços de apoio**

Os órgãos do ACES são o Director Executivo, o Conselho Executivo, o Conselho Clínico e da Saúde e o Conselho da Comunidade.

Os serviços de apoio, que funcionam na dependência do Director Executivo, são constituídos pela Unidade de Apoio à Gestão (UAG) e pelo Gabinete do Cidadão. Os instrumentos de gestão do ACES são: regulamento interno, planos plurianuais e anuais de actividades, orçamentos, relatórios de actividades e contrato-programa.

### **Unidades funcionais**

As unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde são:

*Unidades de Saúde Familiar (USF)*, constituídas por médicos especialistas em medicina geral e familiar, enfermeiros e assistentes técnicos. Estas unidades têm legislação específica e o seu coordenador é sempre um médico.

*Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)*, constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos. O coordenador destas unidades é sempre um médico.

*Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)*, constituídas por enfermeiros e outros técnicos de saúde nomeadamente, entre outros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas e fisioterapeutas, de acordo com os recursos e as necessidades. Prestam serviços de âmbito comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco e/ou doença que necessitem de acompanhamento próximo. O ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora. O coordenador da unidade é sempre um enfermeiro.

*Unidade de Saúde Pública (USP)*, constituída por médicos especialistas em saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou comunitária, técnicos de saúde ambiental e outros profissionais considerados necessários. O coordenador é sempre um médico especialista em saúde pública. Só existe uma USP por cada ACES.

*Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)*, constituída por médicos de várias especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e técnicos de saúde oral, de acordo com as necessidades. O coordenador da URAP é um profissional de saúde com pelo menos cinco anos de experiência na sua área profissional. Só existe uma URAP por cada ACES.

Se vierem a ser consideradas necessárias, podem existir outras unidades, propostas pela respectiva Administração Regional de Saúde e aprovadas por despacho do Ministério da Saúde.

### **Coordenação das unidades funcionais**

Os coordenadores das unidades funcionais são designados pelo Director Executivo do ACES, depois de ouvido o conselho clínico e da saúde. Aos coordenadores compete (Ministério da Saúde, 2008):

1. Elaborar o plano de acção.
2. Assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objectivos programados, promovendo e assegurando a participação dos diferentes profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as restantes unidades funcionais existentes no ACES.
3. Assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua.
4. Elaborar o regulamento interno.
5. Elaborar o relatório anual.
6. Representar a unidade perante o Director Executivo.