



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

**AVALIAÇÃO, A PARTIR DE DOCUMENTOS OFICIAIS, DAS CLASSES  
DE COMPORTAMENTOS DE PSICÓLOGOS COMO PROFISSIONAIS  
DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**Carlos Leonardo Rohrbacher**

**FLORIANÓPOLIS  
2014**

**AVALIAÇÃO, A PARTIR DE DOCUMENTOS OFICIAIS, DAS CLASSES  
DE COMPORTAMENTOS DE PSICÓLOGOS COMO PROFISSIONAIS  
DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**Carlos Leonardo Rohrbacher**

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia - Análise do Comportamento nas Organizações, Trabalho e Aprendizagem, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação do Professor Dr. Sílvio Paulo Botomé.

**FLORIANÓPOLIS  
2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rohrbacher, Carlos Leonardo  
Avaliação, a partir de documentos oficiais, das classes  
de comportamentos de psicólogos como profissionais de  
Centros de Atenção Psicossocial / Carlos Leonardo  
Rohrbacher ; orientador, Sílvio Paulo Botomé ;  
coorientador, Olga Mitsue Kubo. - Florianópolis, SC, 2014.  
195 (A4) p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa  
de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Análise do Comportamento. 3.  
Comportamentos profissionais de Psicólogo. 4. Saúde  
Pública. 5. Centro de Atenção Psicossocial. I. Botomé,  
Sílvio Paulo . II. Kubo, Olga Mitsue. III. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia. IV. Título.


*Carlos Leonardo Rohrbacher*

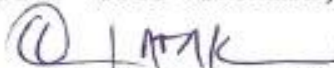
*Avaliação, a partir de documentos oficiais, das classes de  
comportamentos de psicólogos como profissionais de centros de  
atenção psicossocial*

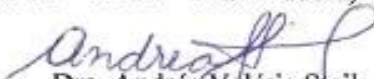
Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em  
Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de  
Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa  
Catarina.


Florianópolis, 28 de fevereiro de 2014.

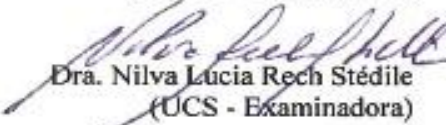
  
Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré  
(Coordenadora - PPGP/UFSC)

  
Dr. Silvio Paulo Botomé  
(PPGP - UFSC - Orientador)

  
Dra. Olga Mitsue Kubo  
(PPGP - UFSC - Examinadora)

  
Dra. Andréa Valéria Steil  
(PSI - UFSC - Examinadora)

  
Dr. Gabriel Gomes de Luca  
(UFPR - Examinador)

  
Dra. Nilva Lucia Rech Stédile  
(UCS - Examinadora)

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

**Dr. Edmilson Antonio Dias**  
(PSI - UFSC -Examinador)

**Dra. Nádia Kienen**  
(UEL – Suplente)

**Dra. Juliane Vicili**  
(UNISUL – Suplente)

*Até o momento nem a introspecção nem a fisiologia fornecem informações sobre o que se passa no interior do homem enquanto se comporta, pois ambas são direcionadas para o interior e produzem o mesmo efeito de desviar a atenção do mundo externo.*

Skinner, B. F., 1971 p. 146.

*Dedico esse trabalho às pessoas que criaram condições para que eu tivesse acesso ao conhecimento e efetivamente aprendesse comportamentos profissionais necessários para intervir na Sociedade como cientista: meus pais, colegas, amigos e professores, principalmente aos que participam de mais de uma dessas classes.*

*Agradeço aos professores Sílvia Paulo Botomé e Olga Mitsue Kubo pela dedicação à formação de profissionais de nível superior na graduação e pós-graduação, profissionais eticamente responsáveis mesmo quando as contingências em vigor não lhes foram favoráveis.*

*Agradeço à Marielly que enfrentou, com bom humor, a privação social e afetiva no nosso relacionamento ao longo desse trabalho.*

*Agradeço aos meus pais e irmãos pelos muitos dias em que entenderam a minha indisponibilidade.*

*Agradeço aos colegas, em especial ao bom amigo Helder Gusso que me apoiou e acolheu em Florianópolis durante o mestrado e o doutorado.*

*Agradeço aos colegas Dalton, Lucrécia e Jeovane, da Secretaria Municipal de Saúde de Jaraguá do Sul, que me incentivaram a continuar.*

## SUMÁRIO

RESUMO .....	IX
ABSTRACT .....	X
RESUMEN .....	XI
APRESENTAÇÃO .....	XII
<b>I AVALIAÇÃO DAS CLASSES DE COMPORTAMENTOS DE PSICÓLOGOS COMO PROFISSIONAIS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PROPOSTAS EM DOCUMENTOS OFICIAIS .....</b>	<b>13</b>
1 As contribuições do conhecimento científico que podem sistematizar e melhorar comportamentos para constituir a atuação profissional de psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial .....	14
1.1 Um breve histórico sobre o conceito de loucura como designação geral de situações- problema apresentadas pelos usuários de centros de atenção psicossocial onde atua o psicólogo .....	18
1.2 O desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil e as exigências ao trabalho dos psicólogos .....	24
1.3 A Saúde Mental no Sistema Único de Saúde .....	30
1.4 O Sistema Único de Saúde e as políticas públicas de “Saúde Mental” que regulam as unidades de atenção especializada em saúde do tipo Caps .....	32
1.5 Os procedimentos do profissional psicólogo na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (Sigtap) contribuem para a indefinição da função de psicólogo no SUS .....	40
1.6 Comportamento humano: fenômeno de estudo e intervenção do psicólogo em unidades de saúde especializada .....	46
1.7 A Saúde Pública como campo de atuação profissional do psicólogo .....	52
<b>II PROCESSO DE OBTENÇÃO DE DADOS PARA IDENTIFICAR QUAIS AS CLASSES DE COMPORTAMENTOS DE PSICÓLOGOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....</b>	<b>61</b>
2.1 <i>Material</i> .....	61
2.2 <i>Fonte de Informação</i> .....	61
2.3 <i>Ambiente</i> .....	61
2.4 <i>Procedimento</i> .....	61



2.4.1	<i>Procedimento de seleção de fonte de informação</i> .....	61
2.4.2	<i>Procedimento de escolha de tipos de psicólogos</i> .....	62
2.4.3	<i>Procedimentos de coleta, análise e tratamento de dados</i> .....	62
	<i>Primeira etapa - Identificar, selecionar, transcrever os textos destacados da CBO, utilizados como fontes de informação para identificar quais os comportamentos profissionais de psicólogo em Caps</i> .....	63
	<i>Segunda etapa – Fragmentar os textos destacados da CBO, utilizados como fontes de informação para identificar quais os comportamentos profissionais de psicólogo em Caps</i> .....	63
	<i>Terceira etapa – Analisar e os textos destacados da CBO, utilizados como fontes de informação para identificar quais os comportamentos profissionais de psicólogo em Caps</i> .....	64
	<i>Quarta etapa – Agrupar as expressões da CBO, utilizados como fontes de informação para identificar quais os comportamentos profissionais do psicólogo em Caps</i> .....	65
	<i>Quinta etapa – Separar conjuntos de expressões da CBO já obtidos, utilizados como fontes de informação para identificar quais os comportamentos profissionais do psicólogo em Caps</i> .....	65
	<i>Sexta etapa – Separar conjuntos de expressões da CBO já obtidos, utilizados como fontes de informação para identificar quais os comportamentos profissionais do psicólogo em Caps</i> .....	66
	<i>Sétima etapa – Separar conjuntos de expressões da CBO já obtidos, utilizados como fontes de informação para identificar quais os comportamentos profissionais de psicólogo em Caps</i> .....	67
	<i>Oitava etapa – categorização das expressões derivadas da descrição de psicólogos da CBO (CFP, 2008) conforme as classes gerais de comportamentos profissionais propostas por Botomé e Kubo (2004) para identificar quais os comportamentos profissionais de psicólogo em Caps</i> .....	67
	<i>Nona etapa – categorização das expressões derivadas da descrição de psicólogos da CBO (CFP, 2008) conforme os tipos de ocupações, distribuídas nas classes gerais de comportamentos profissionais propostas por Botomé e Kubo (2004) para identificar quais os comportamentos profissionais de psicólogo em Caps</i> .....	68
	<i>Décima etapa – agrupamento das expressões derivadas da descrição de psicólogos da CBO (CFP, 2008) conforme os tipos de ocupações, distribuídas nas classes gerais de comportamentos profissionais propostas por Botomé e Kubo (2004) para identificar quais os comportamentos profissionais de psicólogo em Caps</i> .....	71
	<i>Décima primeira etapa – Apresentação dos prováveis comportamentos profissionais de psicólogo em Caps produzidos a partir das expressões derivadas da descrição de psicólogos da CBO (CFP, 2008) conforme os tipos de ocupações, distribuídas nas classes gerais de comportamentos profissionais por e modalidades de intervenção propostas por Botomé e Kubo (2004)</i> .....	73

<b>III</b>	<b>CLASSES DE COMPORTAMENTOS DE PSICÓLOGOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL IDENTIFICADAS EM DOCUMENTOS OFICIAIS.....</b>	<b>74</b>
3.1	Caracterizar necessidades de aprendizagem, delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais e identificar necessidades de intervenção, como primeiros elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial a partir de documentos oficiais .....	76
3.2	Construir condições de aprendizagem (de terceiros) relacionada a processos comportamentais de usuários, projetar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais e planejar alterações em processos comportamentais como segundos elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial a partir de documentos oficiais .....	83
3.3	Desenvolver condições de aprendizagem relacionada a processos comportamentais, coletar dados relevantes à produção de conhecimento sobre processos comportamentais e intervir em comportamentos como terceiros elos das cadeias comportamentais desenvolvida pelo profissional psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial a partir de documentos oficiais .....	90
3.4	Avaliar processo de aprendizagem relacionado a processos comportamentais, organizar e analisar dados coletados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais e avaliar intervenções em comportamentos como quartos elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial a partir de documentos oficiais .....	99
3.5	Aperfeiçoar processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais, interpretar dados analisados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais e aperfeiçoar processos de mudança de comportamentos como quintos elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial a partir de documentos oficiais .....	106
3.6	Comunicar descobertas feitas sobre processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais, comunicar conhecimento produzido sobre processos comportamentais e comunicar descobertas sobre comportamentos como sextos elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial a partir de documentos oficiais .....	112
3.7	As classes gerais de comportamentos derivadas das três modalidades de intervenção do psicólogo em Caps a partir de documentos oficiais .....	117
<b>IV</b>	<b>CLASSES DE COMPORTAMENTOS DE PSICÓLOGOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DERIVADAS DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES .....</b>	<b>121</b>
4.1	O psicólogo e a sua função profissional nos centros de atenção psicossocial .....	122
4.2	Pra além da especialidade: as relações entre os Centros de Atenção Psicossocial e as unidades da Atenção Básica em saúde .....	123

4.3	A graduação de psicólogos e os objetivos de ensino necessários aos Centros de Atenção Psicossocial, mercado de trabalho e campo de atuação profissional do psicólogo na Saúde Pública .....	128
4.4	As classes de comportamentos de psicólogos como gestores de Centros de Atenção Psicossocial .....	129
4.5	Considerações finais .....	130
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	132
	<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	142
	<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	144
	<b>ÍNDICE DE APÊNDICES</b> .....	148
	<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b> .....	149

## RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são as unidades especializadas em saúde onde trabalha grande parte dos psicólogos do Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo de atenção psicossocial vem como substituto ao modelo manicomial, de internamento por longos períodos. A intervenção proposta favorece a melhoria do usuário de modo mais estruturado, pois as mudanças podem ser desenvolvidas para além da patologia diagnosticada no modelo médico patológico. O trabalho em Caps pode possibilitar a intervenção nas condições de saúde relacionadas ao usuário em território, onde ele vive e interage com familiares e outras pessoas da sociedade. A proposta de Caps é cada vez mais conhecida, mas o que é feito para que seja implantada está em desenvolvimento, boa parte dos procedimentos do modelo médico patológico foram mantidos, reflexo disso é que essas unidades ainda estão centradas no uso de medicamentos. Mudar o modelo de atenção, mais do que mudar o nome ou o local da atenção depende de identificar as contribuições possíveis aos profissionais que compõem as equipes. O psicólogo é um desses profissionais, contudo, os serviços prestados ainda não estão bem delimitados nesse tipo de unidade de saúde. Identificar quais as classes de comportamentos de psicólogos como profissionais de Caps propostas em documentos oficiais pode contribuir para esclarecer quais as contribuições desse tipo de profissional nesse novo modelo de atenção em saúde. As classes de comportamento foram identificadas ou derivadas a partir da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) utilizado amplamente no país para fundamentar descrições de cargos e disponibilizado na página eletrônica do Conselho Federal de Psicologia (CFP) como especificação da atribuição profissional do psicólogo. O documento utilizado consiste em um conjunto de descrições do que seriam funções de nove subtipos de profissionais da Psicologia, dentre os quais foram selecionados o tipo mais geral, *Psicólogos* e os tipos indicados pelo Ministério da Saúde como profissionais que atuam em Caps, *Psicólogo Clínico* e *Psicólogo Social*. Foi adicionado à amostra o *Psicólogo Educacional* para que classes de comportamentos relativas aos processos básicos de ensinar e de aprender, como uma modalidade de intervenção profissional do psicólogo em Caps, pudessem ser melhor examinadas. Os nomes das classes de comportamentos derivados da CBO foram organizados tendo como critério as classes gerais de comportamentos profissionais de psicólogo propostas por Botomé e Kubo (2004) a partir das Diretrizes Curriculares para cursos de graduação em Psicologia. Tais classes foram especificadas quanto ao trabalho de psicólogo em Caps, em seis conjuntos interdependentes, cada um correspondendo a um elo de uma cadeia comportamental. Foram derivadas 225 classes de comportamentos de psicólogos em Caps, essas classes distribuem-se em 19% relativas aos primeiros elos das cadeias comportamentais, 20% relativas segundos elos, 35% aos terceiros elos, 12% relativas aos quartos elos, 6.7% eram relativas aos quintos elos 6.7% das classes de comportamentos eram relativas aos sextos elos das cadeias comportamentais. Quanto às modalidades de intervenção, a maior incidência encontrada é de classes de comportamentos relativas à intervenção direta, seguida da intervenção indireta por meio de produção de conhecimento e finalmente a intervenção indireta por meio da produção de aprendizado. Os dados encontrados indicam que a atuação do psicólogo está muito mais voltada à intervenção direta com pouca relação entre o desempenho e a sua avaliação, modificação e comunicação de resultados. As classes de comportamentos derivadas das descrições possibilitam identificar e preencher as lacunas nas cadeias de comportamentos e podem auxiliar na identificação, derivação (ou) formulação de comportamentos que podem compor as cadeias comportamentais de cada modalidade de intervenção de psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial.

**Palavras-chave:** Análise do Comportamento, comportamentos profissionais do psicólogo, saúde pública, saúde mental, centro de atenção psicossocial.

## ABSTRACT

The Centers of Psychosocial Attention (Caps) are specialized health units where a great part of the psychologists of the Unified Public Health System (SUS) work. The model of psychosocial attention comes as a substitute to the mental institution model, of long period internment. The proposed intervention favors the betterment of the user in a more structured way, since the changes can be developed beyond the diagnosed pathology in the medical pathology model. The work in Caps can allow the intervention in health conditions in relation to the user in territory, where they live and interact with family and other members of society. The proposal of Caps is increasingly known, but what is done for its application is in development, a great deal of the medical pathology model's procedures was kept, a reflection of that is that these units are still centered in the use of medication. To change the model of attention, more than changing the name or place of the attention depends on identifying the possible contributions of the professionals that are included in the teams. The psychologist is one of these professionals; however, the services provided are still not wholly delimited in this kind of health unit. To identify what are the behavior classes of psychologists as Caps professionals in official documents may contribute to clarify the contributions of these workers in this new model of attention in health. The behavior classes were identified or derived from the Brazilian Classification of Occupations (CBO) broadly used in the country to substantiate the descriptions of posts and available at the website of the Federal Council of Psychology (CFP) as a specification of the psychologist's professional attribution. The document utilized consists in a set of descriptions of what would be the functions of nine sub-types of Psychology's professionals, amongst who were selected the broader type, *Psychologists* and the type indicated by the Health Ministry as professionals that work in Caps, *Clinic Psychologist* and *Social Psychologist*. It was added to the sample the *Educational Psychologist*, so that behavior classes relating to the basic processes of teaching and learning, as a modality of professional intervention of the psychologist in Caps could be better examined. The names of the behavior classes derived from the CBO were organized with the criteria of the general classes of professional behavior of the psychologist, proposed by Botomé and Kubo (2004) from the Curricular Guidelines of graduation courses in Psychology. Such classes were specified about the psychologist's work in Caps, in six interdependent sets, each corresponding to a link in a behaviorist chain. 225 behavior classes of psychologists in Caps were derived; they distribute themselves in 19% in relation to the first links of the behaviorist chains, 20% in relation to the second links, 35% to the third links, 12% to the fourth links, 6.7% to the fifth links and 6.7% to the sixth links. Regarding the intervention modalities, the greater incidence found was from behavior classes in relation to the direct intervention, following the indirect intervention by means of production of knowledge, and finally the indirect intervention by means of production of learning. The data found indicate that the psychologist's acting is much more related to the direct intervention with little relation between the performance and its evaluation, modification and communication of results. The behavior classes derived from these descriptions allow the identification and fulfillment of gaps in the behavior chain and may aid in the identification, derivation (or) formulation of behaviors that may compose the behavior chains of each modality of psychologist intervention in Centers of Psychosocial Attention.

**Key-words:** Behavior analysis, professional behaviors of the psychologist, public health, mental health, center of psychosocial attention.

## RESUMEN

Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) son unidades especializadas en salud, donde la mayoría de los psicólogos del Sistema Único de Salud (SUS) trabajan. El modelo de atención psicosocial se presenta como un sustituto para el modelo de asilo, de largos periodos de hospitalización. La intervención propuesta favorece mejoras más estructuradas al usuario, ya que los cambios pueden ser desarrollados más allá de la patología diagnosticada en el modelo médico patológico. El trabajo en Caps puede permitir la intervención en las condiciones de salud relacionadas con el usuario en su territorio, donde vive e interactúa con otros en la familia y la sociedad. La propuesta de Caps se conoce cada vez más, pero lo que se hace para su implantación está en fase de desarrollo, gran parte del modelo médico de los procedimientos patológicos se mantuvieron, la reflexión es que estas unidades todavía se centran en el uso de medicamentos. Cambiar el modelo de atención, en lugar de cambiar el nombre o la ubicación de la atención depende de la identificación de las posibles contribuciones a los profesionales que integran los equipos. El psicólogo es uno de estos profesionales; sin embargo, los servicios aún no están bien definidos en este tipo de establecimiento de salud. Identificar qué tipos de comportamientos de los psicólogos como profesionales Caps propuestos en los documentos oficiales pueden ayudar a clarificar las contribuciones del personal de salud en este nuevo modelo de atención de salud. Clases de comportamiento se han identificado o se derivan de la Clasificación Brasileña de Ocupaciones (CBO) que se utiliza ampliamente en el país para apoyar a las descripciones de puestos y disponible en el sitio web del Consejo Federal de Psicología (CFP) como una especificación de la concesión profesional del psicólogo. El documento utilizado consiste en un conjunto de descripciones de las funciones que serían nueve subtipos de *Psicología Profesional*, entre los cuales se seleccionaron el tipo más general, *Psicólogos* y tipos indicados por el Ministerio de Salud como los profesionales que trabajan em Caps, *Psicólogo Clínico* y *Psicólogo Social*. Fue añadido a la muestra el *Psicólogo Educativo* para que clases de comportamientos que se relacionan con los procesos básicos de la enseñanza y el aprendizaje, como una forma de intervención profesional de los psicólogos en Caps, podrían ser mejor examinadas. Los nombres de las clases derivadas de las conductas de la CBO se organizaron con el criterio de tomar las clases generales de conductas profesionales propuestas por Botomé y Kubo (2004) a partir de los Lineamientos Curriculares para los cursos de licenciatura en Psicología. Estas clases se especificaron en el trabajo del psicólogo en Caps en seis conjuntos interdependientes, cada uno correspondiente a un eslabón de una cadena conductual. 225 clases fueron derivados de la conducta de los psicólogos em Caps, y estas clases se distribuyen en 19% con respecto a los primeros eslabones de las cadenas de comportamiento, 20% con los segundos, 35% con los terceros, 12% con los cuartos, 6.7% con los quintos y 6.7% con los sextos. En cuanto a las modalidades de intervención, la mayor incidencia se encuentra en las clases de conductas relacionadas con la intervención directa, seguida de la intervención indirecta a través de la producción de conocimiento y, finalmente, la intervención indirecta a través de la producción de aprendizaje. Los datos indican que el psicólogo está mucho más centrado en la intervención directa con poca relación entre el rendimiento y su evaluación, modificación y comunicación de los resultados. Las clases de comportamiento derivadas de las descripciones permiten identificar y llenar los vacíos en la cadena de los comportamientos y pueden facilitar la formulación de derivación (o) la identificación de las conductas que pueden componer cadenas de comportamiento de cada tipo de intervención de un psicólogo en los Centros de Atención Psicosocial.

**Palabras clave:** Análisis de la Conducta, comportamiento profesional de los psicólogos, salud pública, salud mental, centros de atención psicosocial.

r.

## APRESENTAÇÃO

A Sra. Maria é casada, mãe de dois filhos pequenos, mora em casa própria. O marido dela é etilista de longa data e geralmente é rude com os membros da família. A Sra. Maria trabalha em uma grande indústria de confecção oito horas por dia e depois tem mais três ou quatro horas diárias dedicadas a cuidar da casa e dos filhos. Certo dia ela viu-se entristecida, não tinha vontade de alimentar-se ou de fazer suas tantas tarefas. Buscou atendimento na unidade de saúde perto da sua casa, após a fila para agendamento foi atendida e disse como se sentia. O médico a examinou e não encontrou nada “físico”, disse que ela tinha depressão, prescreveu um tipo de fármaco e a encaminhou para a especialidade no centro da cidade. Foi o primeiro dia da sua vida de Maria como “doente mental” no Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Ao chegar no endereço indicado a Sra. Maria se deparou com algumas pessoas sentadas em uma sala, vendo televisão. Perguntou à recepcionista se aquele era o lugar certo, para onde o médico a tinha encaminhado, foi respondida com um aceno afirmativo de cabeça. Logo depois A Sra. Maria foi acolhida por um “técnico” que lhe mostrou a casa, fez perguntas sobre a vida dela. O psicólogo lhe mostrou um local onde havia pessoas fazendo colagem, apresentou Maria à “técnica” e às demais pessoas que ali estavam. A “técnica” disse que ela devia retornar no dia seguinte para participar da “oficina”. Também foi agendada consulta médica para dali dois meses quando terminaria o remédio prescrito pelo médico na unidade básica de saúde. A Sra. Maria não voltou para a oficina, tinha um trabalho, marido e filhos para cuidar. Como doente, com depressão, conseguia remédios em consultas esporádicas com o médico que a havia encaminhado, com um médico psiquiatra do Caps e quando a fila era muito longa recorria a um médico psiquiatra particular, e assim seguiu sua vida acrescida de efeitos colaterais.

As pessoas que são usuárias de Caps necessitam muito mais do que diagnósticos, atividades rotineiras e medicamentos. Profissionais como o psicólogo podem apresentar comportamentos que levem a mudanças significativas na vida dessas pessoas. Identificar quais os comportamentos profissionais do psicólogo em documentos oficiais pode ser uma forma de melhorar as condições de saúde dos usuários de Caps.

## I

**AVALIAÇÃO DAS CLASSES DE COMPORTAMENTOS DE PSICÓLOGOS  
COMO PROFISSIONAIS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
PROPOSTAS EM DOCUMENTOS OFICIAIS**

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (Anexo 1) teve sua primeira edição em 1982, sendo instituída por portaria ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002. O documento tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares. A regulamentação da profissão, diferentemente da CBO, é realizada por meio de lei, cuja apreciação é feita pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República (Brasil, 2013d). A descrição de cargo de Psicólogo adotada pelo Conselho Federal de Psicologia (2008, Anexo1), que faz parte da CBO compõe um conjunto de descrições do que seriam funções de nove subtipos de profissionais da Psicologia: (a) *Psicólogos*; (b) *Psicólogo, em geral*; (c) *Psicólogo do Trabalho*; (d) *Psicólogo Educacional*; (e) *Psicólogo Clínico*; (f) *Psicólogo do Trânsito*; (g) *Psicólogo Jurídico*; (h) *Psicólogo de Esporte*; (i) *Psicólogo Social* e (j) *Outros psicólogos*. A descrição geral é vaga, com atividades inespecíficas relacionadas a algum local do “mercado de trabalho” constituído, dentre as expressões utilizadas na descrição de *Psicólogos* predominam “desempenhar tarefas”, “aplicar métodos e técnicas” e “realizar trabalhos”, o que indica muito mais uma função de um técnico cumpridor de atividades rotineiras do que de um profissional de nível superior. Um profissional de nível superior deve lidar com o tipo de fenômeno de sua responsabilidade, transformando o conhecimento psicológico e de outras áreas em comportamentos profissionais de psicólogo voltados às necessidades da sociedade (Botomé & Kubo, 2002; CFP, 1988). Os acréscimos ao termo psicólogo confirmam como, nesse documento, a profissão de psicólogo está direcionada ao mercado de trabalho “jurídico”, “do trabalho”, “do trânsito”, etc. Não relaciona a necessidades sociais, como comportamentos profissionais. O subtipo “Outros Psicólogos” é um meio de informar das possibilidades de intervenção do profissional psicólogo apresenta como uma função profissional “pesquisa, análise e comprovação de fenômenos sobrenaturais provavelmente procedente de faculdades humanas”. A CBO falha tanto em classificar como em descrever o que faz o profissional psicólogo, encobrendo o que de fato é função desse profissional. Mais do que receber um salário, aprovação social ou ficar sob controle de auto-aprovação, o psicólogo é o profissional capaz de intervir sobre o fenômeno comportamento onde estiver inserido.

As atividades desenvolvidas em Caps (Brasil, 2013c) estão distribuídas em blocos, cujo critério de responsabilidade pode ser a formação profissional, mas isso não é claro, pois



há atividades que podem ser realizadas por profissionais com ensino técnico e (ou) superior e outras somente por profissionais com ensino superior, talvez essa distribuição ocorra pela falta de clareza do fenômeno de intervenção dos profissionais, dentre eles o psicólogo.

### **1. As contribuições do conhecimento científico que podem sistematizar e melhorar comportamentos para constituir a atuação profissional de psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial**

O que faz o psicólogo em centros de atenção psicossocial? Os comportamentos apresentados pelo psicólogo estão coerentes com o que é necessário fazer? As respostas a essas perguntas implicam em conhecer mais do que as queixas de pessoas e demandas de serviços de saúde. É necessário conhecer como intervém o profissional psicólogo nas diferentes situações a ele apresentadas em centros de atenção psicossocial, onde geralmente está inserido na Saúde Pública Brasileira. Diante de diferentes conjuntos de situações apresentadas ao psicólogo, este necessita comportar-se a fim de produzir benefícios necessários à população que depende do trabalho deste tipo de profissional. As classes de comportamentos que o psicólogo necessita apresentar para intervir sobre problemas da Sociedade, em especial para a população que é alvo de intervenção do psicólogo em agências de saúde, ainda é pouco conhecido.

O que é feito pelo psicólogo constitui comportamentos que caracterizem as intervenções mais importantes para eliminar, minimizar ou prevenir diferentes tipos de problemas das pessoas que dependem do trabalho desse profissional em centros de atenção psicossocial (Caps)? O que ele deveria fazer está claro para os gestores dessas unidades de saúde? A forma como cada psicólogo atua em unidades de saúde pública especializadas do tipo “Caps”, é produto de conjuntos complexos de condições, envolvendo tanto as características da formação do psicólogo como do modelo de organização da Saúde Pública vigente no País. Essas condições que provavelmente determinam muitos dos comportamentos apresentados pelo psicólogo em centros de atenção psicossocial do serviço público ainda são pouco claras, sendo necessário produzir conhecimento para melhor delimitar quais os comportamentos que o psicólogo quais tem apresentado e verificar se são os comportamentos mais necessários aos usuários dos centros de atenção psicossocial.

É comum que as pessoas esperem por longos períodos para ser atendida por psicólogos nas agências de saúde, como os Caps. O tempo em que esperam por alguma ação profissional pode contribuir para o aumento da gravidade dos problemas desses usuários. Os profissionais que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) prestam serviços que são *opção única* da maior parte da população brasileira, a maior parte da qual não dispõe de

recursos para recorrer a serviços particulares de saúde. Essa população é encaminhada aos Caps por profissionais da *Atenção Básica* e por outros setores da *Média e Alta Complexidade em Saúde*, aguarda nas filas de espera e enfrenta elevado preconceito pelas pessoas que não compreendem o que ocorre com eles, sejam elas outros usuários ou mesmo profissionais de saúde. Ainda há pouca informação sobre o que ocorre com os usuários de Caps e o que os profissionais das diferentes agências da *Atenção Básica* e da *Alta e Média Complexidade* podem fazer diante dos problemas apresentados. Para que as condições de saúde das pessoas atendidas nos Caps possam melhorar, a partir de serviços mais eficientes que possam ser apresentados, é necessário caracterizar as classes de comportamentos dos profissionais de saúde que trabalham em centros de atenção psicossocial, como os psicólogos.

Ao propor uma definição de “saúde”, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1991) indica que esse fenômeno refere-se a um estado completo de bem estar (físico, mental e social). A não é apenas a ausência de doenças. Ainda assim, embora essa definição explicita que saúde abrange mais do que a dicotomia saúde-doença, parecem estar pouco claras as implicações dessa definição quando são examinadas as ações realizadas em Saúde Pública. Poucas são as ações que não estão em um âmbito de intervenção curativa, ou seja, ações que ocorrem somente após algum problema de saúde ter ocorrido. Exemplo disso é a legislação brasileira que determina que os Caps devam ser voltados aos “doentes mentais” identificados por diagnósticos (Brasil, 2009, 2012), ou seja, as pessoas precisam primeiro apresentar um grave problema de saúde para que alguém intervenha e minimize as condições que produzem esse problema e o sofrimento que geralmente está associado a ele.

A atenção em “Saúde Mental” centralizada em unidades especializadas como os Caps indica que as pessoas que são atendidas somente na *Atenção Básica* estão sãs e não necessitam intervenção alguma. Já as que foram encaminhadas aos Caps estão doentes e a elas devem ser dirigidos todos os esforços. A pessoa que se queixa dos problemas que ocorrem na sua vida só terá algum tipo de atenção quando for diagnosticada com *Depressão*, *Esquizofrenia*, *Transtorno Bipolar*, *Transtorno do Pânico*, dentre outros problemas considerados graves. A atenção em saúde, dependendo de um diagnóstico de transtorno mental grave demonstra que a dicotomia *saúde versus doença* ainda direciona grande parte dos comportamentos de gestores e de profissionais de saúde no SUS.

Ao discorrer sobre saúde, por vezes usa-se a expressão “saúde e doença”, indicando dois estados pelos quais as pessoas transitam, as pessoas estariam saudáveis ou doentes. Botomé (1981a) considerou que “saúde” e “doença” são valores ou graus extremos de um *continuum* que pode melhor representado, de forma mais completa, como “condições de

saúde de um organismo”. Como exemplo, a pessoa poderia ter múltiplas variações de humor. Ao invés de estar *normal* ou *deprimida*, poderia estar *eufórica*, *alegre*, *triste*, *deprimida*. O *continuum* que caracteriza uma variável pode apresentar muitos valores, sendo que a partir de alguma posição no gradiente estariam graus costumeiramente chamados “saúde” em contraposição a outros denominados “doença”. Cada valor do gradiente levaria a diferentes ações dos profissionais de saúde, algumas ações necessitariam de conhecimento de uma área específica, geralmente transformado em comportamento profissional por tipos específicos de profissionais como os psicólogos. Outros comportamentos poderiam ser apresentadas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento para intervir mesmo quando a pessoa ainda não apresenta um sofrimento que normalmente mobilizaria uma ação de um profissional de saúde por meio de queixas ou sintomas. Pode-se agir antes do aparecimento de problemas de saúde, indo além da *doença*, das “más condições de saúde”. O profissional de saúde trabalha com um *continuum* de “condições de saúde” (Botomé, 1981a; Rebelatto & Botomé, 1999; Stédile, 1996; Stédile & Botomé, 2013).

Para Stédile (1996), as relações entre os graus do *continuum* de saúde podem inclusive definir critérios diversos de prioridade de procedimentos, o que pode acarretar dificuldades quanto aos serviços que devam ser priorizados no SUS. Os critérios parecem depender da forma de avaliação das condições de saúde do usuário. Evitar a morte tem maior prioridade, seguido de eliminar alto grau de sofrimento e assim por diante. Quando a prioridade de recursos financeiros, materiais e humanos voltados às ações de saúde são organizados a partir do raciocínio orientado apenas por uma percepção curativa as ações preventivas terão poucas chances de ocorrer.

Profissionais de unidades de saúde que trabalham com situações de emergência, acostumados a traumas de alto risco à vida, consideram situações de menor risco algumas situações que não determinem a morte de um usuário. As mesmas situações consideradas de menos importantes (baixa gravidade) pelo profissional que atua em pronto-atendimento seriam consideradas mais importantes (alta gravidade) a profissionais de unidades que são voltados à atenção de urgência. A avaliação desses profissionais, dependendo do contexto em que trabalham, decorre em agir ou não frente ao problema apresentado pelo usuário, que pode ser: atendido imediatamente, encaminhado a profissionais da atenção básica ou outro profissional de saúde na atenção especializada. Ao profissional de saúde, seja ele médico enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista ou psicólogo cabe avaliar que tipo de intervenção é necessária no âmbito de especificidade do problema apresentado, intervir a partir disto e ir além ao identificar quais as condições de saúde que precisam ser alteradas.

Diante da demanda apresentada nas unidades, o que produz o problema de saúde no usuário em geral é pouco considerado pelo profissional em seu contexto de trabalho mais voltado a *sinais* ou *sintomas*. Contudo, trabalhar sob controle da topografia das doenças é muito pouco, o profissional necessitaria estar apto a identificar graus de “condições de saúde” mais precisas. Para Stédile e Botomé (2013), o conhecimento existente possibilita e até facilita superar essas limitações. Talvez até por um melhor ensino de comportamentos necessários para atuar nos vários âmbitos de intervenção profissional.

O conhecimento sobre comportamentos profissionais em saúde (Botomé, 1981a; Mattana, 2004; Rebelatto & Botomé, 1999; Stedile, 1996; Stedile & Botomé, 2013) permite afirmar que o profissional de saúde deveria ser capaz de atuar além da (a) recuperação de condições de saúde em episódios chamados “doença” (más condições de saúde), seria necessário intervir como (b) prevenção de más condições de saúde, (c) manutenção de condições de saúde e (d) promoção de boas condições de saúde. Prevenir significaria lidar com as variáveis que determinam a ocorrência de más condições de saúde antes que elas atuem sobre as condições de saúde. Botomé (1981a) considerou que intervir em más condições de saúde não significa prevenir, pois essa intervenção ocorre sobre o que já está na área do no gradiente chamada doença instalada.

Como profissional de saúde, o psicólogo que atua apenas de forma a remediar problemas atua aquém do que poderia realizar para melhoria das condições de saúde da sociedade onde está inserido. Ações preventivas podem ocorrer não só nas unidades de atenção básica em saúde como nos ambulatorios na atenção especializada em saúde que têm ênfase remediativa. Segundo Kubo e Botomé (2001) intervir coerentemente com as características da situação-problema não caracteriza necessariamente intervenção insuficiente ou aquém do que é necessário. Mas deixar de realizar intervenção preventiva, de manutenção ou promocional quando necessário é eticamente indefensável. Para desenvolver o seu trabalho a partir de uma dimensão ética, em alto valor, o profissional precisa considerar as necessidades sociais e intervir de modo a alterar a relação das ações do indivíduo de acordo com o meio no grau máximo que o conhecimento científico a respeito dos fenômenos possibilita.

A partir do conhecimento produzido sobre comportamentos profissionais (Botomé, 1981a; Kubo & Botomé, 2001, 2004; Rebelatto & Botomé, 1999; Stédile, 1996) pode-se afirmar que o psicólogo que trabalha em unidades de saúde deveria intervir sobre condições mantenedoras de comportamentos de modo a (a) promover melhores comportamentos, (b) manter comportamentos adequados, (c) prevenir comportamentos inadequados, (d) recuperar comportamento adequados e (e) reabilitar processos comportamentais. O desconhecimento

ou a imprecisão sobre o que é necessário ao psicólogo fazer como profissional pode tornar o trabalho insuficiente àqueles que são os sujeitos para quem trabalha: os membros de uma comunidade. Para melhor delimitar o subsistema de saúde pública chamado de “Saúde Mental”, onde está inserida grande parte dos psicólogos no Brasil, parece útil apresentar um breve histórico de como se desenvolveu a atenção em “Saúde Mental”.

### **1.1 Um breve histórico sobre o conceito de *loucura* como designação geral de situações-problema apresentadas pelos usuários de centros de atenção psicossocial onde atua o psicólogo**

“Saúde Mental” é o nome dado ao subsistema da organização de serviços de saúde pública que abrange as unidades onde são prestados serviços por profissionais com função de alterar de alguma forma os comportamentos das pessoas, em especial os que são encobertos e considerados “estados mentais” das pessoas, e com isso promover o bem estar psicológico. A noção de “saúde mental” é contraposta à “saúde física”, como fisiologia do organismo e essa dicotomia é utilizada na organização da atenção em saúde no Brasil.

Segundo Baum (1999), o mentalismo é um movimento que visa explicar o que as pessoas fazem e porque fazem por meio de uma *ficção explanatória*. Desloca-se a explicação de como as pessoas se comportam para como a “mente” se comporta, com um complicador: essa entidade encontra-se longe dos domínios da Ciência. A hipótese da “mente” pressupõe que há uma entidade que governa o corpo, tal qual uma marionete. Baum (1999) cita princípios para a investigação científica que entram em confronto com a explicação mentalista para o comportamento humano. O *princípio de autonomia*, pelo qual um organismo funciona por si. Deste modo não faz sentido dizer que o eu, ou self, é algo que me controla e que se encontra em algum lugar do meu corpo ou mesmo fora dele, um tipo de homúnculo, tal qual o que movia a máquina humana, proposto por Descartes. O *princípio da redundância* também se aplica, pois usar a “mente” como explicação para o comportamento apenas desloca a explicação para outro lugar. Uma complicação á acrescentada sem que ela auxilie na explicação do fenômeno. Continua o problema de explicar o comportamento e essa compreensão é tornada ainda mais improvável na medida em que o objeto de investigação é tornado mais distante, praticamente impossibilitando a sua investigação. Ao confundir e tornar o objeto de estudo de difícil acesso, a “mente” é uma explicação que atrapalha o estudo do fenômeno psicológico, o comportamento.

O conhecimento científico sobre comportamentos humanos inadequados socialmente, que constituem grande parte dos comportamentos-problema das unidades de “saúde mental” como os Caps, vem sendo construído ao longo dos séculos da história humana, muito antes

de que fosse considerado necessário agregar a validade do conhecimento científico ao conhecimento obtido por meio da Filosofia, Arte, Religião ou do Senso Comum.

Segundo Pessotti (1999), Hipócrates (337 a.C.) foi o primeiro a interpretar o que acontecia no Homem, chamado então de loucura. Até Hipócrates a loucura tinha somente explicação religiosa, era considerada um capricho dos deuses que lançavam *loucuras* nos mortais para castigá-los, em geral por vingança de outros deuses ou dos próprios mortais. Hipócrates, por meio de um processo filosófico reflexivo, julgou que o que ocorria no Homem era decorrente de líquidos internos, os humores. Hipócrates defendeu que o que ocorre com os homens pode ser explicado como algo que decorre do divino ou do demoníaco, mas também de outros fatores, existiria mais de uma causa para a *loucura*.

O filósofo Platão (427-348 a.C.), segundo Pessotti (1999), propôs três faculdades da *alma humana* ou *psiche*. Uma dedicada às funções racionais, o *logos*, de nome *logistikon* e que seria localizada no encéfalo; outra foi chamada *thumoides*, dedicada às atividades afetivas e espirituais; e o *epithumetikon* situado nas vísceras abaixo do diafragma e responsável pelas funções apetitivas. Os humores, de acordo com a concepção de Hipócrates, persistiram nessa explicação, o que difere é que essas três partes da *psiche* seriam então afetadas distintamente por humores de outras partes. Como exemplo, um humor instintivo ou animal poderia interferir na alma racional e assim causar alguma alteração. A loucura foi considerada por Platão como um desvio da harmonia desse sistema de três almas (Pessotti, 1999).

Pessotti (1999) atribui a Galeno (130-200 D.C.) uma doutrina médica da loucura, atento tanto aos quadros sintomáticos da clínica quanto à classificação platônica. Galeno taxonomizou as loucuras a partir de três faculdades da *alma* (racional, irascível, concupível) as quais produziriam *humores*, adicionando o *pneuma* (um sopro, hálito, uma substância volátil como um gás). Os *humores* afirmados por Hipócrates não são descartados totalmente, apenas tornam-se mais sutis e interagem com os *pneumas* de forma combinada. Embora médico, Galeno avalia que a loucura é muito mais produto de causas *imateriais* do que os filósofos gregos, cerca de quinhentos anos antes dele.

Para Areteu (Século I, d. C., citado em Pessotti, 1999, p. 28) “... Os frenéticos, por terem alguma perturbação nos sentidos acreditam estar vendo coisas que, na realidade, não existem, ou que apenas eles enxergam. Os maníacos, pelo contrário, veem como se deve ver, porém, eles julgam mal os objetos, ou os julgam fora da razão comum ...”. Era a gênese dos termos psicose e neurose, sendo tal concepção é menos inferida e mais verificável, embora parte de uma anatomo-fisiologia hipotética.

Pessotti (1999) descreve a posição de Célio Aureliano (SÉC. I ou II) como contrária a dos humoristas. O estado *strictum* (tensão) seria contraposto ao estado *laxum*. Quando o *strictum* afetava a cabeça causava *mania*, quando o *strictum* afetava o estômago ocorria *melancolia*. A distinção entre mania e melancolia é mantida, outros delírios (como alucinação e ilusão) implicariam em distúrbios da percepção. Para Célio a cura ocorreria por meio orgânico e não por meio da alma. Pessotti (1999) discute que a classificação da *loucura* por critérios de humores, pneumas e estado físico (dos tecidos e da *omnis nervositas*) não difere do que ocorreria nas teorias dominantes do século XVII com a iatroquímica (saís como causa da insanidade), a pneumática (os vapores sutis, premissas para Descartes) e a iatromecânica (contraposição de *laxus* e *strictum*). Além do que, mania e melancolia continuariam a ser as duas grandes classes de *loucura*.

Chegado o período da idade média europeia, a explicação para a *loucura* era fundamentada principalmente em textos de Agostinho e Tomás de Aquino (Pessotti, 1999). A explicação para a *loucura* era metafísica, ou seja, fora do mundo físico ou mundo natural. Para que alguém enlouquecesse era necessária uma possessão diabólica, pela qual a *alma* que controlava a pessoa estaria então sob as vontades do *demônio*. Comum até o século XIV, essa explicação para os problemas de comportamento ainda é aceita em algumas religiões.

Após séculos de demonismo, Plater (1625) e Zacchias (1651) retomariam a busca da objetividade conceitual. Segundo Pessotti (1999), Plater criou o conceito de alienação mental, retomando a posse da loucura pela Medicina. Plater apresenta uma classificação mais abrangente em seu conceito de alienação, com faculdades mentais constituindo *memória*, *razão* e *imaginação*. A proposta de Plater de psicopatologia, onde o delírio é condição necessária para a existência da loucura foi largamente utilizada ao longo do século XIX. Zacchias (1651) estaria embasado no conhecimento galenista, assim como Plater. A *loucura* passa a ter uma subdivisão que não havia na obra de Plater: o delírio não faz parte da loucura, é uma espécie distinta de patologia. O *delirium* seria então um estado agudo e transitório de grande perturbação cognitiva (*phrenesia* e *paraphrenesia*). A *insania* seria um estado mais duradouro, incluindo mania, melancolia, melancolia hipocondríaca, amor insensato e furor. A *fatuitas* seria insuficiência intelectual, tendo como subdivisão a própria *fatuitas* (imbecilidade), *stoliditas* (estultícia), *ignorantia* (fraqueza de espírito) e *oblívio* (amnésia). As categorias de Zacchias, embora temáticas, orientariam várias gerações de alienistas, inclusive muitos dos construtores atuais de diagnósticos.

Ainda segundo Pessotti, por volta de 1800, o francês Pinel adotou categorias de loucura propostas por Cullen e Chiarugi: (1) *mania* (caracterizada pelo delírio), (2)

*melancolia* e (3) *demência*, acrescentando a elas o (4) *idiotismo*. Pinel entendia a loucura como “lesão no intelecto ou na vontade, observada por meio de sintomas no corpo”. O aluno de Pinel, Esquirol, embora utilize com explicação da loucura uma lesão no intelecto admite também substratos orgânicos, situando a mania como doença cerebral. A proposta de Esquirol muda a direção de estudo de seus seguidores que se voltam para o cérebro como uma fonte de *loucura*.

Pessotti (1999) indica que um movimento organicista contrapôs as propostas de Pinel, isso ocorreu com maior força até a obra *Compêndio* de Kraepelin, em 1883. Essa obra foi depois chamada *Tratado de Psiquiatria*, em 1915. A obra configura 15 diferentes tipos de loucura: I. *Infeciosa*; II. *Psicose de esgotamento*; III. *Envenenamentos*; IV. *Psicoses Tireógenas*; V. *Demência Precoce*; VI. *Demência Paralítica*; VII. *Loucura das Doenças Orgânicas do Cérebro*; VIII. *Loucura da Idade Involutiva*; IX. *Psicose Maníaco-Depressiva*; X. *Paranoia*; XI. *Loucura Epiléptica*; XII. *Nevroses Psicóticas*; XIII. *Estados Psicóticos Originários*; XIV. *Personalidade Psicopática* e; XV. *Paradas de Desenvolvimento Psíquico*. Cada um desses tipos era composto de classes de problemas basicamente orgânicos. Esse organicismo, porém aceita causas exógenas como infecções e emoções, como proferia Pinel, desde que o organismo fosse suscetível a elas. Kraepelin retorna à psiquiatria clássica dos humores, com causas endógenas e exógenas psíquicas ou exógenas somáticas.

Segundo Caponi (2012), Kraepelin organizou uma base de dados quantitativos e comparativos a partir de um questionário semiestruturado, as *Zählkarten*. Roelcke (1997) contesta os dados obtidos com a aplicação do instrumento. Afirma que, embora possibilitasse coletar dados sobre sintomas, história familiar, curso e história da enfermidade e outras causas possíveis, os dados obtidos com as *Zählkarten* referiam-se à herança e a outras causas, desconsiderando história de vida ou contexto familiar do entrevistado. O estudo de Kraepelin pretendia demonstrar que ocorria uma degeneração dos povos e das raças e, embora tenha partido de evidências claras sobre o aumento do índice de pessoas adoecidas em centros urbanos, comparadas às pessoas em outras culturas não industrializadas, o fator social não foi devidamente considerado.

Para Pessotti (1999), Bleuler faria algo similar com seu *Tratado de Psiquiatria*, em 1955, tendo como contribuição a *esquizofrenia*: uma reformulação da demência precoce de Kraepelin. Tanto o trabalho de Kraepelin quanto o de Bleuler caracterizam uma era da psiquiatria onde as espécies de loucura eram independentes e estáveis, ordenadas de forma arbitrária.



Foucault (2000) discorda das análises de autores como Kraepelin, não quanto ao seu método, mas a como o psiquiatra refere-se às patologias como se elas fossem espécies botânicas. A unidade suposta a partir de um agrupamento de sintomas seria a unidade de uma espécie definida pelos suas características permanentes, e diversificada nos seus subgrupos. Como exemplo, a Demência Precoce seria como uma espécie caracterizada pelas formas últimas de sua evolução natural, e que pode apresentar as variantes hebefrênicas, catatônicas ou paranoides. Foucault (2000) afirma que as “doenças mentais” não são um paralelo abstrato, uma imagem no espelho das doenças físicas. Pessotti (1996) afirma que a Freud pode ser atribuída à criação de uma motivação inconsciente que foi muito utilizada como explicação do final do século IX ao longo do século XX, a psicodinâmica subjacente aos quadros psiquiátricos, quando fatores orgânicos e psíquicos tinham similar força de causalidade na *loucura*. De maneira similar, Foucault (2000) defende que as “doenças mentais” são mais do que lapsos das funções normais como a perda da consciência, o entorpecimento de uma função ou obnubilação de uma faculdade qualquer. A doença suprime as funções complexas, instáveis e voluntárias, exaltando as funções simples, estáveis e automáticas. Foucault (2000) afirma que a “loucura”, tornada “doença mental” não pode ser compreendida à luz da Ciência, por ser um tipo de entidade à parte do mundo natural.

A proposta de Foucault ilustra como as escolas explicativas da patologia dos comportamentos humanos se contrapunham quanto à supremacia entre fatores fisiológicos e outras causas, como entidades mentais. A explicação para o comportamento como fenômeno científico, não necessariamente patológico, como as desenvolvidas em Análise do Comportamento praticamente não compõe o conhecimento utilizado para a construção dos códigos de taxonomia de doenças mentais, tão caros à Psiquiatria.

A classificação feita pela Sociedade Psiquiátrica Americana (APA) de 1952 apresentou uma vasta quantidade de tipos de loucura com correspondentes do Código Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa divisão e regulamentação da loucura provavelmente decorreu da preocupação administrativa ou de regulamentação do exercício clínico da psiquiatria pois havia uma categoria de *Termos não-diagnósticos para registro hospitalar*. Pessotti (1999) afirma que outras versões revisadas do Código Internacional de Doenças, em especial a décima (CID-10) não apresentam compromisso teórico. O Código Internacional de Doenças não se propõe a explicar o que ocorre com as pessoas em saúde, o código é apenas uma classificação de problemas de saúde por categorias. As grandes áreas da décima versão do Código Internacional de Doenças indicam similaridades com a classificação de Kraepelin, com causas *exógenas* e *endógenas*

(fora e dentro do corpo). O primeiro CID a incluir os “distúrbios mentais” foi a sexta versão que levou a uma classificação da Associação Psiquiátrica Americana, o Manual Diagnóstico e Estatístico: Distúrbios Mentais (DSM-I). “Como seu irmão gêmeo, o CID, o DSM destina-se, desde então, a uniformizar os critérios de diagnóstico, o registro estatístico e a comunicação entre clínicos” (Pessotti, 1999, p. 182).

Segundo Penna (1996), os critérios de classificação das doenças desenvolvidos pela Medicina seriam conservados ou não de forma pragmática, de utilidade. Pode ser verificado que a classificação de patologias cresce a cada nova edição do Código Internacional de Doenças (CID) que é seguida de uma nova versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais (DSM). Na décima versão do CID e a quarta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, texto revisado - DSM-IV-TR (APA, 2002), encontram-se centenas de categorias cuja combinação de sinais ou sintomas produz milhares de *distúrbios mentais*. No próprio manual é posta em dúvida essa extensa classificação: “... a expressão ‘transtornos mentais’ infelizmente sugere uma distinção entre transtornos ‘mentais’ e transtornos ‘físicos’, um anacronismo reducionista do dualismo mente/corpo.” (APA, 2002, p. 27). Os autores indicam que o problema criado pela expressão *transtornos mentais* persiste no título do Manual DSM, porque ainda não haviam encontrado um substituto apropriado. Banaco, Zamignani e Meyer (2010) ressaltam que, apesar dessa afirmação, o Manual DSM ainda distingue fatores ditos “biológicos” de fatores ditos “psicológicos” com as causas dos problemas, centradas no indivíduo. Para os autores a tônica geral do manual sugere que os transtornos mentais sejam tomados como apenas um conjunto de sintomas de uma causa oculta. As desculpas apresentadas pelos autores do manual não indicam que a classificação venha a mudar, o pressuposto da dicotomia *físico* e *mental* permeia todo o texto e não somente o título. Fato comprovado pela nova versão do manual lançada em 2013, o DSM-V, cuja mudança principal foi ampliar a quantidade de patologias.

Para Pessotti (1999) o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais não seria uma classificação de *loucura*, mas uma classificação das queixas que os médicos psiquiatras podem encontrar em sua rotina clínica e que mereceriam atenção, com relato de queixas como sintomas. A investigação fundamentada no pressuposto de que o *sintoma* produz a *doença*, que é identificada pela presença do *sintoma* inibe quaisquer explicações alternativas sobre o que seria a situação-problema. A explicação circular unicausal é irrefutável, avessa à Ciência (Sagan, 1996) e não ajuda a explicar os processos envolvidos nem como lidar com eles. Para Penna (1996, p.147), “doenças definidas pelas suas manifestações são, na verdade, objetos duvidosos para a investigação etiológica”, o que

concorda com a afirmação de Pessotti (1999, p. 182) sobre as doenças psiquiátricas, que “entre elas, poucas se referem aos distúrbios que, de alguma perspectiva teórica, seja lá qual for, signifiquem *loucura*: um estado de desrazão ou descontrole da vontade”. Identificar qual a origem de termos comumente utilizados e a sua evolução histórica no que se refere a problemas na razão humana pode ajudar o psicólogo que trabalha em unidades de saúde especializada a avaliar o que ocorre com as pessoas para além dos diagnósticos e, provavelmente, produzir melhorias nas condições de saúde da população.

## **1.2 O desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil e as exigências ao trabalho dos psicólogos**

A Saúde é um campo de atuação profissional onde estão inseridos muitos psicólogos no Brasil, em sua maioria em Caps. Parte-se do princípio de que a Saúde Pública, como campo de organização assistencial e tecnológica das ações de saúde, tem suas atividades qualificadas, não como quaisquer atividades, mas sim como as que tomam o “processo coletivo” da saúde e da doença como seu objeto de trabalho (Merhy, 1992). Esse processo coletivo envolve tanto os profissionais de saúde quanto a sociedade, mas essa percepção de saúde desenvolveu-se principalmente a partir do século XIX.

O desenvolvimento da Saúde Pública brasileira, segundo Da Ros (2006), ocorreu somente após desenvolverem-se movimentos similares em outros países. Como algo relativamente recente no Brasil, a Saúde Pública é um movimento de longa data na Europa, concebida no início da revolução industrial, quando a mudança do modo de produção levou grande parte da população rural para os centros urbanos. As pessoas, mesmo as crianças, trabalhavam por longos períodos em ambientes insalubres seja quanto à higiene ou às atividades lesivas. Os locais de moradia dessa população não eram muito diferentes dos de trabalho e, com isso, várias epidemias ameaçavam a continuidade da chamada *Era Industrial*. Foi constatado que as condições de vida (ou de sobrevivência) das pessoas precisariam mudar para que as doenças ficassem sob controle. O processo de adoecer foi avaliado como produto de uma relação entre o organismo e o ambiente onde ele estava inserido. As pessoas que participavam do movimento sanitário europeu pretendiam gerar mudanças nas condições de vida das pessoas para produzir melhorias na saúde. Virchow e Neumann (1847 em Da Ros, 2006) conseguem a aprovação da primeira lei de saúde pública na então Prússia (estado que comporia a Alemanha) que poderia ser sintetizada como: “Saúde, direito de todos, dever do Estado”.

Até a metade do século XIX, o princípio aristotélico da geração espontânea ainda era aceito no que se referia às doenças, o “princípio ativo” que as produzia era disseminado pelo

ar. O trabalho de Pasteur levou à descoberta da bactéria como um agente etiológico para as doenças. Essa novidade determinou a mudança na forma de assepsia de alimentos e instrumentos cirúrgicos, além da maneira de *combater doenças*, salvando muitas vidas. Contudo, o agente etiológico microbiano tornou-se o alvo principal de intervenção em Saúde Pública em detrimento das demais condições propícias para a sua disseminação. As ações voltadas às más condições de saúde do ambiente, promovidas por Virchow e Neumann, passaram a ser subavaliadas e a ênfase passou a ser o combate aos microrganismos. Erroneamente, na Era industrial, avaliou-se que as pessoas poderiam ser protegidas embora vivessem em condições insalubres. Para Da Ros (2006), esse modelo de atenção é o mesmo adotado posteriormente em outros países como o Brasil, com grandes benefícios para a indústria farmacêutica.

O Relatório Flexner (Santos e col., 2013), que levou a reformas importantes na educação universitária americana, consistia em um modelo mais pragmático da Medicina, com ênfase nos procedimentos do profissional e das especialidades. A saúde era mais um fim do trabalho do que um meio de intervir nas condições para a manutenção. Para Pagliosa e Da Ros (2008), na proposta de Flexner o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta. Sendo a doença considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença. Nesse período, os hospitais se transformam na principal instituição de transmissão do conhecimento médico. Às faculdades, resta o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades. As políticas de saúde voltadas à multicausalidade das condições do ambiente perdem força para a proposta de unicausalidade centrada no agente patógeno a ser combatido.

A partir do modelo epidemiológico centrado no combate aos microrganismos, inicia-se a produção em larga escala de medicamentos e a centralização das ações de saúde em hospitais. Os cursos de saúde dos Estados Unidos da América são incentivados a adotar o combate aos microrganismos com remédios em detrimento de um modelo mais abrangente de multicausalidade. Com esse tipo de ênfase, o profissional de saúde não precisava mais intervir nas condições de vida das pessoas (Da Ros, 2006). No que se refere à Psiquiatria, os medicamentos também ganham força frente a outros tratamentos, embora não houvesse um microrganismo envolvido.

No Brasil, a partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, a saúde atrelada à previdência passa a ser componente de um sistema para os trabalhadores. De início, as caixas de pensão; depois, os institutos; e, finalmente, o grande instituto congregador de todos: o Instituto

Nacional de Previdência Social (INPS) (Carvalho, 2013). Na década 1960, o Brasil apresentava melhorias significativas na organização de suas ações em saúde, segundo Da Ros (2006): havia os Institutos de Aposentadoria Privada (IAP), que recolhiam contribuições e funcionavam tanto como fundo previdenciário quanto de saúde, com hospitais próprios, e as pessoas que não participavam desses institutos de trabalhadores eram atendidas nas Santas Casas de Misericórdia. Segundo Carvalho (2013), a Terceira Conferência Nacional de Saúde, no final de 1963, apresentava vários estudos para a criação de um sistema de saúde. A principal proposta era que o sistema de saúde para todos (saúde direito de todos os cidadãos) fosse organizado descentralizadamente (protagonismo do município). A ditadura militar iniciada em março de 1964 sepultou a proposta poucos meses depois. Os IAPs foram nacionalizados e os seus recursos foram utilizados não somente na saúde da população. O Ministério da Saúde, que era responsável pelas atividades de prevenção, com centros para a contenção de endemias (verminose, tuberculose, hanseníase) e ações básicas como cair casas para evitar a Doença de Chagas, teve suas verbas reduzidas de 8% para 0,8% do orçamento anual do governo. A contribuição do trabalhador foi aumentada de 3% para 6% de seus rendimentos, mas o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) utilizava apenas de 25% desse valor com a saúde da população. Dentre outras situações deletérias, o golpe militar piorou a atenção em saúde no país.

Até 1964, o atendimento médico predominante era o generalista e havia a figura do *médico de família*, profissional generalista que atendia à classe mais abastada da população (Da Ros, 2006). O pagamento pelos serviços de saúde começou a ser feito por unidades de serviço (US), o que levou à escolha de procedimentos que remunerassem melhor os profissionais. Como exemplo, os *partos cesáreos* tornaram-se mais frequentes do que os *partos normais*, evidenciando uma mudança significativa na forma de atenção que desconsiderava o que era melhor para o *usuário* em detrimento dos ganhos financeiros e do conforto de profissionais de saúde e organizações como hospitais. A formação de profissionais nas universidades também sofreu modificações e um exemplo disso foi a retirada do ensino de procedimentos para produção de conhecimento e de medicamentos dos cursos de Farmácia, visando favorecer a indústria farmacêutica. A mudança na forma de atenção em saúde produziu mais danos do que benefícios. A chamada “revolução” dos militares conseguiu atrasar o desenvolvimento do país, em especial de um sistema de saúde efetivo para a população.

Com o enfraquecimento do regime militar, e por meio de iniciativas das Comunidades Eclesiais de Base (Cebes), médicos e estudantes de Medicina *preventivistas*, dentre outros (Da Ros, 2006), iniciaram-se algumas mudanças na gestão da saúde do Brasil. Em 1983,

foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que determinavam que os municípios deveriam fazer um Plano Municipal de Saúde e ter uma Comissão Interinstitucional de Saúde para receber recursos do Governo Federal. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, foi a primeira com a presença da sociedade organizada. Segundo Carvalho (2013), a partir de 1987, as AISs foram aprimoradas com o que se denominou Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), que duraram até 1991, quando foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos princípios do SUS (Brasil, 1990) é a *Equidade*, que é a igualdade adjetivada pela justiça. Segundo Machado (2013), pela equidade buscamos tratar diferentemente os diferentes (equidade vertical) e igualmente os iguais (equidade horizontal). No SUS, só se pode fazer equidade e tratar diferentemente a partir das necessidades de saúde. Para priorizar atenção e tratamentos é necessário que ocorram carências de saúde, não de condições financeiras. Já o princípio de *Universalidade* é a afirmação de que todas as pessoas no território nacional, brasileiras ou não, devem ter acesso aos serviços de saúde pública. O princípio de *Integralidade*, para Machado (2013), corresponde a ver o ser humano como um todo e não apenas como um somatório de órgãos e aparelhos. Essa integralidade também é horizontal, onde se entende que a ação deva abranger três enfoques: promoção, proteção e recuperação da saúde. Outro princípio, o de *hierarquização*, refere-se a um cuidado hierarquizado, de acordo com as necessidades das pessoas (atenção primária, secundária e terciária). Por fim, o princípio do *Controle Social*, refere-se à participação da sociedade nas decisões sobre a gestão da saúde. Para Da Ros (2006), quanto à saúde pública, após mais de um século, o país finalmente aproximava-se do movimento surgido na Europa em 1848. A saúde no Brasil seria então organizada e tornar-se-ia direito de todos, independente de sua origem ou classe social.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, definiu as bases do projeto de Reforma Sanitária Brasileira e fixou seu eixo em alguns pontos fundamentais que serviram para incrementar esse processo de ampliação de profissionais da saúde: (a) uma concepção ampliada de saúde, entendida numa perspectiva de articulação de políticas sociais e econômicas; (b) a saúde como direito de cidadania e dever do Estado; (c) a instituição de um Sistema Único de Saúde que tem como princípios fundamentais a universalidade, a equidade, a integralidade das ações, a descentralização e hierarquização dos serviços de saúde e; (d) a participação popular e controle social dos serviços públicos de saúde. Com a 8ª CNS pela primeira vez no Brasil a saúde deixava de ser concebida como um estado biológico abstrato de normalidade ou de ausência de patologias - visão socialmente dominante - e passou a ser percebida como um efeito real de um conjunto de condições

coletivas de existência, como expressão ativa de um direito de cidadania (Dimenstein, 1998). Tal afirmação aproxima as ações de “Saúde Mental” de uma proposta menos patológica, ao menos quanto ao tratamento disponibilizado, com a estruturação de serviços que se tornariam os Caps.

Do ponto de vista dos movimentos de reordenamento do setor, o SUDS, iniciado em 1987, representou uma nítida descentralização, todavia ainda não concluída. E a Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), já em 1990, fixou as bases para novas relações entre os três níveis de governo, além de estabelecer as regras básicas para o setor, em diversas dimensões (Buss, 1991). Com o advento do SUS e com a Constituição de 1988, todos os brasileiros passam a ter os mesmos direitos: na saúde, desaparece a figura do *indigente*, a pessoa sem direitos (saúde, educação, moradia). Da Ros (2006), contudo, ressalta que apesar da proposta de integração das ações em saúde, ainda havia desarticulação entre os programas dentro do próprio Ministério da Saúde. Como exemplo, o gestor de cada *programa* do Ministério (diabetes e hipertensão, Aids, hanseníase, etc.) é quem definia o que deveria ser feito e o modo de fazer, não havendo sequer uma definição comum de *prevenção* ou de *Saúde*.

Da Ros (2006) ressalta ainda que o Banco Mundial subsidiou as mudanças ocorridas nos anos 1990, após a instituição do SUS. Chamada de “política de cesta básica”, essa ajuda foi elogiada como fonte de recursos, mas também criticada, pois estava vinculada a conceitos de Atenção Básica como algo mínimo a ser feito pela população, com controle dos recursos utilizado pelo Estado. Muitos serviços prestados à população, pagos pelo SUS, começam a ser questionados em função dos seus custos. A atenção especializada estava entre os grandes captadores de recursos voltados à Saúde.

Em 1993, inicia o Programa Saúde na Família (PSF) que depois seria transformado em Estratégia Saúde na Família (ESF). No ano de 1997, foram criados os Polos de Capacitação na Estratégia Saúde da Família, com ênfase em características de *universalidade* e *equidade*: “Trabalho com promoção de saúde, acolhimento, visitas domiciliares, trabalho em equipes multidisciplinares, educação em saúde e alta resolutividade” (Da Ros, 2006). Os princípios das ESF serviriam também para a organização dos Centros de Atenção Psicossocial, os Caps, destinados a diminuir índices de internação psiquiátrica em manicômios. Os Caps foram a alternativa encontrada aos hospitais psiquiátricos, que constituíam unidades de atenção especializada em saúde de alto custo para o governo e baixa resolutividade para os usuários.

O Ministério da Educação (MEC) produziu uma nova Lei de Diretrizes Curriculares em 2001, pela qual todos os cursos do campo de atuação profissional em saúde deveriam reorganizar sua base formativa, buscar constituir profissionais críticos, reflexivos,

humanistas e de alta resolutividade, com um horizonte no Sistema Único de Saúde. Com as novas diretrizes haveria recursos disponíveis para mudar as ações em saúde, porém Da Ros (2006) aponta problemas nas práticas que ocorrem na formação de profissionais de saúde: (a) *clientelistas*: por exemplo, vendem-se projetos no interesse uni-institucional do Ministério da Saúde, que é a instância fonte de recursos, sem uma integração entre os demais envolvidos com a saúde no país; (b) *academicistas*: os gestores das universidades acreditam que são eles os únicos a identificar as necessidades de formação; (c) *antidemocráticas*: os gestores do MEC definem as necessidades sem ouvir as universidades, o controle social ou os estudantes dos centros de ensino; e (d) *não integradoras em todas as instâncias*: não se leva em consideração a diversidade de pensamento sobre os problemas em Saúde Pública. Nas universidades, cada curso ou departamento ainda age conforme interesses próprios, isolado de seus pares, via de regra; e (e) *focais*: formulam-se programas de pesquisa sem articulação com outros. O novo (velho) desafio seria promover a *integralidade* que:

“ ... tem, entre seus sentidos, o de promover saúde, prevenir e atender doenças, simultaneamente e, também, comporta o entendimento de que o corpo não é um somatório de fragmentos anatômicos. Igualmente, permite perceber que: saúde é, ao mesmo tempo, social, biológica e psicológica; que as necessidades da população vão além do que chamamos necessidades epidemiológicas ...” (Da Ros, 2006).

Ribeiro (1969) identifica diferentes tipos de problemas na organização da universidade, muitos dos quais continuam atuais e podem auxiliar a avaliar tanto a função da instituição quanto a formação dos profissionais produzidos por ela. O autor afirma que um país precisa produzir conhecimento e capacitar a sua população universitária para resolver os problemas que ocorrem em seu território. A comunidade universitária deve fazer mais do que traduzir e copiar o conhecimento produzido em outros países, que posto à prova na realidade brasileira, pode não resolver os problemas nos quais estamos envolvidos, e precisa ir além dessa *modernização reflexa*, rumo a um desenvolvimento autônomo, ou seja, a buscar soluções para os problemas apresentados no país, o seu *desenvolvimento autônomo*.

Cabe à universidade a produção de conhecimento, a organização desse conhecimento e o acesso a esse conhecimento. Outra das suas funções é capacitar pessoas para transformar o conhecimento existente em comportamentos profissionais úteis à sociedade (Botomé, 1982, 2006). Essa função social da Instituição Universidade não inviabiliza que as pessoas obtenham seu meio de vida, o que, muito provavelmente, é o objetivo de boa parte dos alunos que ingressa em um curso de graduação: tornar-se um profissional de nível superior,



neste caso o Psicólogo, e sustentar-se de modo digno produzindo benefícios às outras pessoas.

Coerente com os princípios do SUS, Silva, Oliveira e Franco (1998) sugerem que seja adotada uma perspectiva ecológica da saúde, na qual o processo de adoecer não seria apenas produto de um fator genético ou ambiental. A saúde era produto de uma inter-relação de fatores genéticos e ambientais, concebendo os aspectos ambientais como integradores das condições geográficas e socioculturais. Reconhecer os determinantes de adoecer pode tornar o usuário um agente ativo e crítico na manutenção de sua saúde ou na sua recuperação. O conceito de Saúde como fenômeno complexo, composto por diferentes fatores e múltiplos determinantes sociais, fisiológicos e psicológicos, tem como decorrência a necessidade de outras ações além do combate às doenças. Essas ações são voltadas aos níveis mais microscópicos (atômico, químico, físico, fisiológico), até outros de diferentes graus de microscopia (biológico-individual), chegando a níveis macroscópicos de relações entre tais fenômenos e processos (social, administrativo, econômico, jurídico, político, ecológico), conforme explicitam Rebelatto e Botomé (1987) e Botomé e Stedile (2013).

### **1.3 A Saúde Mental no Sistema Único de Saúde**

Segundo Dimenstein (1998), a partir dos anos 1970, houve uma reformulação na maneira de entender as políticas públicas vigentes em Saúde Mental. Para mudar a forma de atenção era necessário construir uma rede de serviços que substituíssem o modelo centrado no hospital psiquiátrico. O “modelo patológico-asilar”, centrado no manicômio, era insatisfatório quanto aos resultados de melhora do estado geral do usuário, oneroso e de baixa qualidade. As unidades de atenção em “Saúde Mental” teriam de ser, ao mesmo tempo, mais eficazes e com menor custo social. O objetivo era formar equipes multiprofissionais comprometidas com as novas tarefas desse modelo assistencial que se apresentava como crítica ao asilo e solução para os problemas e precariedades da assistência psiquiátrica.

Segundo Rohrbacher e Poluceno (2013), apesar de ter sido criado um novo modelo assistencial, foi mantida a lógica de que problemas comportamentais não são algo próprio da Atenção Básica em saúde. Os Caps tomaram o lugar dos manicômios como locais para encaminhamento de demandas. Eles funcionam como “hospitais-dia” e (ou) “centros de convivência” e, dada a generalidade dos procedimentos indicados pelo Ministério da Saúde, pouco se sabe sobre o que de fato ocorre dentro deles. Rohrbacher e Poluceno (2013) ainda afirmam que também há pouca informação sobre como os usuários são avaliados para que

tenham acesso à atenção especializada em saúde. Seguindo a lógica da atenção hierarquizada (Brasil, 1990), cabe ao profissional de saúde avaliar o que ocorre com o usuário na Atenção Básica. Em situações relativas a problemas comportamentais, identificados os prováveis determinantes (sociais, fisiológicos, comportamentais, financeiros e etc.), o profissional deve propor meios de produzir as mudanças necessárias no repertório de comportamentos do usuário. Essas mudanças comportamentais podem ocorrer a partir de comportamento do profissional e (ou) do usuário.

A formação deficiente do profissional quanto à identificação e modificação do repertório de comportamentos poderia levar a avaliação incorreta ou insuficiente das situações-problema apresentadas pelos usuários ou pela equipe de profissionais de saúde. Na ausência de comportamentos profissionais para lidar com o comportamento do usuário, as decisões sobre o que fazer em centros de atenção psicossocial seriam deixadas a cargo do próprio usuário, o qual pode nem saber o que se pretende fazer para a melhoria de seu estado de “Saúde Mental”. Os encaminhamentos das unidades de atenção básica em saúde para as de atenção especializada “a pedido do usuário”, sem considerar a possibilidade de baixo interesse pela saúde do usuário pelos profissionais, são exemplos de como pouco se sabe intervir sobre comportamento humano. Não é o usuário, sozinho, quem deve avaliar as próprias condições de saúde e proceder a encaminhamentos.

Os profissionais de saúde interferem em comportamentos dos usuários como prática diária, seja com orientações de melhores comportamentos, indicação de comportamentos deletérios ou por meio de medicamentos que possam interferir em como as pessoas se comportam. O psicólogo é necessário no contexto da Saúde Pública, pois é o profissional capacitado a lidar com comportamentos tanto dos usuários quanto os necessários aos membros das equipes de trabalho. Problemas de pequeno prejuízo em saúde, via de regra, têm resolutividade com procedimentos comuns aos demais profissionais desse campo de atuação, como orientações preventivas (Rohrbacher & Poluceno, 2013). Geralmente, uma avaliação empática pode ser suficiente e auxiliar o usuário a resolver problemas de comportamento, algo mais efetivo do que um encaminhamento a uma unidade especializada em saúde.

Avaliar o que ocorre com o usuário e auxiliá-lo quanto aos seus problemas de comportamento pode ser muito mais eficiente na unidade de atenção primária em saúde, pois lá o conhecimento sobre esse usuário e suas condições de saúde é muito maior do que nas unidades especializadas. Inverter essa lógica e encaminhar os casos de atenção básica a profissionais especialistas leva a uma falsa impressão de que faltam profissionais especialistas e que a resolução desses problemas não pode ocorrer via atenção básica em

saúde. Tal raciocínio fortalece a ruptura da *integralidade* do SUS com uma atenção à “Saúde Mental” se contrapondo a atenção à uma “Saúde Física”. Mais do que a divisão de uma estrutura de trabalho, a dicotomia mentalista *físico* e *mental* é o retrato de como o comportamento humano é pouco conhecido pelos profissionais de saúde, incluindo seus gestores.

#### **1.4 O Sistema Único de Saúde e as políticas públicas de “Saúde Mental” que regulamentam as unidades de atenção especializada em saúde do tipo Caps**

Para intervir em Saúde Pública é necessário conhecer a legislação que define as políticas públicas. As diretrizes que orientam as ações dos gestores e dos profissionais de saúde são apresentadas sob a forma de manuais (Saraceno, Asioli & Tognoni, 1994), embasados nas leis, portarias e decretos voltados à atenção em Saúde. Esses documentos descrevem os chamados *programas* promovidos pelo SUS.

No que se refere ao setor de “Saúde Mental”, por um longo período, o exílio manicomial foi considerado “solução” para pessoas que apresentassem comportamentos considerados inadequados ao convívio social. Porém, essa solução era mais um acobertamento de problemas, pois o sujeito era isolado, mas seus problemas continuavam a ocorrer em confinamento. Além de não resolver os problemas para os usuários, esses cidadãos tornavam-se inaptos ao convívio social, pois perdiam até mesmo o contato com suas famílias. A perspectiva era pior do que a dos presidiários, pois os criminosos são julgados e cumprem uma pena determinada por um período, enquanto muitos dos alienados dos manicômios cumpriam sentenças perpétuas.

Para substituir as internações em hospitais psiquiátricos, foi criado no Brasil um novo tipo de agência especializada de saúde, de nome Centro de Atenção Psicossocial (Caps). O primeiro foi inaugurado em 1986 na cidade de São Paulo (Brasil, 2004). Essa unidade foi criada como alternativa ao modelo hospitalocêntrico-manicomial em vigor, no qual a pessoa que apresentasse algum “transtorno mental” era encaminhada e internada em hospitais psiquiátricos. Outros tipos de unidade de saúde foram criados com objetivo similar: os Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps) e os Centros de Referência em Saúde Mental (Cersam). Posteriormente, as unidades de atenção especializada não-hospitalares tornaram-se Caps (Brasil, 2002).

Os Caps oferecem serviços de natureza universal, pública e gratuita, respeitando os princípios de *equidade*, onde todos têm os mesmos direitos; *descentralização de recursos*, de modo a atender ao usuário o mais próximo possível de onde ele vive; e com o *controle social*, exercido por conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde com a representação

dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (Brasil, 2002). A pessoa que apresente um *distúrbio mental, grave e persistente*, pode ser atendida como usuária de um Caps. Tal “distúrbio” ou “transtorno” deve constar em uma relação de diagnósticos identificados por meio de códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, a CID (OMS, 1992). Quem sistematiza essa classificação é a Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo a décima versão como a mais recente, a CID-10. Os problemas de saúde selecionados da CID-10 para atenção nos Caps pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2012) abrangem desde a relação de dependência do usuário com a cafeína até situações que envolvem esquizofrenia e tentativas de suicídio. A abrangência dos diagnósticos é tão grande que os Caps teriam que assumir todo e qualquer cuidado com pessoas que apresentassem algum comportamento-problema.

Aos moldes da Estratégia Saúde da Família, a distribuição dos Caps é feita de acordo com a população abrangida por um território, por vezes delimitado na área física de um município ou parte dele, havendo possibilidade de abranger regiões com mais de um município (Brasil, 2002, 2004, 2011, 2012, 2013a). Os Centros de Atenção Psicossocial I (Caps I) são unidades de saúde especializada para municípios ou regiões com mais de 20 mil habitantes, onde são oferecidos serviços que compreendem ações em “saúde mental” dirigidas a crianças, adolescentes e adultos, incluindo ações voltadas às pessoas em uso abusivo de substâncias psicoativas. Nos Caps I são atendidas pessoas com diferentes tipos de comportamento-problema, de gravidade diversa. Não há informações claras nas portarias do Ministério da Saúde sobre o que deve ser feito com os usuários que necessitem de atenção psicossocial em municípios com população inferior a 20 mil habitantes. Via de regra, os problemas dos usuários são objeto de intervenção de profissionais da atenção básica em saúde, de prestadores de serviço particulares ou ainda de profissionais do SUS do sediados em municípios maiores, indo contra a lógica da territorialidade.

O critério de idade, não considerado nos Caps I, passa a vigorar com o aumento da população abrangida. Para territórios que apresentem mais de 70 mil habitantes podem ser implantadas unidades do tipo Centro de Atenção Psicossocial II. O Caps II é um tipo de unidade de saúde especializada que apresenta serviços voltados aos comportamentos-problema de pessoas adultas. A atenção aos usuários adolescentes e adultos em uso abusivo de substâncias psicoativas em territórios com mais de 70 mil habitantes ocorre em Centros de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas, os Caps ad (Brasil, 2002).

Para territórios com mais de 150 mil habitantes pode ser implantada a unidade de saúde para crianças e adolescentes do tipo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

(Caps i). Esse tipo de unidade de atenção especializada em saúde é voltado a crianças e adolescentes com diagnóstico de “transtorno mental”. Além do critério de idade, os Caps i diferem dos Caps II por possibilitar serviços relativos ao uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescente (Brasil, 2002). As divisões de territórios por quantidade de pessoas deixam uma lacuna quanto aos usuários com menos de 18 anos, pois não há proposta de atenção para eles em territórios com população entre 70 mil e 150 mil habitantes. Na falta de regulamentação específica, pode-se inferir que as unidades de Estratégia Saúde da Família e demais unidades de atenção básica em saúde são responsáveis por toda a atenção psicossocial nos territórios sem cobertura de Caps. Isso ocorre mesmo sem capacitação específica para lidar com o comportamento humano e não tendo profissionais como psicólogo, médico psiquiatra e (ou) assistente social em suas equipes. Outra possibilidade, dentre outras, seria a manutenção do modelo ambulatorial psiquiátrico e (ou) psicológico onde não existe Caps.

Outros tipos de Centros de Atenção Psicossocial são as destinados a territórios com mais de 200 mil habitantes (Brasil, 2002). Os Centros de Atenção Psicossocial III (Caps III) e o Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas III (Caps ad III) se diferenciam dos demais por prestarem serviços tanto de atenção de média complexidade em saúde quanto de alta, por oferecem leitos para desintoxicação e atenuação de crises. O funcionamento das unidades de tipo III ocorre sete dias por semana, 24 horas por dia, o que demanda maior quantidade de profissionais, estrutura e recursos financeiros. Esse investimento visa maior efetividade na redução de internamentos hospitalares e possibilitar o atendimento em dias e horários que os Caps II e Caps ad estão fechados. Com a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos e a quantidade insuficiente de leitos em saúde mental para internação em hospitais gerais, parece que os Caps III também cumprem a função substitutiva de cuidado intensivo.

Para viabilizar o trabalho realizado nos Caps podem ser implantados outros tipos de unidades no território, as quais compõem a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) (Brasil, 2011). As Unidades de Acolhimento Adulto e Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil (UA) são voltadas para usuários de Caps em regime residencial transitório, os quais precisam de cuidados intensivos ou proteção. Outros componentes da Raps são as unidades de saúde de média e alta complexidade como os hospitais gerais e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Na proposta de implantação dos Caps é enfatizada a necessidade que a Raps também seja constituída pelas unidades de atenção básica à saúde (UBS), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Estratégia Saúde da Família (ESF), além do Consultório de Rua e de outros ambulatórios. Estruturada uma rede de atenção psicossocial,

com as unidades de atenção básica e unidades de média e alta complexidade em saúde em funcionamento, quais os comportamentos profissionais necessários à população que deveriam ser apresentados pelos profissionais de saúde? Quais os comportamentos profissionais devem ser apresentados pelos psicólogos dos Caps?

A atenção a usuários com “transtornos mentais graves e persistentes” no SUS é prioritária dentre os demais problemas de saúde apresentados pela população em geral dentro dos Caps. As ações dos profissionais de saúde constituem conjuntos de atividades realizadas por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, além de monitores (artes, educação física, dentre outros) em um plano terapêutico individual integrado de tratamento, chamado Plano Terapêutico Singular (PTS).

Os PTS podem ser considerados empíricos, pois são propostas de intervenção que dependem de planejamento e avaliação de procedimentos e resultados. E esse planejamento depende de conhecimento científico sobre comportamento humano. Para Sagan (1996) a Ciência diferencia-se de outras formas de conhecer pela refutabilidade das afirmações que constituem o seu conhecimento, ou seja, as afirmações devem ser demonstráveis e podem ser abandonadas caso não sejam suficientes. Não existem verdades absolutas. Em um PTS que o usuário tem sua condição restrita a um problema mental, pouco haverá para o profissional fazer. Cabe o questionamento de que os Caps, locais que organizam e desenvolvem *atenção psicossocial*, ou seja, trabalham com fenômeno social e psicológico, sejam definidos pelo trabalho com usuários que apresentem “transtornos mentais”. Não há relação clara entre o nome das unidades e o que é indicado como função pelo Ministério da Saúde: tratar “transtornos mentais”.

O que será tratado de modo psicossocial é algo nomeado como “mental”. Via de regra, o usuário apresenta comportamentos estereotipados, repetitivos, dentre outros que dificultam a sua vida em sociedade. Baum (1996) critica o uso do termo “mental”, pois confere à “mente” algo fictício e distinto do organismo pelo qual um tipo de entidade atua como agente causal do comportamento humano. Essa concepção é dualista, promove a cisão da pessoa, criando uma parte do Homem alheia aos fatos, o pressuposto de que eventos mentais fictícios ocorrem distantes do mundo natural, inacessíveis. Utilizar a “mente” como explicação para o comportamento humano inviabiliza a intervenção necessária ao usuário de Caps, leva a explicações fictícias e irrefutáveis, restritas a uma *causa* inacessíveis ao trabalho do profissional de saúde. Baum (1996) propõe uma perspectiva monista, pela qual os processos encobertos podem ser manejados como quaisquer outros comportamentos, mesmo que não sejam diretamente observáveis. Cabe ao psicólogo trabalhar com os

processos comportamentais, inclusive os encobertos como *pensar, lembrar, imaginar, alucinar, delirar, etc.*

Os usuários dos Caps apresentam comportamentos, os que lhes causam ou constituem problemas, os quais precisam ser eliminados e os benéficos fortalecidos ou desenvolvidos. Skinner (1953), assim como Botomé (1988) e Todorov (1989), defende que o fenômeno da Psicologia como Ciência é o comportamento. Sendo os psicólogos os profissionais mais capacitados a intervir em comportamento humano é de se estranhar que eles não sejam imprescindíveis para o funcionamento dos Caps. Na concepção do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), os usuários do SUS que frequentam os Caps têm como necessidade maior os procedimentos realizados por profissionais da Medicina e da Enfermagem, visto que esses não podem estar ausentes na formação das equipes profissionais de Caps (Brasil, 2004). Ao considerar que o Caps pode funcionar sem psicólogo, o Ministério da Saúde indica não ter clareza quanto à função do psicólogo como profissional de Caps.

A CID-10 (OMS, 1992), como lista de diagnósticos médicos, não apresenta uma definição precisa do que caracteriza o conceito “mental” que compõe os itens de sua classificação. O conceito de “mente” é fundamental para categorizar quais seriam os “distúrbios”, “doenças” ou “patologias” relacionados a ela. Outro problema é o critério complementar para a entrada do usuário nos centros de atenção psicossocial. Além de apresentar um “transtorno mental”, este deve ser *grave e persistente*. Usuários que já estiveram internados em hospitais psiquiátricos por longos períodos de modo asilar apresentam transtornos mentais graves e persistentes? Os usuários que nunca foram internados em hospitais psiquiátricos apresentam transtornos graves? O que é um “transtorno mental grave”? Quais as condições para que um “transtorno mental grave” seja também persistente? Como avaliar gravidade e persistência de “transtornos mentais”? No que, de fato, são feitas intervenções?

Os *sintomas dos distúrbios mentais* da CID-10 e do Manual Diagnóstico e Estatístico: Distúrbios Mentais, em sua quarta versão revisada (DSM-IV TR), configuram um conjunto de queixas as quais o profissional, em especial o médico psiquiatra, necessitaria estar atento para decidir qual a intervenção necessária a um determinado diagnóstico (Ullmann & Krasner, 1965). Diagnóstico de quê? Esta é uma pergunta que precisa de respostas. No “modelo médico patológico” de atenção em saúde, o distúrbio é produto de uma causa subjacente, situada em um local *interno* e, ao mesmo tempo, imaterial chamado *mente*, que manifesta seus problemas por meio de *sintomas* que ocorreriam no corpo de uma pessoa. A divisão do Homem em uma perspectiva dualista de *mente e corpo* (simulacro do dualismo de *alma e corpo*) permite ao psicólogo e a outros profissionais de saúde pouco mais que a

função de expectador de processos internos do usuário. Tal concepção pode levar o Ministério da Saúde a considerar esse profissional pouco necessário a uma unidade de saúde.

Aspectos do repertório comportamental de um usuário podem ser considerados indesejados ou inadequados e, geralmente, ocorrem de forma contígua a certo grau de sofrimento da pessoa cujo comportamento necessita de algum tipo de intervenção. O Ministério da Saúde, em seus documentos (2002, 2004, 2012), indica que está seguindo o “modelo médico patológico”, ao considerar tipos ou aspectos do comportamento em geral como sintomas de uma *doença*, aos moldes do DSM-V (2013). O subsistema de Saúde Mental, componente do SUS, foi organizado a partir da perspectiva patológica, evidenciado pelo modo de registro de trabalho realizado pelo psicólogo, que ocorre por meio de procedimentos associados a um código da CID-10 (1992). Ou seja, o psicólogo, como profissional de saúde, sob a perspectiva do SUS, trabalha com *doenças mentais* que por definição são conjuntos de *sintomas* de uma *causa subjacente* inferida a partir dos *sintomas* e do pressuposto de correlação entre eles. Essa concepção circular é contrária à definição de saúde proposta pela OMS, a qual fundamenta o SUS (Brasil, 1990).

Outra evidência do “modelo médico patológico” no subsistema de “Saúde Mental” é a forma de composição das equipes de Caps (Brasil, 2004). Dentre os profissionais graduados que compõe a equipe profissional, comumente chamados de “técnicos”, podem ocorrer variações, resultando em diferentes combinações quanto ao tipo de graduação proposta para a “equipe técnica”. O nome “equipe técnica” compõe diferentes equipes profissionais de acordo com o critério adotado pelo gestor local. Entre os profissionais graduados da “equipe técnica” pode haver profissionais graduados em Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Medicina, dentre outros. Porém, somente dois tipos de profissionais são obrigatórios em Caps: o médico e o enfermeiro. O que é declarado como definição de função dos Caps pode não estar de acordo com os profissionais mais necessários a uma equipe voltada à “atenção psicossocial”, pois aqueles graduados a trabalhar com o fenômeno psicológico e o fenômeno social não são imprescindíveis e podem não estar na equipe.

Os psicólogos inseridos nos Caps ajudam a manter o “modelo médico patológico”? Quando procuram combater manifestações ou *sintomas* que ocorrem no organismo do usuário a partir de uma causa *mental*, a resposta é sim. Tal processo não tem possibilidade de mudança efetiva por meio da ação do profissional, que apenas acompanha ou remedia sintomas. Ullmann e Krasner (1965) apresentaram uma analogia que ajuda a compreender esse tipo de processo: “No nascimento, o médico obstetra pode apressar, atrasar ou mesmo terminar o processo, mas não pode alterar a situação básica. Em síntese, em uma terapia com as características do Modelo Médico [patológico], o terapeuta facilita e ajuda um processo



composto pela causa subjacente e pela situação terapêutica”. No “modelo médico patológico”, o psicólogo é uma espécie de acompanhante. O processo é alheio ao que ele faz e ocorrerá na presença ou mesmo na ausência do profissional, alterando talvez o grau de dificuldade com que o usuário irá lidar com o que compõe seu *transtorno mental*.

Para Penna (1996), *doença* é o produto de um conjunto de fatores: (a) o meio ambiente, aí incluídos microrganismos, agentes químicos, agentes físicos, dieta, dentre outros; (b) a possibilidade de resposta do organismo ao ambiente determinada pelo código genético; e as (c) condições gerais desse organismo. “A doença tanto pode ser uma contaminação vinda de fora, quanto o cumprimento de um destino geneticamente determinado ou, ainda, uma consequência de escolhas individuais de interação com o ambiente” (Penna, 1996, p. 150). Fica a pergunta: vale a pena atribuir a comportamentos-problema de um organismo um agente etiológico imaterial, sobre o qual não se tem qualquer controle?

Skinner (1953) afirma que a psicoterapia não se trata de remediar uma doença interna da qual as manifestações comportamentais são meros “sintomas”. Ele enfatiza que a Psicoterapia é uma das agências de controle do comportamento humano que, via de regra, é utilizada quando ocorrem subprodutos indesejáveis desse controle. Ele enfatiza que, assim como as agências religiosas dão ênfase à ficções explicativas como *salvação* e *piedade* e as agências governamentais à *justiça*, *liberdade* ou *segurança*, a Psicoterapia eleva ao máximo a *saúde mental* ou o *ajustamento pessoal*. Dois termos que enfatizam o desenvolvimento doentio ou desajustado. Para Skinner (1953), a terapia consiste em mudar o repertório de comportamentos da pessoa, eliminando os subprodutos do controle. Para isso é necessário o controle de variáveis que compensem ou corrijam uma história que produziu o comportamento indesejável. A terapia consiste não em levar a pessoa a descobrir a solução para seu problema, mas em mudá-lo de modo que seja capaz de descobri-la.

Ullmann e Krasner (1965) indicam um modelo psicológico de atuação profissional em saúde que interviria não sobre *distúrbios mentais* ou *doenças mentais*, mas sobre comportamentos das pessoas. Esses comportamentos são as relações entre o que as pessoas fazem, a partir do ambiente em que fazem e as mudanças produzidas no ambiente produzido pelas ações (Botomé, 2001). Com esse fenômeno de intervenção, a noção de causas subjacentes é desnecessária, não fazendo sentido associar os substantivos *distúrbio*, *doença* ou *transtorno* ao adjetivo *mental*.

Para Assini (2011), a substituição das explicações mentalistas pela noção de comportamento possibilitou que as relações entre organismos e meio fossem identificadas com maiores graus de clareza. Para a autora, um “comportamento problema” é o que Ferster

(1973) definiu como “um déficit ou excesso de comportamentos que produzem sofrimento individual ou social”. Esse sofrimento pode ser produzido na própria pessoa que apresenta o comportamento ou nas pessoas que convivem com ela. O critério central como indicação para tratamento psicológico de um indivíduo seria o sofrimento decorrente de comportamentos-problema.

Assini (2011) afirma que “transtorno mental” é uma concepção que vai de encontro à noção de comportamento como um complexo sistema de relações entre o faz o sujeito e o meio. Assim, o uso das expressões “transtorno mental” ou “transtorno psicológico” deve ser abandonado, com o uso da expressão “comportamentos-problema”, a qual pode indicar com mais propriedade quais são as relações entre meio e organismo que produzem ou aumentam a probabilidade de problemas ocorrerem. Trabalhar a partir de “comportamentos-problema” aumenta a clareza em relação às variáveis que determinam esses tipos de problemas. Parece que alterar essas variáveis é mais fácil do que alterar “processos mentais” apresentados por um indivíduo, tal como seu “caráter” ou suas “patologias”. Para Assini (2011), o exame da definição de “comportamentos-problema” possibilita identificar que serão as interações do organismo com o meio passíveis de virem a provocar sofrimento ou prejuízo para si mesmo e para os demais. São as variáveis determinantes desses tipos de relações que poderão ser modificadas para que esses prejuízos nunca ocorram.

Embora indiquem um distúrbio do DSM-V (2013) e pressuponham *causas mentais*, os médicos psiquiatras, neurologistas ou outros que intervêm em *distúrbios mentais* por meio de fármacos não visam causas subjacentes, mas mudanças no comportamento ao alterar a fisiologia do organismo. Corrobora esse ponto de vista o fato de que não existem remédios exclusivos para *esquizofrenia* e a divisão nas *famílias* de fármacos tem pouco a dizer em sua taxonomia, pois em geral *antipsicóticos*, *ansiolíticos*, *hipnóticos* não são utilizados somente para tratar *psicose*, *transtornos ansiosos* ou *insônia*. O que faz o médico prescrever os fármacos são os efeitos desses (Pessotti, 1976), como contenção química de ações ou respostas que variam em topografia (*agitação*, *ansiedade*, *agressividade*, etc.), mas sem que os determinantes de relações, além da fisiologia, sejam explicitados para a produção de mudanças efetivas.

Os comportamentos apresentados pelas pessoas são relações entre o que elas fazem e o ambiente dessas ações, do qual também faz parte o próprio repertório de comportamentos da pessoa (Skinner, 1989). Os comportamentos chamados *patológicos* com maior ou menor envolvimento fisiológico são comportamentos aprendidos. A forma como são desenvolvidos e mantidos não é diferente de quaisquer outros comportamentos das pessoas, inclusive os considerados saudáveis. O julgamento de comportamentos quaisquer como desejáveis ou

indesejáveis é uma decisão moral, produto de um ambiente social (Skinner, 1953, 1989; Todorov, 1989; Silva, 2002). Todos os comportamentos seriam adaptados ou selecionados a partir do meio onde se originaram ou que os mantém. “*O indivíduo cujo comportamento é patológico não cumpre plenamente as expectativas que os outros indivíduos têm acerca de seu papel, não responde a todos os estímulos presentes no momento e não conseguem produzir as maneiras típicas ou máximas dos reforçadores disponíveis para pessoas de seu status*” (Ullmann & Krasner, 1965, pp. 29-30).

Enquanto no Modelo Psicológico o terapeuta é um agente ativo, observa, analisa e sintetiza ativamente comportamentos do usuário, no “modelo médico patológico” a atividade terapêutica é bem mais difusa e não relacionada às ações do paciente. Ullmann e Krasner (1965) apresentam essa distinção e colocam em dúvida o que realmente faz um psicólogo ao considerar o agente causal como algo subjacente, envolvendo apenas o estabelecimento de tempo e lugar para o comportamento modificado, mas sem favorecer ou dirigir um comportamento. Caberia ao psicólogo fazer mais, identificar quais os determinantes probabilísticos de componentes dos comportamentos, intervir sobre eles e avaliar a sua ocorrência. Realizar análise para identificar seus componentes e sintetizar novos comportamentos na finalidade de promover melhores condições de saúde das pessoas que são usuárias de Caps requer o desempenho de comportamentos complexos dos psicólogos que neles trabalham. Com isso, seria necessário conhecer quais seriam os comportamentos profissionais propostos para psicólogos em Caps que para atuem como agentes de serviços públicos de saúde.

### **1.5 Os procedimentos do profissional psicólogo na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (Sigtap) contribuem para a indefinição da função de psicólogo no SUS**

As atividades desenvolvidas por psicólogos nas unidades que compõem o SUS são financiadas por meio do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (Sigtap). Segundo as informações verificadas no Sigtap (Brasil, 2012), o psicólogo executa atividades em três níveis de complexidade, mas organizadas em duas categorias: *Atenção Básica* (AB) e *Média e Alta Complexidade* (MAC). A AB compreende os serviços prestados em unidades básicas de saúde, enquanto os serviços de MAC compreendem tanto a atenção especializada em saúde (clínicas especializadas e Caps) quanto a atenção para situações agudas e de internamento (pronto-atendimentos e hospitais). Embora utilize os códigos de *Psicólogo Clínico* e *Psicólogo Social* da CBO, o sistema de Registro das Ações

Ambulatoriais de Saúde (Raas) para Caps (unidade de média complexidade) não apresenta relação clara entre a descrição da função de psicólogo e as atividades atribuídas ao psicólogo no Sigtap, de onde provêm os recursos para financiamento dos prestadores de serviços ao SUS.

No Tabela 1.1 estão listadas as 15 atividades passíveis de registro pelo código da CBO referentes ao profissional psicólogo na Atenção Básica do SUS. O registro é segmentado, ou seja, caso o profissional tenha feito cinco delas em relação ao trabalho com um usuário no mesmo dia, todos devem ser registrados. Cada procedimento (PAB) realizado leva a um “registro de produção”. Esse conjunto de atividades diretamente observáveis visa a remuneração do trabalho pelo SUS e não clarifica quais os comportamentos profissionais que precisam ser apresentados em relação aos usuários.

Todas as 15 atividades são indicadas para serem realizadas por mais de um tipo de profissional, não havendo procedimento exclusivo do psicólogo. A atividade *Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico)* indica duas categorias profissionais, a categoria “Médicos” e a categoria “Não-Médicos”. As atividades *Visita domiciliar / institucional por profissional de nível superior* e *Visita profissional por profissional de nível superior* são realizadas exclusivamente por profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, psicólogos, dentre outros). Além de atividades por categorias referentes ao ensino também há sobreposição de critérios, como locais onde podem ocorrer intervenções em saúde como *Atividade educativa / Orientação em grupo na atenção básica*, *Visita domiciliar / institucional por profissional de nível superior*, *Consulta / atendimento domiciliar*, *Visita domiciliar pós-óbito* e *Visita profissional por profissional de nível superior*. Essas atividades têm em comum o registro individual e serem externas ao local Unidade Básica de Saúde. Outras referem-se à atividades mais estritas, como *Consulta para avaliação clínica do fumante*, *Abordagem cognitivo-comportamental do fumante (por atendimento/paciente)*.

**Tabela 1.1**

PAB - Atividades na Atenção Básica designadas ao profissional psicólogo, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (Sigtap) - (n=15)

- 
- 01 - Atividade educativa / Orientação em grupo na atenção básica
  - 02 - Prática corporal / Atividade física em grupo
  - 03 - Práticas corporais em medicina tradicional chinesa
  - 04 - Visita domiciliar / institucional por profissional de nível superior
  - 05 - Teste rápido para sífilis
  - 06 - Teste rápido para sífilis em gestante
  - 07 - Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico)
  - 08 - Consulta para avaliação clínica do fumante
  - 09 - Consulta / atendimento domiciliar
  - 10 - Consulta / atendimento domiciliar na atenção especializada
  - 11 - Assistência domiciliar por equipe multiprofissional
  - 12 - Visita domiciliar pós-óbito
  - 13 - Busca ativa
  - 14 - Visita profissional por profissional de nível superior
  - 15 - Abordagem cognitivo-comportamental do fumante (por atendimento/paciente)
- 

O procedimento *Assistência domiciliar por equipe multiprofissional* é registrado individualmente, embora refira-se à atividade executada por mais de um profissional. O procedimento *Busca Ativa* pode ocorrer dentro ou fora da unidade básica de saúde (pessoalmente ou por telefone). As atividades *Prática corporal/atividade física em grupo*, *Práticas corporais em medicina tradicional chinesa*, *Teste rápido para sífilis* e *Teste rápido para sífilis em gestante* deixam em dúvida se os organizadores do Sigtap conhecem qual o fenômeno de intervenção do psicólogo. O procedimento *Consulta / atendimento domiciliar na atenção especializada* aparece dentre as atividades de atenção básica em saúde, mas claramente não compete aos profissionais da Atenção Básica, o que indica que não há revisão dessas atividades. As atividades também aparecem em duplicidade, exemplo da fragmentação do SUS, com comunicação pouco eficiente entre seus setores.

Dentre as 73 atividades de *Média e Alta Complexidade* realizadas por profissionais psicólogos (Brasil, 2012 - Anexo 2), 32 atividades ocorrem em Caps (Tabela 1.2). As atividades de Caps, assim como as de *Atenção Básica*, também configuram um conjunto de atividades para as quais podem ser utilizados vários tipos de critérios de classificação. Um dos critérios é a quantidade de usuários ou familiares relativos a uma atividade.

**Tabela 1.2**

MAC - Atividades na média e alta complexidade designados ao profissional psicólogo, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (Sigtap) - (n=27)

- 
- 01 - Atividade educativa / Orientação em grupo na atenção especializada
  - 02 - Terapia em grupo
  - 03 - Terapia individual
  - 04 - Assistência domiciliar por equipe multiprofissional na atenção especializada
  - 05 - Acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial
  - 06 - Atendimento em oficina terapêutica I - Saúde Mental
  - 07 - Atendimento em oficina terapêutica II - Saúde Mental
  - 08 - Atendimento em psicoterapia de grupo
  - 09 - Atendimento individual em psicoterapia
  - 10 - Acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial
  - 11 - Atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial
  - 12 - Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial
  - 13 - Atendimento familiar em centro de atenção psicossocial
  - 14 - Acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial
  - 15 - Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial
  - 16 - Ações de articulação de redes intra e intersetoriais
  - 17 - Fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares
  - 18 - Práticas corporais em centro de atenção psicossocial
  - 19 - Práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial
  - 20 - Atenção às situações de crise
  - 21 - Matriciamento de equipes da atenção básica
  - 22 - Ações de redução de danos
  - 23 - Acompanhamento de serviço residencial terapêutico por centro de atenção psicossocial
  - 24 - Apoio à serviço residencial terapêutico por centro de atenção psicossocial
  - 25 - Ações de reabilitação psicossocial
  - 26 - Promoção de contratualidade no território
  - 27 - Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas
- 

As atividades *Atividade educativa / Orientação em grupo na atenção especializada*, *Terapia em grupo*, *Atendimento em psicoterapia de grupo*, *Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial*, *Atendimento familiar em centro de atenção psicossocial* e *Fortalecimento do protagonismos de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares* referem-se a atividades voltadas a mais de uma pessoa, enquanto as atividades *Terapia individual*, *Assistência domiciliar por equipe multiprofissional na atenção especializada*, *Acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial*, *Atendimento individual em psicoterapia*, *Acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial*, *Atendimento individual de paciente*

*em centro de atenção psicossocial* referem-se a atividades individualizadas. As atividades *Matriciamento de equipes da atenção básica, Acompanhamento de serviço residencial terapêutico por centro de atenção psicossocial, Apoio à serviço residencial terapêutico por centro de atenção psicossocial, Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência à pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas* têm como sujeito outras equipes de trabalho que lidam com os usuários. As atividades *Atendimento em oficina terapêutica I - Saúde Mental, Atendimento em oficina terapêutica II - Saúde Mental, Acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial e Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial* não apresentam claramente qual o sujeito de intervenção e, finalmente, as atividades *Ações de articulação de redes intra e intersetoriais, Práticas corporais em centro de atenção psicossocial, Práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial, Atenção às situações de crise, Ações de redução de danos, Ações de reabilitação psicossocial e Promoção de contratualidade no território* referem-se à ações mais vagas, para as quais não há sujeito de intervenção. A grafia indica o plural para cada ação como exemplo temos “práticas corporais”, “ações de articulação” e “situações de crise”.

Além da pouca clareza quanto ao que se referem essas ações, outro problema é a sobreposição de critérios. Há, por exemplo, três “acolhimentos”. Dois deles têm como critério o horário diurno ou “terceiro turno”, contudo o terceiro é “acolhimento inicial”. Esse acolhimento inicial pode ocorrer em período noturno ou diurno? Quando ocorreria? O que é *acolher*? No que difere de *atender*? As atividades são pouco claras, verbos como *apoiar, promover, acompanhar*, além de termos como “fortalecimento”, “ações de”, “práticas”, não ajudam a entender o que é que se faz com o usuário em centros de atenção psicossocial. As descrições das atividades são burocráticas e não apresentam nada além da atividade. Não estão identificadas as necessidades do usuário e tampouco os produtos dessas ações dos profissionais. Botomé (1994) afirma que processos comportamentais não são a mesma coisa que atividades, procedimentos, técnicas ou classes de respostas encadeadas em sequência. Processos comportamentais são definidos pelas relações entre o que os sujeitos fazem, as situações em que apresentam suas ações e as situações que decorrem dessas ações.

Como exemplo, o procedimento *Terapia em Grupo: Atividade profissional executada por profissional de nível superior em grupo de pacientes (grupo operativo, terapêutico), composto por no mínimo 05 (cinco) e no máximo 15 (quinze) pacientes, com duração média de 60 (sessenta) minutos, realizado por profissional com formação para realizar esse procedimento* (Anexo 2). A quantidade de usuários e o tempo é o que importa

para essa atividade, feita por um profissional de nível superior com uma formação extra, não indicada. Não há sequer uma suposição de uma função para a atividade. O *Atendimento em psicoterapia de grupo* apresenta problemas similares. Essa atividade consiste no atendimento em grupo (no mínimo 05 e no máximo 15 pacientes), realizado por profissional de saúde mental de acordo com projeto terapêutico específico, destina-se particularmente aos pacientes com os chamados transtornos mentais menores. Sai a indicação de tempo e é acrescentado que seria um procedimento aplicável a “transtornos mentais menores”, de acordo com o “projeto terapêutico específico”. Ele é correlato de “plano terapêutico singular” (PTS)? Onde esse projeto é formulado? Quando é formulado? O que são “transtornos mentais menores”? Todas as demais atividades são dirigidas a pessoas com transtornos mentais maiores? Algum é de psicoterapia? Como saber quando uma atividade é terapia ou atendimento em psicoterapia? As definições das atividades só vão além dos nomes dessas atividades quanto à quantidade de pessoas que podem ser reunidas para que elas sejam realizadas. Não aparecem outros componentes desencadeantes, fortalecedores, inibidores ou favorecedores às ações do usuário sob as quais o comportamento do profissional deveria estar sob controle.

Os termos “paciente” e “pacientes” utilizados para nomear e descrever as atividades, somados à obrigatoriedade de que um profissional médico e um profissional enfermeiro sejam indispensáveis a um centro de atenção psicossocial (Brasil, 2002). Tal fato indica que, embora muito tenha sido feito para a implantação de um “modelo psicossocial” (Brasil, 2002, 2004, 2011, 2013b), com intervenções a partir de determinantes psicológicos e sociais, o “modelo médico patológico” (Ullmann & Krasner, 1965), segundo os dados do Sigtap, permanece em voga na proposta de trabalho para muitas dessas unidades de saúde. Não como um “ato médico” que indica ou restringe condutas, mas como um “ato médico patológico” do Ministério da Saúde, que declara uma “atenção psicossocial”, mas promove a dicotomia saúde-doença.

Houve uma melhoria do registro de atividades, pois antes eles eram da frequência dos usuários à unidade (Brasil, 2007). A frequência era determinada conforme a gravidade indicada por um *profissional de referência*, escolhido pelo usuário a partir de uma relação de afinidade, comparável a uma atuação clínica particular, mas no centro de atenção psicossocial. O sistema vigente era a Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade (Apac). Contudo, os problemas apresentados com as atividades do Sigtap indicam que as informações enviadas ao Ministério da Saúde podem não se referir ao que é realmente feito pelos profissionais, muito menos ao tipo de benefício relativo às condições de saúde dos usuários. Cada atividade pode variar conforme o tipo de profissional



e a sua interpretação, dentre outras múltiplas variantes. A lista de atividades, como está construída, é muito generalista, vaga e pouco auxilia o profissional, o gestor e o usuário. As atividades apresentadas no Sigtap inviabilizam uma análise acurada desses dados que permitiria planejar uma parte do SUS.

Outro problema é a relação entre o que é feito e o que é registrado, o que dificulta tanto o trabalho com outros profissionais responsáveis pela atenção direta ao usuário como o trabalho de gestores das unidades e de outros níveis administrativos do SUS. O Sigtap precisa ser aprimorado, possibilitando a identificação de quais comportamentos profissionais foram realizados em função das condições de saúde dos usuários. As atividades indicadas na Portaria 854 (Brasil, 2012) são uma melhoria em relação ao registro de frequência, mas podem evoluir de modo que tenham função maior do que gerar dados imprecisos na burocracia estatal. Poderiam indicar, ao menos, as consequências esperadas por meio dessas atividades na vida do usuário, para quem toda a estrutura estatal foi montada.

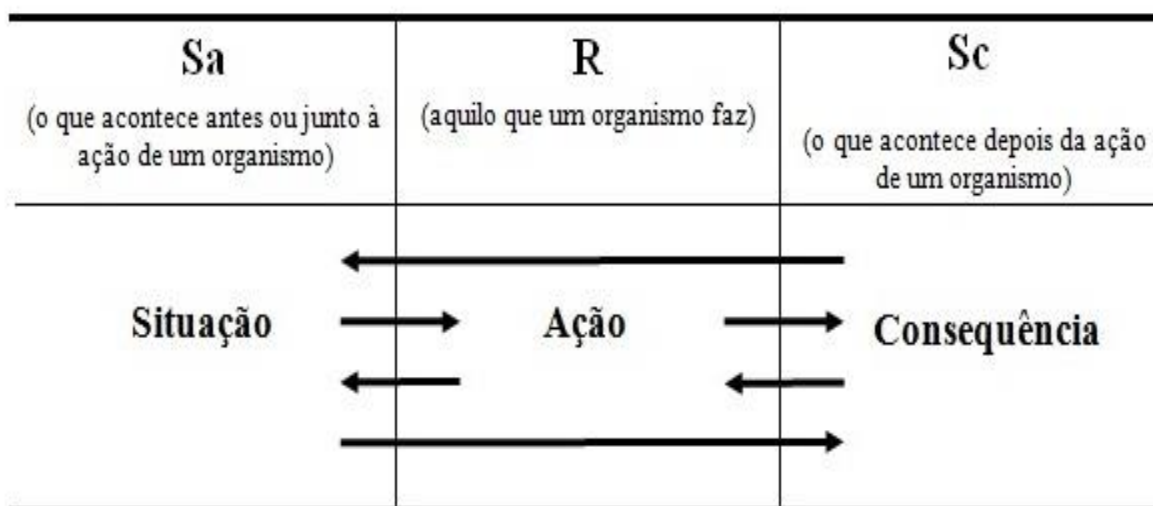
### **1.6 Comportamento humano: fenômeno de estudo e intervenção do psicólogo em unidades de saúde especializada**

Para que o psicólogo exista como profissional, é necessário delimitar qual o seu fenômeno de estudo e intervenção de modo abrangente, pois é aplicável a qualquer contexto onde esteja inserido. Quando inserido no sistema de saúde, o seu fenômeno torna-se mais específico. O fenômeno comportamento dos organismos fica mais restrito aos organismos humanos, levando em consideração as condições de saúde de uma população que é campo de atuação profissional do psicólogo na saúde.

Sem referir-se a autores específicos, em uma reflexão que muito se adequa ao século XXI, Holland (1983) indica que muitos estudos foram feitos sobre o comportamento do *retardado*, do *louco* e do *presidiário*, dentre outros, mas pouco se sabe sobre o comportamento de quem tem função de produzir mudança no repertório comportamental dessas pessoas. Parece socialmente mais aceito estudar o que ocorre na *vítima* e, eventualmente, centrar a culpa em quem sofre. Conhecer o que um determinado tipo de profissional faz pode ajudar a melhorar os serviços oferecidos à população que necessita desses serviços. Essa melhoria pode ser tanto nas condições físicas, onde ocorre a atenção, quanto nos próprios comportamentos profissionais do psicólogo diante de comportamentos-problema apresentados por uma determinada população. Para que o psicólogo produza mudanças efetivas e de valor para a sociedade, é necessário avaliar qual o modelo de atuação profissional que norteia o seu trabalho e o que, de fato, é a unidade de análise do psicólogo.

Na concepção de Charles Darwin, os organismos seriam perpetuados como espécie ao longo das gerações caso as condições do ambiente lhes fossem favoráveis, caso contrário seriam extintos, o que foi chamado de *evolução* (Baum, 1996; Silva, 2000). Com a descoberta dos genes como unidades ficou mais claro que a evolução seria propiciada na variação deles, os quais produziriam organismos mais resistentes às mudanças de ambientes futuros. Skinner (1953) acrescenta, além da genética, outros níveis de seleção, como o aprendizado de cada indivíduo ao longo de sua vida, adaptando seu repertório ao ambiente, e a cultura, repertório de comportamentos produzido e mantido na relação entre pessoas de uma determinada comunidade. Assim como há seleção de organismos, esses organismos se comportam e têm seus comportamentos selecionados no ambiente do qual fazem parte.

Segundo Botomé (2001), o Homem sempre buscou explicações para o seu *fazer* e encontrou formas diversas para conhecer o mundo em que vivia. A forma de conhecer a chamada religião possibilitava uma certeza dogmática, havia *algo* que regia o que as pessoas *faziam* e assim deveria ser ao longo dos tempos. Essa concepção também foi utilizada em diferentes formas de conhecer o mundo e perdurou no início da área do conhecimento chamada Psicologia. Naquela época, havia entidades responsáveis pelo que as pessoas *faziam*, que povoavam locais imaginários só acessíveis por técnicas tão controversas quanto as possibilidades de existirem de fato esses locais nos quais se criavam e resolviam os problemas humanos, como a *mente*. Ir além da alma e da sua correlata sucessora, a mente, foi um passo decisivo para os estudiosos da Psicologia. A Psicologia foi tornada mais pragmática, com maior cuidado ao verificar os eventos que envolviam o comportamento. Nesse sentido, destaca-se na Psicologia como Ciência a sub-área do conhecimento denominada Análise Experimental do Comportamento (Botomé, 1987; De Luca, 2010; Kubo & Botomé, 2001; Luiz, 2008; Meyer, 1994; Pessotti, 1976; Santos, 2006; Rohrbacher, 2009; Sidman, 1989; Skinner, 1953, 1983; Viegili, 2005; Whaley & Malott, 1971), cujo fenômeno de estudo e intervenção é o comportamento dos organismos (Figura 1.1).



**Figura 1.1** Especificação dos componentes constituintes de comportamento como sistema de relações entre o que um organismo faz (R) e o ambiente em que faz (S<sub>a</sub>) e o ambiente modificado por essa ação (S<sub>c</sub>), adaptado de Botomé (2001, p. 697)

Rohrbacher (2009), ao sintetizar a produção de alguns autores da Análise Experimental do Comportamento, identificou relevante produção científica que quanto à concepção de comportamento como correlato de ação ou resposta do organismo, embora suas produções fossem posteriores à proposição de comportamento formulada por Skinner. Lundin (1969), ao discorrer sobre o determinismo probabilístico enfatizou que compreender as variáveis que determinam uma resposta possibilita manipulá-las e prever a probabilidade de uma resposta ocorrer ou não. O autor utilizou o termo comportamento quando se referiu à unidade da Análise do Comportamento. Whaley e Malott (1971, p. 19) foram mais enfáticos ao dizer que “o fator determinante no comportamento de uma pessoa é aquilo que vem após o comportamento. Se o comportamento produz uma ‘recompensa’ para a pessoa, será mantido e aumentará em frequência”. O comportamento, portanto, permanecia como um conceito ambíguo ao ser descrito tanto como o conjunto de ações da pessoa como as próprias classes de ações da pessoa (classe de respostas). Hall (1975, p. 11), do mesmo modo, utilizou comportamento como sinônimo de resposta de uma classe e escreveu que “a força de um comportamento aumenta quando este é seguido por uma recompensa ou consequência reforçadora”. Assim como Hall, Sidman (1989) também descreveu o comportamento como correlato de ação, verbos como “correr”, “andar” e “falar” seriam exemplos de ações. Autores com obras mais recentes, como Michael (2004, p. 9), seguiram a mesma linha de raciocínio ao considerar que “uma classe de respostas seria um tipo de comportamento, como salivar, pressionar a barra, dizer ‘obrigado’ e etc.”, e que “a observação é utilizada para coletar dados acerca do comportamento e da situação ambiental”

(Danna & Matos, 2006, p. 12). Porém, cada vez mais a noção de comportamento como relação entre o que faz um organismo e o ambiente em que a ação é produzida está mais estabelecida (Tourinho & Sérgio, 2010). Botomé (2001), ao examinar a evolução do conceito de comportamento no conhecimento científico produzido, ressaltou um aspecto pouco observado por muitos dos autores contemporâneos e posteriores à produção acadêmica de B. F. Skinner. Em 1931, já havia sido proposto por Skinner que o comportamento seria uma correlação entre estímulo (evento ambiental) e resposta de músculos e glândulas. O comportamento não poderia ser a ação fisiológica em si, a resposta do organismo.

Botomé (2001) ressaltou ainda que, em 1935, Skinner chama a atenção para o que havia sido descoberto por Pavlov em 1929 e modifica o conceito de comportamento ao considerar que os reflexos sejam relações entre classes de respostas e classes de estímulos. Sendo classe todos os eventos ou todas as dimensões dos eventos que pudessem definir critérios para escolher unidades de comportamento. Schick (1971, citado em Botomé, 2001), ao examinar os textos de Skinner, produziu uma nova definição de comportamento: “relação entre certas propriedades das respostas e o efeito dessas propriedades das respostas no ambiente e não a outras propriedades dessas respostas” (Botomé, 2001, p. 692). Outros autores trouxeram importantes contribuições, como Catania (1973; citado por Botomé, 2001), que especifica as propriedades entre respostas e estímulos, e não as propriedades das classes de respostas, como relevantes no estudo do comportamento. O comportamento fica mais complexo, passa de uma ação a relações entre ação e o ambiente e posteriormente a um *sistema de relações entre classes de estímulos antecedentes, classe de respostas e classe de estímulos consequentes*.

Millenson (1967), ao avaliar como são formados conceitos, apresenta exemplos de estímulos que podem ser generalizados para formar classes mais amplas e usa como exemplo didático a anatomia de um inseto: a formiga. Ao afirmar que a formiga é um inseto e que uma das características da classe *inseto* é que o organismo apresente *três pares de pernas*, diante de outros organismos com seis pares de pernas, é provável que esses organismos sejam chamados insetos. Outra característica de *inseto* seria apresentar *antenas*; ou seja, mais de uma característica delimita os elementos que compõem uma classe. O que delimita uma classe de *algo* é que esse *algo* apresente ao menos uma característica em comum.

Para Botomé, (1981a, p. 51), o questionamento “Classes de ações das pessoas ou relações de suas ações com o ambiente em que agem?” precisa ser uma constante no trabalho do psicólogo. O autor indica que na literatura psicológica é comum encontrar uma nomenclatura imprecisa, onde não se diferencia classes de respostas (ações) de

comportamentos, conceitos tratados como sinônimos em grande parte dos textos. “Esta diferença, porém, precisa ser esclarecida e considerada ao se interferir com o comportamento humano. Uma coisa é lidar com a relação entre o que um organismo *faz* e o ambiente em que *faz*, outra, bem diferente, é lidar apenas com as classes de respostas envolvidas nessa relação”. Não avaliar corretamente a distinção entre classes de comportamentos e classes de ações pode levar o psicólogo a intervir sobre ações que, mesmo suprimidas, podem voltar a ocorrer caso mantidos os determinantes daquela classe. O psicólogo precisa, mais do que produzir atividades para minimizar problemas, identificar, eliminar ou promover comportamentos. Para tanto é necessário conhecer quais os comportamentos profissionais necessários aos psicólogos que necessitam operar mudanças nos comportamentos da população.

As respostas variam e podem assemelhar-se em suas características. Mas essa variação é necessária, pois sem ela não haveria seleção de respostas similares pelas suas consequências (Cruz & Cillo, 2008). Para haver seleção é necessário que ocorram variações, mesmo que muito sutis. *Correr, andar, rastejar* dentre outras ações ou respostas poderiam ser componentes da uma classe funcional *deslocar-se*, ou seja, características das ações apresentadas produziriam alterações em cada sistema de relações fisiológicas, constituindo diferentes ações (respostas), mas todas poderiam compor *deslocar-se*. Há outros tipos de classes como as estruturais, definidas pela topografia do objeto. Exemplo de classe estrutural é quando diferentes espécies de animais que compartilham características que as fazem “formigas”, pela quantidade de patas e antenas (Millenson, 1967). Existem diferentes espécies de formigas porque ocorreram variações que foram selecionadas a partir de condições do ambiente, formando as chamadas espécies. Pode-se concluir que a determinação de uma classe funcional de comportamentos é múltipla, pois as unidades comportamentais apresentam diferenças sutis. O que é observado consiste em componentes de interações complexas, chamadas comportamentos, e que podem ser agrupadas conforme sua forma ou estrutura, as ações observadas ou ainda pela sua função, que caracterizam classes de comportamentos.

Botomé (1981b), ao avaliar comportamentos-objetivo no ensino e Rebelatto e Botomé (1987), ao examinarem o conceito de variável, deram um passo adiante ao especificar a relevância das propriedades de cada resposta de uma classe em relação a cada evento ambiental na definição de comportamento. Segundo eles, a cada mudança de uma propriedade em uma variável haveria mudança na classe denominada comportamento, ou seja, a cada mudança em uma variável de uma resposta de uma classe ou evento ambiental (com função de estímulo) de uma classe ocorreria um novo comportamento. Conforme

apresentado na Figura 1.2, cada variação na topografia de uma resposta, situação antecedente ou conseqüente pode produzir diferentes conjuntos de relações. Tal descoberta amplia a complexidade ao analisar comportamentos. O que no início do século XX poderia ser considerado uma unidade, no início do século XXI compreende uma infinidade de comportamentos.

Componentes Tipos de relações	Situação (o que acontece antes ou junto à ação de um organismo)	Ação (aquilo que um organismo faz)	Consequência (o que acontece depois da ação de um organismo)
1		→	
2			→
3	←		
4			←
5		→	
6	←		
7	←	→	←

**Figura 1.2** Tipos de relações básicas entre os três componentes de um comportamento (reproduzido de Botomé, 2001, p. 701).

Embora o comportamento não seja facilmente retido para observação, pois as ações não são exatamente iguais e constituem classes em um fluxo contínuo (Meyer, 1994), é necessário inferir as relações entre seus componentes. A evolução do conceito de comportamento possibilita um aumento na precisão com a qual os psicólogos estudam esse fenômeno e possibilita intervenções cada vez mais acuradas nas condições que interferem nos comportamentos das pessoas das comunidades onde estão inseridos.

Os comportamentos são unidades pequenas e de difícil caracterização dada a sua volatilidade, tendo a cada mudança em uma das variáveis que os compõe a constituição de um novo comportamento, daí a noção de classe de comportamentos derivada do conceito de classe de respostas (Skinner, 1953), que possibilita agrupar comportamentos por ao menos uma característica. A noção de cadeia comportamental (Sério, 1983) foi desenvolvida como explicação para a ligação entre ações de organismos por meio das modificações produzidas

no ambiente que se tornam condição para a ocorrência de outra ação ou resposta. Como um elo de uma corrente, metaforicamente, cada comportamento se liga a outro que ocorre a partir dele”. O sequenciamento desses elos interdependentes é chamado de cadeia comportamental.

A intervenção pode ocorrer por diferentes meios de acessar o comportamento a ser desenvolvido, minimizado ou eliminado e se dá de forma direta ou indireta (Botomé, 1981). A *intervenção direta* se dá quando o agente de intervenção é o próprio profissional psicólogo. Exemplo mais característico no mercado de trabalho do psicólogo em saúde é a psicoterapia, quando o profissional psicólogo altera a relação entre o que um usuário faz e as consequências dessa ação. A *intervenção indireta* ocorre quando o objeto de intervenção é um comportamento a ser aprendido pelo sujeito, usuário ou mesmo outro profissional, de modo que ele lide com as variáveis relacionadas a um comportamento de interesse. Outra intervenção indireta ocorre quando é produzido conhecimento sobre um comportamento, facilitando o trabalho por terceiros. Essa produção de conhecimento pode ter a forma de um artigo, dissertação, tese ou mesmo de prontuário em um Caps. Ou seja, a intervenção indireta é uma intervenção que o psicólogo realiza por meio de comportamentos de outros agentes. As diferentes formas de intervir sobre comportamento são utilizadas conforme a necessidade, podendo ocorrer complementar ou paralelamente, no trabalho com o usuário.

### **1.7 A Saúde Pública como campo de atuação profissional do psicólogo**

A Saúde Pública, tida como um conjunto de ações voltado a manutenção e melhora dos níveis de saúde de todas as pessoas através de ações coletivas (Costa & Victora, 2006), é um vasto campo de atuação profissional que depende de diferentes disciplinas do conhecimento científico. Os psicólogos pouco lidam com conceitos de Saúde Pública em sua graduação, o que dificulta o posterior exercício profissional na área (Andrade & Simon, 2009). O psicólogo geralmente está inserido nesse campo em atividades que compõe mercado de trabalho, por meio de avaliações psicológicas, psicoterapia e outras atividades mais comuns na atenção secundária à saúde.

Segundo Botomé e Kubo (2002), os cursos de graduação teriam como proposta transformar o conhecimento de diferentes áreas do saber em comportamentos profissionais de um tipo de profissional. Mas isso ocorre de forma mais dirigida ao mercado de trabalho existente, às ofertas de emprego, e necessitaria ser algo mais abrangente, voltado às necessidades das pessoas que definem um campo de atuação profissional onde se insere o psicólogo. Para compreender a relação entre o trabalho do psicólogo e a Saúde Pública como campo de atuação profissional e mercado de trabalho é necessário caracterizar (a) o campo

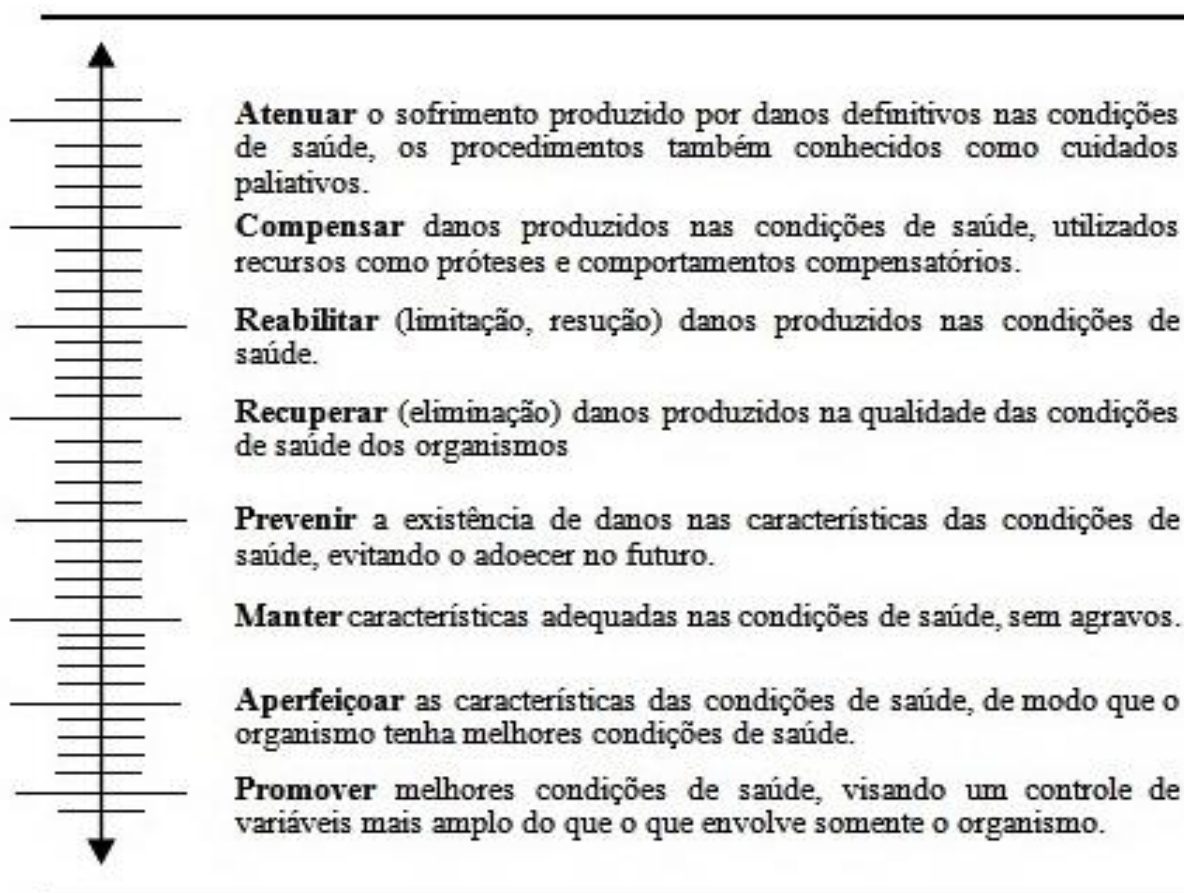
de atuação profissional, (b) o mercado de trabalho, (c) a área de conhecimento, (d) as formas ou processos de conhecer e (e) os tipos de conhecimento.

Segundo Botomé (1988), o núcleo do conceito de *mercado de trabalho* constitui atender às demandas existentes ofertadas aos profissionais. Mercado de trabalho seria tanto as práticas existentes como o conhecimento já transformado em técnicas de trabalho. E seria delimitado pelas demandas da sociedade já descobertas e ofertadas sob a forma de emprego, como a psicoterapia, atividade exercida por psicólogos na Saúde Pública. O *campo de atuação profissional* teria como núcleo do conceito as necessidades sociais sobre os quais é necessário intervir a fim de mudar as situações existentes. O campo de atuação profissional é mais abrangente do que o mercado de trabalho, porque outros tipos de profissionais podem intervir sobre um mesmo fenômeno como, por exemplo, a Saúde. O conceito de *Processos de conhecer* tem como núcleo a produção de conhecimento sobre os fenômenos e sobre as relações entre eles. São enfatizados os processos de conhecer que se diferenciam por seus métodos ou formas de proceder, na Ciência, Religião, Filosofia, Arte e Senso-comum. O conceito de *Tipos de conhecimento* nomearia formas específicas de trabalhar com um fenômeno, usualmente chamadas *escolas*, *abordagens* ou mesmo pelo nome de autores, segundo a conceituação de Botomé e Kubo (2002). Análise Experimental do Comportamento, Funcionalismo e Gestalt seriam tipos de conhecimento. A Saúde é um campo de atuação que recebe contribuições de diferentes áreas de conhecimento e que pode ser conhecida de diferentes formas. Algumas unidades de saúde já constituiriam mercado de trabalho de psicólogos que atuam a partir de diferentes tipos de conhecimento da área do conhecimento chamada Psicologia. Em geral, a atuação do psicólogo ocorre sob a forma de procedimentos remediativos decorrentes de diferentes tipos de conhecimento em Psicologia. Muito pouco é feito de forma preventiva, e quando isso ocorre é do modo descrito por Leavell e Clark (1976) como *prevenção primária*, *secundária* e *terciária*.

Segundo Ronzani e Rodrigues (2006), há diferentes formas de intervir sobre as necessidades de uma população. A mais comum é a remediativa, quando um problema de saúde já está instalado e tanto esse problema quanto o procedimento e a melhoria ocorrida são diretamente observáveis. A *prevenção em saúde* configura um conjunto de procedimentos e técnicas profissionais diferenciadas, que visam evitar que os problemas em saúde ocorram. Leavell e Clark (1976) consideraram que a prevenção em saúde ocorreria em três níveis: (a) *prevenção primária*, na promoção de saúde e proteção específica; (b) *prevenção secundária*, com diagnóstico precoce, tratamento precoce e limitação da invalidez; e (c) *prevenção terciária*, na reabilitação. Reabilitar não parece um tipo de ação preventiva, mas outra ação necessária, assim como *diagnosticar* e *tratar*. Afinal, como é



possível prevenir *algo* depois de que esse *algo* já aconteceu? Parece que são necessários outros tipos de ações, com categorias melhor discriminadas.



**Figura 1.3.** Tipos de atuação profissional em saúde, a partir de Botomé (2010).

Botomé (1981b) e Rebelatto e Botomé (1987) apresentam um conceito ampliado de intervenção com sete âmbitos de atuação profissional, organizados de acordo com a complexidade da atuação, em um âmbito ordinal de mensuração (Stedile, 1996). Esse modelo foi ampliado por Botomé (2010<sup>1</sup>), com a inclusão de um oitavo âmbito, o *aperfeiçoamento* (Figura 1.3).

Na *atenuação*, primeiro âmbito de atuação profissional apresentado na Figura 1.3, o objetivo do profissional de saúde é atenuar sofrimento existente relacionado a problemas ou danos definitivos produzidos nas pessoas, as quais poderiam ser os usuários de centros de atenção psicossocial. O que caracteriza esse âmbito é a criação de condições para que o organismo viva apesar da dificuldade existente. Não há perspectiva de eliminar o problema de saúde, apenas de reduzir a quantidade ou o tipo de sofrimento relacionado com o problema ou dano (Stedile, 1996).

<sup>1</sup> Comunicação oral, adaptando modelo apresentado por Botomé (1981b) Rebelatto e Botomé (1987) e Stedile (1996).

O segundo âmbito de atuação profissional foi chamado *compensação* e caracteriza ações que visem compensar o dano produzido nas condições de saúde das pessoas. Uma forma de compensação seria desenvolver outros comportamentos que possibilitem compensar o dano apresentado no organismo. Esse âmbito de atuação profissional exigiria mais recursos de conhecimento e tecnologia do que o anterior, embora precário no que se refere a comportamentos necessários para a resolução de problemas quanto à saúde da população (Stedile, 1996).

A *reabilitação*, terceiro âmbito de atuação profissional, consiste em limitar ou reduzir danos produzidos nas condições de saúde dos organismos, melhorando no possível o que o ele pode realizar. O conhecimento e a tecnologia disponível a respeito do problema existente possibilitam, no máximo, esse âmbito de atuação. Mas se para o organismo com problema, esse âmbito de atuação é satisfatório, para um trabalho coletivo, ele ainda é precário (Stedile, 1996).

O quarto âmbito de atuação profissional, a *recuperação*, tem como objetivo eliminar ou corrigir danos produzidos na qualidade das condições de saúde dos organismos, de modo que o organismo retorne a um âmbito de saúde similar ao que apresentava antes da ocorrência do problema de saúde. Contudo, esse âmbito ainda é precário, pois não interfere diretamente em problemas sociais envolvidos na produção de problemas em saúde, apenas elimina o problema que já existe no organismo sob atenção do profissional de saúde (Stedile, 1996).

*Prevenir*, o quinto âmbito de atuação profissional em saúde, exige maior quantidade, especificidade e sofisticação do conhecimento e da tecnologia relacionadas aos problemas de saúde. Pode ser denominado preventivo, pois seu objetivo é evitar a ocorrência de danos nas características das condições de saúde do organismo. Assim, a intervenção é sobre fatores que estão envolvidos na multideterminação dos problemas. A atuação do profissional de saúde não é mais o problema existente, mas sim em diminuir a probabilidade do problema vir a ocorrer (Stedile, 1996).

O sexto âmbito de atuação profissional em saúde foi chamado *manutenção* e consiste em manter as características adequadas existentes nas condições de saúde. Preservar e conservar as condições de saúde satisfatórias é o objetivo e não mais resolver problemas existentes ou prováveis (Stedile, 1996).

O sétimo âmbito de atuação profissional em saúde, o *aperfeiçoamento*, corresponde à avaliação das ações do profissional de saúde em relação às condições de saúde a fim de produzir novos comportamentos que melhorem as condições de saúde das pessoas. O âmbito

de aperfeiçoamento exige a predição apurada no manejo de variáveis das condições de saúde de uma pessoa.

O oitavo e último âmbito nessa escala de atuação profissional em saúde foi denominado *promoção* e tem como objetivo fazer com que ocorram condições de saúde melhores não só para aquele indivíduo, mas para a sociedade. No âmbito de *promoção* o sofrimento, problema ou dano não ocorrem.

Stedile (1996) indica que a graduação prepara os profissionais de saúde (enfermeiros, naquele estudo) para intervir apenas nos quatro primeiros níveis de atuação profissional em saúde. Os profissionais sairiam das universidades aptos a *atenuar, compensar, reabilitar e recuperar* condições de saúde das pessoas. O ensino formal que produz profissionais com ênfase apenas no que ocorre no organismo, sem considerar as outras condições de saúde, também pode ocorrer em outras áreas do conhecimento do campo da Saúde, sendo um subcampo a chamada “Saúde Mental”, divisão onde trabalha grande parte dos profissionais psicólogos inseridos no SUS.

A educação em saúde também é pobre em níveis de ensino mais básicos: Cooper e Sayd (2006), ao estudar os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), verificaram que o ensino em saúde era composto por *disciplinas* e *temas transversais*, os quais seriam ensinados com a contribuição de mais de uma disciplina, portanto interdisciplinares. Os autores, porém, não comentam que as *disciplinas* do ensino fundamental e médio não se referem a disciplinas do conhecimento científico. Disciplinas são áreas do conhecimento científico, voltadas à produção e organização do conhecimento sobre um fenômeno que as define, tal qual a Psicologia e o seu fenômeno, o comportamento. As *disciplinas* do ensino fundamental não produzem conhecimento *interdisciplinar* apenas na apresentação de informações sobre saúde. A própria noção de interdisciplinaridade é contestável: parece mais encobrir a falta de objetivos claros de ensino efetivados em *disciplinas* que não produzem aprendizado de comportamentos relevantes no aluno, mas apenas a apresentação de informações a serem replicadas por adesão (Paviani & Botomé, 1993), podendo nem ser reconhecidas as decorrências desses falsos objetivos de ensino (Botomé, 1985; Tosi, 2005; Viecili 2005, 2008; Santos, 2006; Luiz, 2008; Kienen, 2008; Freitas, 2008; Rohrbacher, 2009). O ensino de saúde, que poderia ocorrer na escola fundamental para potencializar estratégias de promoção, é relegado a algo complementar, pouco importante na vida dos alunos e professores.

Cooper e Sayd (2006) afirmam que os PCN promovem a igualdade, porém não levam em consideração as necessidades das comunidades onde se situam as escolas. Talvez como regras gerais, eles pudessem dar diretrizes para o ensino, mas os autores alegam que os PCN

teriam sido formulados sem ampla discussão com a sociedade para avaliar suas reais necessidades. Outro complicador seria a gênese do documento, produto da *Carta de Ottawa*, resultado da Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde realizada em 1986, no Canadá, que só contou com países desenvolvidos. A *Carta de Bogotá*, resultado da Conferência de Bogotá em 1992, da qual o Brasil foi signatário, poderia ter sido utilizada para direcionar o texto dos PCN e aproximá-lo das necessidades do Brasil.

Na *Carta de Ottawa*, chamada de “liberal” por Cooper e Sayd (2006), a pessoa é responsabilizada pela saúde. A principal crítica a essa ênfase é que os deveres ficam a cargo do cidadão, sem menção ao papel do Estado em prover condições mínimas para a vida saudável da população, ideia contrária a Constituição Brasileira. A solidariedade seria sinônimo de ajudar aos necessitados, um assistencialismo, ao invés de prover direitos aos iguais. Autonomia seria similar a isolamento, o cidadão seria individualizado nas suas responsabilidades, mas não quanto aos seus direitos. O cidadão optaria por apresentar comportamentos saudáveis ou insalubres, algo que na verdade não indica uma escolha. Seria necessário maior investimento do Estado brasileiro para que as condições mínimas de educação, moradia, saneamento, dentre outras, possam ser um dia parte da promoção de saúde via autocuidado. É dever do Estado promover melhores condições de saúde pois é ele o representante da população que o sustenta e é o Estado que detém os recursos e os meios para melhorar as condições de saúde da população.

Ensinar comportamentos de valor aos psicólogos depende do conhecimento científico produzido sobre comportamentos necessários à Sociedade na qual esse profissional estará inserido quando formado (Botomé, 1981b, 1985, 1987; Iñesta, 2009). A melhor forma de agregar comportamentos de valor a serem ensinados ao aluno de cursos de graduação em Psicologia constitui o *crescimento autônomo* proposto por Ribeiro (1967), no qual os problemas da sociedade são o ponto de partida para o aprendizado. Avaliar o que é necessário ensinar de acordo com a realidade, as necessidades da população onde o psicólogo está inserido, provavelmente promoveria melhorias tanto nas condições de ensino (ao tornar mais claro o que deve ser ensinado), como de aprendizado (o que é necessário ser aprendido), repercutindo em comportamentos mais efetivos do psicólogo.

As ações do psicólogo inserido em um campo de atuação profissional da Saúde Pública seriam por meio de (a) intervenção direta e (b) intervenção indireta, delimitadas pelo contato que o profissional tem com o seu objeto de intervenção. A intervenção indireta pode ocorrer tanto por meio de (1) pesquisa, atividade de um processo de conhecer científico, como de (2) ensino para mudança de condições de outra pessoa, por meio de terceiros.

A atuação do psicólogo em uma agência de saúde especializada parece caracterizar, principalmente, o que é chamado por Kubo e Botomé (2004) de intervenção direta, pela ênfase em atividades curativas (Curitiba, 2002, Brasil, 2013a). Porém, outras atividades, tanto de produção de conhecimento como de ensino, podem ser necessárias, com classes de comportamentos devidamente aprendidas para serem executadas pelos psicólogos como procedimentos úteis (Iñesta, 2009) aos “usuários” dos centros de atenção psicossocial. O aprendizado de comportamentos profissionais tão complexos depende de uma formação científica que permita ao profissional ser o melhor em suas intervenções na Sociedade.

Na Tabela 1.3 são apresentadas as cadeias comportamentais gerais de comportamentos que caracterizam cada uma das modalidades de intervenção profissional do psicólogo sobre comportamento, sistematizadas por Botomé e Kubo (2004). Na primeira coluna da tabela, são apresentados seis elos da cadeia comportamental relacionados a produzir conhecimento de modo a preencher uma lacuna do conhecimento científico. Na segunda coluna, estão os elos de uma cadeia de produção de aprendizagem. Esse processo possibilita que a intervenção do psicólogo ocorra por meio de outras pessoas as quais lidarão diretamente com as variáveis que determinam os comportamentos. Na terceira coluna estão os comportamentos encadeados relativos à intervenção direta sobre comportamento. Cada uma das cadeias comportamentais inicia com um elo de levantamento de necessidades, seguindo a ele um elo de planejamento a partir dos dados coletados relativos ao problema identificado. O terceiro elo caracteriza a intervenção propriamente dita, embasada no planejamento. O quarto elo se refere à avaliação do que foi obtido ou desenvolvido por meio da intervenção. O quinto elo se refere ao desempenho do próprio procedimento e o último, à comunicação dos resultados obtidos.

**Tabela 1.3**

Classes de comportamentos profissionais do psicólogo comportamental em relação às classes gerais de comportamentos relacionadas a produzir conhecimento, aprendizagem e alterações em relação aos processos comportamentais (reproduzido de Botomé & Kubo, 2004)

PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE PROCESSOS COMPORTAMENTAIS	PRODUÇÃO DE APRENDIZAGEM RELACIONADA A PROCESSOS COMPORTAMENTAIS	PRODUÇÃO DE ALTERAÇÕES EM PROCESSOS COMPORTAMENTAIS
(PESQUISA)	(ENSINO)	(INTERVENÇÃO DIRETA)
I Delimitar problema de produção de conhecimento sobre ...	1 Caracterizar necessidades de aprendizagem relacionadas a processos comportamentais	A Caracterizar necessidades sociais em relação a alterações em processos comportamentais
II Planejar coleta de dados relativos à produção de conhecimento sobre ...	2 Construir programas de produção de aprendizagem relacionada a ...	B Projetar intervenções diretas relacionadas a processos comportamentais
III Coletar dados relevantes para responder a perguntas de ...	3 Desenvolver programas de produção de aprendizagem relacionada a ...	C Executar intervenções diretas relacionadas a processos comportamentais
IV Organizar e analisar dados coletados para responder perguntas de ...	4 Avaliar processos e programas de aprendizagem relacionada a ...	D Analisar intervenções realizadas em relação a processos comportamentais
V Interpretar dados analisados para responder a perguntas de ...	5 Aperfeiçoar processos e programas de aprendizagem relacionada a ...	E Aperfeiçoar intervenções em relação a processos comportamentais a partir de dados de avaliação
VI Comunicar conhecimento produzido sobre processos comportamentais	6 Comunicar descobertas feitas em programas e processos de aprendizagem relacionada a ...	F Comunicar descobertas feitas em intervenções sobre processos comportamentais

Na Figura 1.4 a análise destas classes possibilita perceber com clareza a relação das três modalidades de intervenção do psicólogo como interdependentes e da relação delas com as necessidades sociais. O exame de Botomé e Kubo (2004) possibilita também avaliar as relações entre intervir profissionalmente por meio da produção de conhecimento e outras formas de intervenção profissional: direta ou indireta por meio de ensino.

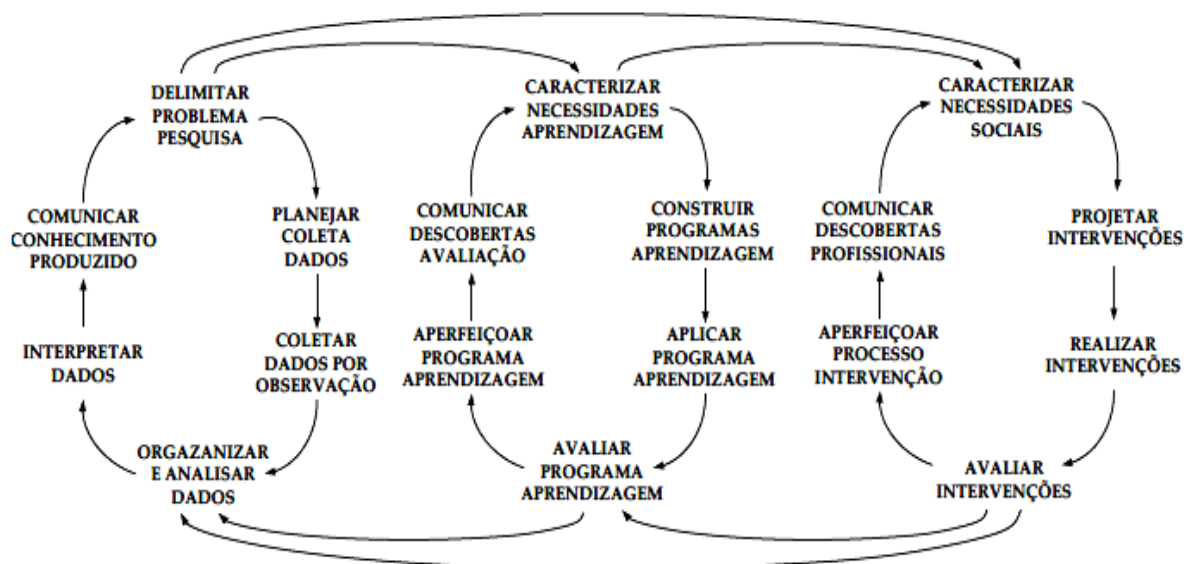


Figura 1.4. Interações entre os processos que caracterizam as três formas de intervenção profissional – produção de conhecimento (pesquisa), produção de aprendizagem (ensino) e intervenção direta constituindo um sistema de desenvolvimento progressivo e de aperfeiçoamento e fortalecimento das classes de comportamentos envolvidas nas três formas de intervenção. (reproduzido Botomé & Kubo, 2004).

As três modalidades de intervenção profissional do psicólogo também se aplicam à Saúde Pública, tanto no mercado de trabalho constituído nos Caps quanto no campo de atuação profissional que o compreende e ainda está sendo desenvolvido. O psicólogo é um tipo de profissional que pode ser capaz de produzir mudanças nas condições de saúde dos usuários de modo direto ou indireto, por meio de ensino, pesquisa e intervenção no comportamento deles. Caracterizar quais as classes de comportamentos profissionais do psicólogo são indicadas ao trabalho em Caps pode auxiliar na produção de mudanças desse subsistema em benefício dos usuários, indo além da remediação de comportamentos-problema.

## II

### **PROCESSO DE OBTENÇÃO DE DADOS PARA IDENTIFICAR QUAIS AS CLASSES DE COMPORTAMENTOS DE PSICÓLOGOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

#### *2.1 Material*

Computador com programa para edição de texto, impressora, caneta, papel sulfite. Também foram utilizadas as classes gerais de comportamentos profissionais de psicólogo produzidas a partir das Diretrizes Curriculares por Botomé e Kubo (2004, Tabela 1.3), as quais foram modificadas para adequar-se ao trabalho de psicólogo em Caps a fim de produzir as expressões derivadas da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (CFP, 2008).

#### *2.2 Fonte de Informação*

Descrição de atribuições de Psicólogos, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional que compunham parte da CBO (CFP, 2008, Anexo1).

#### *2.3 Ambiente*

Os dados foram organizados em sala na residência do pesquisador, com iluminação era suficientemente adequada, a temperatura foi mantida confortável ao trabalho, com interferências sociais e ruídos mínimos.

#### *2.4 Procedimento*

Para obter as informações que possibilitam responder a pergunta de pesquisa – “Quais os classes de comportamentos de psicólogo como profissionais de Centros de Atenção Psicossocial propostas em documentos oficiais?” foi necessário selecionar fontes de informação, escolher os tipos de psicólogos e realizar a de coleta, análise e tratamento de dados.

##### *2.4.1 Procedimento de seleção de fonte de informação*

O documento escolhido para o trabalho foi a descrição de cargo de psicólogo componente da Classificação Brasileira de Ocupações, disponível na página eletrônica do Conselho Federal de Psicologia (2008, Anexo 1). A escolha da Classificação Brasileira de Ocupações foi feita por ser o documento referência do Ministério do Trabalho e Emprego brasileiro, apresentado como referência pelo Conselho Federal de Psicologia. Compunham o



documento duas descrições gerais para o profissional psicólogo: *Psicólogos* e *Psicólogo, em geral*. O documento também era composto por descrições para profissionais psicólogos que trabalhavam em sete campos de atuação profissional: *Psicólogo do Trabalho*; *Psicólogo Educacional*; *Psicólogo Clínico*; *Psicólogo de Trânsito*; *Psicólogo Jurídico*; *Psicólogo de Esporte*; *Psicólogo Social*, além de uma categoria *outros Psicólogos*. Provavelmente os tipos de psicólogos estão nomeados conforme o que foi verificado como ocupações predominantes no mercado de trabalho brasileiro, sendo os *outros Psicólogos* um nome para as demais ocupações mais recentes e menos conhecidas, ainda sendo desenvolvidas nos campos de atuação profissional onde estão se inserindo profissionais da área do conhecimento denominada Psicologia.

#### 2.4.2 Procedimento de escolha de tipos de psicólogos

A função mais próxima de um profissional psicólogo que atue na saúde é a nomeada como *Psicólogo Clínico*. A função *Psicólogos* foi selecionada por provavelmente conter em sua descrição comportamentos do *Psicólogo Clínico* em maior grau de generalidade. Também poderiam ser identificados outros comportamentos necessários ao trabalho em saúde pública, que não estivessem contidos na descrição de *Psicólogo Clínico* e poderiam ser parte do conjunto de comportamentos do psicólogo em centros de atenção psicossocial. As funções de *Psicólogo Social* e de *Psicólogo Clínico* estão entre os tipos de profissional que trabalharia em centros de atenção psicossocial, visto que seus códigos da CBO (CFP, 2008) constam como executores de atividades nas tabelas de remuneração do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (Sigtap) (Brasil, 2012, Anexo 2). Também foi selecionada a função de *Psicólogo Educacional*, para que pudessem ser verificados comportamentos relativos a processos de ensino e de aprendizagem necessários aos usuários e profissionais de Caps. Vale destacar que as funções de Psicólogo para o Sigtap divergem das apresentadas na CBO, havendo uma função denominada *Psicólogo Hospitalar*, a qual não faria intervenções em Caps por tratar de ações de Alta Complexidade.

#### 2.4.3 Procedimentos de coleta, análise e tratamento de dados

Para derivar os comportamentos presentes nas atribuições de psicólogos da CBO (CFP, 2008) foram realizadas 11 etapas.

*Primeira etapa - Identificar, selecionar, transcrever os textos destacados da CBO, utilizados como fontes de informação para identificar quais os comportamentos profissionais de psicólogo em Caps*

Identificadas quais as funções descritas na CBO (CFP, 2008), conforme o Sigtap (Brasil, 2012), os textos referentes às atribuições de cada tipo de psicólogo foram selecionados e destacados da CBO: *Psicólogos, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional* conforme exemplificado na Tabela 2.1.

Tabela 2.1  
Exemplo da seleção da descrição de atribuições de psicólogo na CBO (CFP, 2008), referente a *Psicólogos*

---

Os trabalhadores deste grupo de base estudam a estrutura psíquica e os mecanismos de comportamento dos seres humanos. Desempenham tarefas relacionadas a problemas de pessoal, como processos de recrutamento, seleção, orientação profissional e outros similares, à problemática educacional e a estudos clínicos individuais e coletivos. Suas funções consistem em: elaborar e aplicar métodos e técnicas de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos; organizar e aplicar métodos e técnicas de recrutamento, seleção e orientação profissional, proceder à aferição desses processos, para controle de sua validade; realizar estudos e aplicações práticas no campo da educação (creches e escolas); realizar trabalhos em clínicas psicológicas, hospitalares, ambulatoriais, postos de saúde, núcleos e centros de atenção psicossocial; realizar trabalhos nos casos de famílias, crianças e adolescentes, sistemas penitenciários, associações esportivas, comunidades e núcleos rurais.

---

*Segunda etapa – Fragmentar os textos destacados da CBO, utilizados como fontes de informação para identificar quais os comportamentos profissionais de psicólogo em Caps.*

Após serem selecionados os textos que descreviam as funções de *Psicólogos, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional* cada texto foi decomposto em sentenças delimitadas pela pontuação, conforme apresentado na Tabela 2.2.

Tabela 2.2  
Exemplo de decomposição das atividades que o psicólogo poderia apresentar, referente a *Psicólogos*, feita a partir da CBO (CFP, 2008).

1	Os trabalhadores deste grupo de base estudam a estrutura psíquica e os mecanismos de comportamento dos seres humanos.
2	Desempenham tarefas relacionadas a problemas de pessoal, como processos de recrutamento, seleção, orientação profissional e outros similares, à problemática educacional e a estudos clínicos individuais e coletivos.
3	Suas funções consistem em: elaborar e aplicar métodos e técnicas de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos;
4	organizar e aplicar métodos e técnicas de recrutamento, seleção e orientação profissional, proceder à aferição desse processos, para controle de sua validade;
5	realizar estudos e aplicações práticas no campo da educação (creches e escolas);
6	realizar trabalhos em clínicas psicológicas , hospitalares , ambulatoriais , postos de saúde, núcleos e centros de atenção psicossocial;
7	realizar trabalhos nos casos de famílias, crianças e adolescentes, sistemas penitenciários, associações esportivas, comunidades e núcleos rurais.

*Terceira etapa – Analisar e os textos destacados da CBO, utilizados como fontes de informação para identificar quais os comportamentos profissionais de psicólogo em Caps*

Cada sentença foi decomposta de modo que houvessem verbo, sujeito e complemento para cada variação provável da sentença. No exemplo representado na Tabela 2.3 corresponde às primeiras três linhas da Tabela 2.2.

Tabela 2.3  
Exemplo de decomposição de fragmento da descrição de atribuições de psicólogo, referente a *Psicólogos*, feita a partir da CBO (CFP, 2008).

1	Estudar a estrutura psíquica dos seres humanos Estudar os mecanismos de comportamento dos seres humanos
2	Desempenhar tarefas relacionadas a processos de recrutamento de pessoal
	Desempenhar tarefas relacionadas a processos de seleção de pessoal
	Desempenhar tarefas relacionadas a processos de orientação profissional
	Desempenhar tarefas relacionadas à problemática educacional
	Desempenhar tarefas relacionadas a estudos clínicos individuais
3	Desempenhar tarefas relacionadas a estudos clínicos coletivos
	Elaborar métodos de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos
	Elaborar técnicas de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos
	Aplicar métodos de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos
	Aplicar técnicas de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos
	Organizar métodos de recrutamento profissional
	Aferir métodos de recrutamento profissional
	Aferir técnicas de recrutamento profissional
	Avaliar a validade de métodos de recrutamento profissional
	Avaliar a validade de técnicas de recrutamento profissional

*Quarta etapa – Agrupar as expressões da CBO, utilizados como fontes de informação para identificar quais os comportamentos profissionais do psicólogo em Caps*

As sentenças então foram agregadas em conjuntos, formados a partir de ao menos uma característica em comum. A Tabela 2.4 exemplifica esta etapa do processo com duas categorias, a primeira referente à produção de conhecimento sobre processos comportamentais e a segunda sobre intervenção direta do profissional psicólogo em processos de recrutamento de pessoas para exercer uma função profissional. Nessa etapa foram feitas adequações nos verbos de modo que as várias atividades descritas pudessem constituir procedimentos nas etapas seguintes, conforme exemplificado na Tabela 2.4.

Tabela 2.4

Exemplo de agrupamento de sentenças retiradas da descrição de atribuições de psicólogo da CBO (CFP, 2008) conforme modalidades de atuação profissional aos quais se referiam

---

Estudar a estrutura psíquica dos seres humanos  
 Estudar os mecanismos de comportamento dos seres humanos  
 Elaborar métodos de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos  
 Elaborar técnicas de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos  
 Aplicar métodos de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos  
 Aplicar técnicas de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos

---

Organizar métodos de recrutamento profissional  
 Aferir métodos de recrutamento profissional  
 Aferir técnicas de recrutamento profissional  
 Avaliar a validade de métodos de recrutamento profissional  
 Avaliar a validade de técnicas de recrutamento profissional  
 Realizar tarefas relacionadas a processos de recrutamento de pessoal  
 Aplicar técnicas de recrutamento profissional

---

*Quinta etapa – Separar conjuntos de expressões da CBO já obtidos, utilizados como fontes de informação para identificar quais os comportamentos profissionais do psicólogo em Caps*

Os conjuntos foram então separados e colocados cada um em uma tabela, cada tabela em uma lauda de modo a facilitar a comparação entre conjuntos, conforme exemplificado na Tabela 2.5, a qual foi feita a partir da primeira parte da Tabela 2.4.

Tabela 2.5

Exemplo de separação de conjuntos distintos de sentenças retiradas das atribuições de psicólogos da CBO conforme modalidades de atuação profissional aos quais se referiam

---

Estudar a estrutura psíquica dos seres humanos  
 Estudar os mecanismos de comportamento dos seres humanos  
 Elaborar métodos de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos  
 Elaborar técnicas de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos  
 Aplicar métodos de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos  
 Aplicar técnicas de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos

---

*Sexta etapa – Separar conjuntos de expressões da CBO já obtidos, utilizados como fontes de informação para identificar quais os comportamentos profissionais do psicólogo em Caps*

Na etapa seguinte, exemplificada na Tabela 2.6, novas sentenças foram derivadas utilizando os elementos da Tabela 2.5. As sentenças foram avaliadas quanto aos verbos e complementos para tornar a expressão mais clara e objetiva quanto ao conceito de comportamento profissional, deixando a sentença revisada em tom mais claro (cinza). As prováveis classes de comportamentos profissionais de psicólogos foram destacadas em negrito.

Tabela 2.6

Exemplo da segunda derivação das sentenças produzidas a partir da descrição de psicólogos da CBO (CFP, 2008) conforme modalidades de atuação profissional, com destaque de prováveis classes de comportamentos profissionais de psicólogo

---

Estudar a estrutura psíquica dos seres humanos  
 Estudar os mecanismos de comportamento dos seres humanos  
**Produzir conhecimento sobre comportamento humano**  
 (...)  
 Elaborar métodos de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos  
 Elaborar técnicas de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos  
**Elaborar procedimentos científicos para ampliar o conhecimento sobre comportamento humano**  
 Aplicar métodos de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos  
 Aplicar técnicas de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos  
**Utilizar procedimentos científicos para ampliar o conhecimento sobre comportamento humano**  
 (...)

---

*Sétima etapa – Separar conjuntos de expressões da CBO já obtidos, utilizados como fontes de informação para identificar quais os comportamentos profissionais de psicólogo em Caps*

As prováveis classes de comportamentos profissionais de psicólogos e os comportamentos intermediários foram mantidos. As sentenças foram revistas de modo que fossem corrigidas e (ou) aperfeiçoadas para que indicassem com maior clareza os comportamentos. Como as sentenças apresentadas na Tabela 2.6 estavam adequadas não houveram modificações, apenas o destaque, conforme apresentado na Tabela 2.7.

Tabela 2.7

Exemplo da terceira derivação das sentenças produzidas a partir da descrição de atribuições de *Psicólogos* da CBO (CFP, 2008) conforme modalidades de atuação profissional, com destaque de prováveis classes de comportamentos profissionais de psicólogo

---

**Produzir conhecimento sobre comportamento humano**  
**Elaborar procedimentos científicos para ampliar conhecimento sobre comportamento humano**  
**Utilizar procedimentos científicos para ampliar conhecimento sobre comportamento humano**

---

*Oitava etapa – categorização das expressões derivadas da descrição de psicólogos da CBO (CFP, 2008) conforme as classes gerais de comportamentos profissionais propostas por Botomé e Kubo (2004) para identificar quais os comportamentos profissionais de psicólogo em Caps*

No processo de produção de conhecimento para decidir como intervir em processos comportamentais em Caps foi utilizadas as classes gerais de comportamentos propostas por Botomé & Kubo (2004) apresentadas na Tabela 2.8.

Tabela 2.8

Protocolo para identificar cadeias comportamentais gerais de comportamentos profissionais do psicólogo em relação às classes gerais de comportamentos relacionadas a produzir conhecimento, produzir aprendizagem e a produzir alterações em relação a processos comportamentais (reproduzido de Botomé e Kubo, 2004)

PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE PROCESSOS COMPORTAMENTAIS	PRODUÇÃO DE APRENDIZAGEM RELACIONADA A PROCESSOS COMPORTAMENTAIS	PRODUÇÃO DE ALTERAÇÕES EM PROCESSOS COMPORTAMENTAIS
(PESQUISA)	(ENSINO)	(INTERVENÇÃO DIRETA)
I Delimitar problema de produção de conhecimento sobre ...	1 Caracterizar necessidades de aprendizagem relacionadas a processos comportamentais	A Caracterizar necessidades sociais em relação a alterações em processos comportamentais
II Planejar coleta de dados relativos à produção de conhecimento sobre ...	2 Construir programas de produção de aprendizagem relacionada a ...	B Projetar intervenções diretas relacionadas a processos comportamentais
III Coletar dados relevantes para responder a perguntas de ...	3 Desenvolver programas de produção de aprendizagem relacionada a ...	C Executar intervenções diretas relacionadas a processos comportamentais
IV Organizar e analisar dados coletados para responder perguntas de ...	4 Avaliar processos e programas de aprendizagem relacionada a ...	D Analisar intervenções realizadas em relação a processos comportamentais
V Interpretar dados analisados para responder a perguntas de ...	5 Aperfeiçoar processos e programas de aprendizagem relacionada a ...	E Aperfeiçoar intervenções em relação a processos comportamentais a partir de dados de avaliação
VI Comunicar conhecimento produzido sobre processos comportamentais	6 Comunicar descobertas feitas em programas e processos de aprendizagem relacionada a ...	F Comunicar descobertas feitas em intervenções sobre processos comportamentais

A partir do protocolo de observação de seis classes, proposto por Botomé e Kubo (2004, Tabela 2.8). As sentenças também foram organizadas conforme três tipos de processos, *processo de produção de conhecimento para decidir como intervir em processos comportamentais em Caps*, o de *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais em pessoas que irão realizar intervenções em comportamentos de usuários de Caps* e de *produção de alterações em processos comportamentais em usuários de Caps*.

No processo de produção de conhecimento para decidir como intervir em processos comportamentais em Caps: (I) Delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps; (II) planejar coleta de dados relativos à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps; (III) coletar dados relevantes à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps; (IV) organizar e analisar dados coletados para responder perguntas sobre processos comportamentais em Caps; (V) interpretar dados analisados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais em Caps e; (VI) comunicar conhecimento produzido sobre processos comportamentais em Caps, como exemplificado na Tabela 2.9. Essa tabela apresenta classes de comportamentos derivadas a partir das classes I e II do protocolo (Tabela 2.8) à esquerda e comportamentos propostos a partir da descrição de atribuições de Psicólogos, apresentada como exemplo de da sétima etapa do procedimento (Tabela 2.7).

Tabela 2.9

Exemplo de categorização das expressões derivadas da descrição de psicólogos da CBO (CFP, 2008) conforme as classes gerais de comportamentos profissionais propostas por Botomé e Kubo (2004), referentes à produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps

<b>Produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em centros de atenção psicossocial</b>	
<b><i>I – Delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps</i></b>	<i>Identificar necessidades de produção de conhecimento sobre processos comportamentais e condições que afetam esses processos em usuários, familiares ou profissionais de centros de atenção psicossocial</i>
<b><i>II – Planejar coleta de dados relativos à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps</i></b>	<i>Identificar [selecionar] meios de obtenção de informações sobre processos comportamentais e condições que afetam esses processos em usuários, familiares ou profissionais de centros de atenção psicossocial</i>
(...)	(...)

No processo de produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais em pessoas que irão realizar intervenções em comportamentos de usuários de centros de atenção psicossocial: (1) Caracterizar necessidades de aprendizagem relacionada a processos comportamentais em Caps; (2) construir condições de aprendizagem (de terceiros) relacionada a processos comportamentais em Caps; (3) desenvolver condições de aprendizagem relacionada a processos comportamentais em centros de atenção



psicossocial; (4) avaliar processo de aprendizagem relacionado a processos comportamentais em Caps; (5) aperfeiçoar processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais em Caps e; (6) comunicar descobertas feitas sobre processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais em Caps.

No *processo de produção de alterações em processos comportamentais em usuários de centros de atenção psicossocial*: (A) Caracterizar necessidades sociais em relação a alterações em processos comportamentais em Caps; (B) projetar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em Caps; (C) executar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em Caps; (D) avaliar intervenções realizadas em relação a processos comportamentais em Caps; (E) aperfeiçoar intervenções relacionadas a processos comportamentais a partir de dados de avaliação em Caps e; (F) comunicar descobertas feitas em intervenções em processos comportamentais em Caps, categorias derivadas de (Botomé e Kubo, 2004 - Tabela 2.8).

*Nona etapa – categorização das expressões derivadas da descrição de psicólogos da CBO (CFP, 2008) conforme os tipos de ocupações, distribuídas nas classes gerais de comportamentos profissionais propostas por Botomé e Kubo (2004) para identificar quais os comportamentos profissionais de psicólogo em Caps*

Após as expressões terem sido distribuídas conforme cada tipo de processo e classe geral de comportamentos derivada do protocolo de observação (Tabela 2.8), foram agrupadas e destacadas para evidenciar qual o tipo de descrição de psicólogo provavelmente as originou. Foram quatro categorias que podem ser observadas conforme exemplificado na legenda da Tabela 2.9: letras em *itálico* destacaram comportamentos derivados da ocupação de *Psicólogos*; letras comuns (sem formatação especial) destacaram comportamentos derivados da ocupação de *Psicólogo Clínico*; letras hachuradas destacaram comportamentos derivados da ocupação de *Psicólogo Social* e; letras negritadas destacaram comportamentos derivados da ocupação de *Psicólogo Educacional* (Tabela 2.10).

Tabela 2.10  
Exemplo de categorização das expressões derivadas de Psicólogo, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional da Classificação Brasileira de Ocupações conforme classes gerais de comportamentos profissionais de psicólogo propostas por Botomé e Kubo (2004), reorganizadas conforme os tipos de ocupação

<b>Produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em centros de atenção psicossocial</b>	
<b><i>I – Delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps</i></b>	<p><i>Caracterizar processos comportamentais de pessoas que afetem processos comportamentais de usuários de Caps e condições (dificultadoras e facilitadoras) que afetem essa relação</i> (...)</p> <p><b>Recomendar programas especiais de ensino a pessoas que apresentem características [físicas, motoras, de raciocínio e etc] que dificultem o aprendizado [portadores de necessidades especiais]</b> (...)</p>
<b><i>II – Planejar coleta de dados relativos à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps</i></b>	<p><i>Identificar conhecimento disponível sobre processos psicológicos de usuários de Caps e sobre condições que afetam esses processos</i> (...)</p> <p>Organizar programas sociais em centros comunitários voltados à melhoria das relações interpessoais de usuários de Caps (...)</p> <p><b>Atualizar projetos pedagógicos de organizações educacionais</b></p>
(...)	(...)

<b>Legenda</b>
<i>Letras em itálico destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo</i>
Letras comuns destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Clínico
Letras hachuradas destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Social
<b>Letras negritadas destacam comp. derivados da ocupação de Psicólogo Educacional</b>

*Décima etapa – agrupamento das expressões derivadas da descrição de psicólogos da CBO (CFP, 2008) conforme os tipos de ocupações, distribuídas nas classes gerais de comportamentos profissionais propostas por Botomé e Kubo (2004) para identificar quais os comportamentos profissionais de psicólogo em Caps*

As expressões agrupados nas tabelas foram separados em seis novas tabelas, cada tabela correspondendo a uma das classes gerais de comportamentos profissionais de psicólogo em Caps, conforme exemplificado na Tabela 2.11, relativa a produzir conhecimento. Essa correspondência é coerente com cada classe de comportamentos apresentado na Tabela 2.8, o primeiro nível corresponde a 1, I e A, o segundo a 2, II e B, o terceiro a 3, III e C, o quarto a 4, IV e D, o quinto a 5, V e E e o sexto a 6, VI e F.

Tabela 2.11

Exemplo de agrupamento das expressões derivadas e Psicólogo, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional da Classificação Brasileira de Ocupações conforme categorias de classes gerais de comportamentos profissionais de Botomé e Kubo (2004)

<b>Produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps</b>	<b>Produção de conhecimento para decidir como intervir em processos comportamentais em Caps</b>	<b>Produção de alterações em processos comportamentais em usuários de Caps</b>
<i>I - Caracterizar necessidades de aprendizagem relacionada a processos comportamentais em Caps</i>	<i>I - Delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps</i>	<i>A - Caracterizar necessidades sociais em relação a alterações em processos comportamentais em Caps</i>
<i>Caracterizar processos comportamentais de pessoas que afetem processos comportamentais de usuários de Caps</i> (...)	<i>Identificar [selecionar] meios de obtenção de informações sobre processos comportamentais em usuários (familiares ou profissionais) de centros de atenção psicossocial</i> (...)	<i>Caracterizar processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial</i> (...)
<b>Recomendar programas especiais de ensino a usuários de centros de atenção psicossocial que apresentem características [físicas, motoras, de raciocínio e etc] que dificultem o aprendizado</b> (...)	<b>Caracterizar usuários de centros de atenção psicossocial</b> (...)	<b>Identificar processos comportamentais interpessoais que interfiram nas relações de poder em centros de atenção psicossocial</b> (...)
	Identificar processos comportamentais que podem ser utilizados na alteração das condições de saúde de usuários de centros de atenção psicossocial sob cuidado de equipes de unidade básicas de saúde (ambulatórios de saúde, equipes de hospitais) (...)	<b>Identificar características favorecedoras de processos comportamentais requeridos em ambientes de trabalho onde estiverem inseridos usuários de centros de atenção psicossocial</b> (...)
(...)	(...)	(...)

#### Legenda

*Letras em itálico destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo*  
 Letras comuns destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Clínico  
 Letras hachuradas destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Social  
**Letras negritadas destacam comp. derivados da ocupação de Psicólogo Educacional**

Foram derivados comportamentos a partir das expressões, dividindo-as quando se referiam a processos comportamentais e a condições que afetem esses processos ou agrupando-as quando indicavam mais de um tipo de unidade de saúde, nesse caso os tipos de unidades foram substituídos por Caps. Quando havia mais de um verbo que poderia ser utilizado para o comportamento ambos foram mantidos (entre colchetes), isso também ocorreu para o sujeito para quem se destina o comportamento da intervenção (entre

parênteses) como exemplo em *Identificar [selecionar] meios de obtenção de informações sobre processos comportamentais em usuários (familiares ou profissionais) de Caps*. As expressões em duplicidade foram eliminadas.

*Décima primeira etapa – Apresentação dos prováveis comportamentos profissionais de psicólogo em Caps produzidos a partir das expressões derivadas da descrição de psicólogos da CBO (CFP, 2008) conforme os tipos de ocupações, distribuídas nas classes gerais de comportamentos profissionais por e modalidades de intervenção propostas por Botomé e Kubo (2004)*

Após a última derivação as modalidades de intervenção profissional do psicólogo (1) *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps*, (2) *produção de conhecimento para decidir como intervir em processos comportamentais em Caps* e (3) *produção de alterações em processos comportamentais em usuários de Caps* constituíram comportamentos distribuídos em seis classes gerais, distribuídos em um total de 18 tabelas, conforme exemplificado na Tabela 2.12. Nessa tabela estão apresentados dados parciais que correspondem à primeira classe geral de comportamentos, de produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps, ao caracterizar necessidades de aprendizagem dessas pessoas.

Tabela 2.12

Exemplo de resultado da primeira classe geral de comportamentos derivada de comportamentos do profissional psicólogo na CBO (CFP, 2008) quanto à produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps, ao caracterizar necessidades de aprendizagem dessas pessoas

---

*1-**Caracterizar processos comportamentais de pessoas que afetem processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial***

(...)

**8-Identificar processos comportamentais de profissionais de equipe que interferem na gestão de centros de atenção psicossocial**

(...)

**11-**Recomendar programas especiais de ensino a usuários de centros de atenção psicossocial que apresentem características [físicas, motoras, de raciocínio e etc] que dificultem o aprendizado****

---

Legenda
<i>Letras em itálico destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo</i>
Letras comuns destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Clínico
<b>Letras hachuradas destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Social</b>
<b>Letras negritadas destacam comp. derivados da ocupação de Psicólogo Educacional</b>

### III

## CLASSES DE COMPORTAMENTOS DE PSICÓLOGOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL IDENTIFICADAS EM DOCUMENTOS OFICIAIS

A intervenção do profissional psicólogo foi caracterizada por Botomé e Kubo (2004) por três modalidades de intervenção: produzir alterações em fenômenos psicológicos, produzir aprendizagens sobre fenômenos psicológicos e produzir conhecimento sobre fenômenos psicológicos. As intervenções de psicólogos visam identificar e alterar as variáveis que determinam a ocorrência de processos comportamentais que possibilitem a implementação, manutenção, supressão ou extinção de outros comportamentos. As modalidades de intervenção podem ocorrer de forma indireta por meio da intervenção no comportamento de pessoas (cuidadores, usuário, outros profissionais) que irão lidar diretamente com comportamentos de outras pessoas, neste caso os usuários de centros de atenção psicossocial. A modalidade de intervenção indireta pode ocorrer a fim de produzir aprendizagem de comportamentos para lidar com comportamentos e (ou) por meio da produção de conhecimento novo, necessário para intervir sobre comportamentos que melhorem as condições de saúde dessas pessoas.

Os comportamentos que foram alocados nos seis classes gerais de comportamentos, elos das três cadeias de modalidades de intervenção foram derivados da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), documento produzido pelo Ministério do Trabalho e apresentado como fonte de consulta aos psicólogos pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2008). Os tipos de psicólogo apresentados na CBO são indicados como profissionais para intervir sobre comportamento humano nos Centros de Atenção Psicossocial – Caps – (Brasil, 2012, Anexo 2): *Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional*. Além destes tipos de ocupações foi adicionada a ocupação mais abrangente da profissão de psicólogo, denominada *Psicólogos*.

Botomé e Kubo (2004) propuseram três cadeias comportamentais, duas de intervenção indireta e uma de intervenção direta sobre comportamento. Cada cadeia constitui uma modalidade de intervenção do profissional psicólogo, essas cadeias foram derivadas para identificar os comportamentos componentes de cada um de seus seis elos no campo de atuação profissional em saúde, mais especificamente nos Caps, os locais onde está a maior parte das vagas de trabalho ofertadas a psicólogos pelo governo do Brasil: *produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps, produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps e produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps*, conforme apresentado na Tabela 3.1.

Tabela 3.1

Cadeias comportamentais gerais de comportamentos profissionais do psicólogo em relação às classes gerais de comportamentos relacionadas a produzir conhecimento, produzir aprendizagem e a produzir alterações em relação a processos comportamentais em Caps

PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO PARA DECIDIR EM QUE INTERVIR EM PROCESSOS COMPORTAMENTAIS EM CAPS	PRODUÇÃO DE APRENDIZAGEM DE PESSOAS QUE IRÃO LIDAR COM COMPORTAMENTOS DE USUÁRIOS DE CAPS	PRODUÇÃO DIRETA DE ALTERAÇÕES EM PROCESSOS COMPORTAMENTAIS DE USUÁRIOS DE CAPS
(INTERVENÇÃO INDIRETA POR MEIO DE PESQUISA)	(INTERVENÇÃO INDIRETA POR MEIO DE ENSINO)	(INTERVENÇÃO DIRETA)
I Delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps	1 Caracterizar necessidades de aprendizagem de usuários de Caps	A Caracterizar necessidades de alterações em processos comportamentais em Caps
II Planejar coleta de dados relativos à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps	2 Construir condições de aprendizagem (de terceiros) relacionada a processos comportamentais de usuários de Caps	B Projetar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em Caps
III Coletar dados relevantes à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps	3 Desenvolver condições de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de usuários de Caps	C Executar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em Caps
IV Organizar e analisar dados coletados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais em Caps	4 Avaliar processo de aprendizagem relacionado a processos comportamentais em Caps	D Avaliar intervenções diretas realizadas em relação a processos comportamentais em Caps
V Interpretar dados analisados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais em Caps	5 Aperfeiçoar processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais de usuários de Caps	E Aperfeiçoar intervenções relacionadas a processos comportamentais a partir de dados de avaliação em Caps
VI Comunicar conhecimento produzido sobre processos comportamentais em Caps	6 Comunicar descobertas feitas sobre processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais de usuários de Caps	F Comunicar descobertas feitas em intervenções em processos comportamentais em Caps

### **3.1 Caracterizar necessidades de aprendizagem, delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais e identificar necessidades de intervenção, como primeiros elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial a partir de documentos oficiais**

O primeiro elo de uma cadeia comportamental de intervenção do profissional psicólogo é o passo inicial de cada uma das três modalidades de intervenção desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial (Caps), cujas classes de comportamentos foram derivadas da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e estão apresentadas nas tabelas 3.2, 3.3 e 3.4.

Na Tabela 3.2 são apresentadas as classes de comportamentos do primeiro elo de uma cadeia comportamental, em um processo de intervenção indireta sobre processos comportamentais sob o nome de *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps*. Na Tabela 3.3 são apresentadas as classes de comportamentos do primeiro elo de uma cadeia comportamental, em um processo de intervenção indireta sobre processos comportamentais sob o nome de *produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps*. Na Tabela 3.4 são apresentadas as classes de comportamentos do primeiro elo de uma cadeia comportamental, em um processo de intervenção direta sobre processos comportamentais sob o nome *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps*.

Na Tabela 3.2 são apresentados 11 comportamentos componentes da classe *caracterizar necessidades de aprendizagem de usuários de Caps*, primeiro de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos a *produzir de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps*. Os comportamentos de 1 a 9 provêm da descrição de Psicólogos, os comportamentos 10 e 11 são originários da descrição de Psicólogo Social. Nas descrições de Psicólogo Clínico e de Psicólogo Educacional não foram encontrados comportamentos componentes desse elo da cadeia de comportamentos em exame. Um comportamento (8) refere-se a comportamentos de intervenção por meio de condições que afetam processos comportamentais de usuários. Dois comportamentos (1 e 7) referem-se a comportamentos voltados a lidar com os comportamentos dos usuários. Três comportamentos (9, 10 e 11) referem-se a comportamentos do profissional relativos a processos de gestão de Caps. Cinco comportamentos (2, 3, 4, 5 e 6) referem-se a comportamentos de intervenção por meio de condições que afetam processos comportamentais de pessoas que lidam com comportamento de usuários de Caps.

Tabela 3.2

Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps, ao caracterizar necessidades de aprendizagem dessas pessoas

<i>1-Characterizar processos comportamentais de pessoas que afetem processos comportamentais de usuários de Caps</i>
<i>2-Characterizar condições dificultadoras de processos comportamentais de pessoas que afetem processos comportamentais de usuários de Caps</i>
<i>3-Characterizar condições facilitadoras de processos comportamentais de pessoas que afetem processos comportamentais de usuários de Caps</i>
<i>4-Identificar condições que afetam processos comportamentais de pessoas que interferem em processos comportamentais de usuários de Caps</i>
<i>5-Identificar condições facilitadoras de processos comportamentais de pessoas que interferem em processos comportamentais de usuários de Caps</i>
<i>6-Identificar condições dificultadoras de processos comportamentais de pessoas que interferem em processos comportamentais de usuários de Caps</i>
<i>7-Identificar conhecimento disponível sobre processos comportamentais de usuários de Caps</i>
<i>8-Identificar conhecimento disponível sobre condições que afetam processos comportamentais de usuários de Caps</i>
<i>9-Identificar processos comportamentais de profissionais de equipe que interferem na gestão de Caps</i>
<b>10-Identificar processos comportamentais de gestores de Caps</b>
<b>11-Identificar processos comportamentais em profissionais de equipe que auxiliem na gestão de Caps</b>

Legenda
<i>Letras em itálico destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogos</i>
<b>Letras hachuradas destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Social</b>

Na Tabela 3.3 são apresentados 17 comportamentos da classe *delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps*, primeiro de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos a *produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps*. Os comportamentos de 1 a 12 provêm da descrição de Psicólogos, os comportamentos de 13 a 15 são originários da descrição de Psicólogo Clínico e os comportamento 16 e 17 foram derivados da descrição de Psicólogo Educacional apresentada na CBO. Na descrição de Psicólogo Social não foram encontrados comportamentos componentes desse elo da cadeia de comportamentos em exame. Dois comportamentos (3 e 9) referem-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos de profissionais que trabalham com usuários de Caps. Quatro comportamentos (4, 10, 16 e 17) se referem a comportamentos de intervenção por meio de condições que afetam processos comportamentais de usuários de Caps. Sete comportamentos (1, 2, 7, 8, 13, 14 e 15) referem-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos dos usuários, destes dois são relacionados a familiares de usuários (2, 8), três são relacionados a equipes profissionais (13, 14, 15).



Tabela 3.3

Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps, ao delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais

- 1-Identificar *necessidades de produção de conhecimento sobre processos comportamentais de usuários de Caps*
- 2-Identificar *necessidades de produção de conhecimento sobre processos comportamentais de familiares de usuários de Caps*
- 3-Identificar *necessidades de produção de conhecimento sobre processos comportamentais de profissionais Caps*
- 4-Identificar *necessidades de produção de conhecimento sobre condições que afetam processos comportamentais de usuários de Caps*
- 5-Identificar *necessidades de produção de conhecimento sobre condições que afetam processos comportamentais de familiares de usuários de Caps*
- 6-Identificar *necessidades de produção de conhecimento sobre condições que afetam processos comportamentais de profissionais de Caps*
- 7-Identificar [selecionar] *meios de obtenção de informações sobre processos comportamentais de usuários de Caps*
- 8-Identificar [selecionar] *meios de obtenção de informações sobre processos comportamentais de familiares de usuários de Caps*
- 9-Identificar [selecionar] *meios de obtenção de informações sobre processos comportamentais de profissionais de Caps*
- 10-Identificar [selecionar] *meios de obtenção de informações sobre condições que afetam processos comportamentais de usuários de Caps*
- 11- Identificar [selecionar] *meios de obtenção de informações sobre condições que afetam processos comportamentais de familiares de usuários de Caps*
- 12-Identificar [selecionar] *meios de obtenção de informações sobre condições que afetam processos comportamentais de profissionais de Caps*
- 13-Identificar **processos comportamentais que podem ser utilizados na alteração das condições de saúde de usuários de Caps sob cuidado de equipes de unidade básicas de saúde**
- 14- Identificar **processos comportamentais que podem ser utilizados na alteração das condições de saúde de usuários de Caps sob cuidado de equipes de ambulatórios de saúde**
- 15- Identificar **processos comportamentais que podem ser utilizados na alteração das condições de saúde de usuários de Caps sob cuidado de equipes de hospitais**
- 16-**Caracterizar usuários de Caps**
- 17-Identificar **características de Caps que dificultem desenvolvimento de processos comportamentais no usuário**

Legenda
<i>Letras em itálico destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogos</i>
<b>Letras comuns destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Clínico</b>
<b>Letras negritadas destacam comportamentos derivados da ocup. de Psicólogo Educacional</b>

Na Tabela 3.4 são apresentados 15 comportamentos da classe *caracterizar necessidades de alterações em processos comportamentais em Caps*, primeiro de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps*. Os comportamentos de 1 a 12 provêm da descrição de Psicólogos, o comportamento 13 é originário da descrição de Psicólogo Social e os comportamentos 14 e 15 foram derivados da descrição de Psicólogo Educacional

apresentada na CBO. Na descrição de Psicólogo Clínico não foram encontrados comportamentos componentes desse elo da cadeia de comportamentos em exame. Um comportamento (4) refere-se a comportamentos do profissional relativos a processos educacionais de usuários de Caps. Três comportamentos (1, 3 e 9) referem-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos dos usuários. 11 comportamentos (2, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14 e 15) referem-se a comportamentos de intervenção por meio de condições que afetam processos comportamentais de usuários de Caps.

Tabela 3.4

Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps, ao caracterizar necessidades de alterações em processos comportamentais

<i>1-Characterizar processos comportamentais de usuários de Caps</i>
<i>2-Characterizar condições [facilitadoras, inibidoras] que afetam processos comportamentais de usuários de Caps</i>
<i>3-Characterizar comportamentos apropriados à convivência humana em sociedade</i>
<i>4-Identificar processos comportamentais que ocorrem em ambientes educacionais onde estejam inseridos usuários de Caps</i>
<i>5-Identificar procedimentos que possam ser utilizados por psicólogos em usuários de Caps</i>
<i>6-Identificar condições que afetam os processos comportamentais de usuários de Caps</i>
<i>7-Identificar condições facilitadoras de processos comportamentais de usuários de Caps</i>
<i>8-Identificar condições inibidoras de processos comportamentais de usuários de Caps</i>
<i>9-Identificar classes de comportamentos necessários (adequados, coerentes com) à vida em sociedade no repertório apresentado por usuários de Caps</i>
<i>10-Identificar a função do sistema de saúde em relação aos usuários de Caps</i>
<i>11-Identificar a função de Caps em relação aos usuários dessas unidades de saúde</i>
<i>12-Identificar características de usuários de Caps com os quais o psicólogo irá trabalhar</i>
<b>13-Identificar processos comportamentais interpessoais que interfiram nas relações de poder em Caps</b>
<b>14-Identificar características favorecedoras de processos comportamentais requeridos em ambientes de trabalho onde estiverem inseridos usuários de Caps</b>
<b>15-Identificar características dificultadoras de processos comportamentais requeridos em ambientes de trabalho onde estiverem inseridos usuários de Caps</b>

Legenda
---------

<i>Letras em itálico destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogos</i>
--

<b>Letras hachuradas destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Social</b>
--

<b>Letras negritadas destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Educacional</b>
---

### 3.1.1 Descobertas sobre caracterizar necessidades de aprendizagem, delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais e identificar necessidades de intervenção, como primeiros elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Caps a partir de documentos oficiais

Botomé e col. (2003), na sistematização das classes gerais de comportamentos profissionais do psicólogo, identificaram a classe caracterizar necessidades sociais em relação a alterações em processos comportamentais como a primeira classe de comportamentos necessária para produzir alterações comportamentais.

Na Figura 3.1 estão representadas as 43 classes de comportamentos do profissional psicólogo derivadas das descrições da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) quanto a *caracterizar necessidades de aprendizagem, delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais e caracterizar necessidades de alterações em processos comportamentais em Caps*. As três classes gerais estão distribuídas por tipo de descrição: Psicólogos, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional.

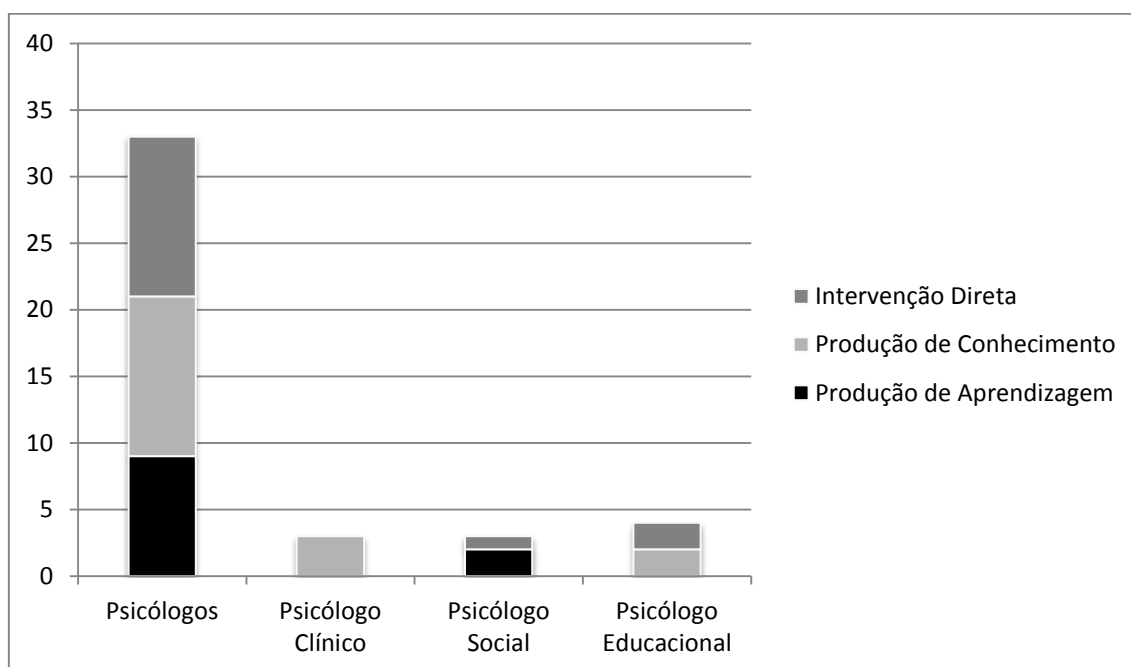


Figura 3.1 Distribuição das classes de comportamentos derivadas das descrições de cada tipo de psicólogo da CBO quanto a caracterizar necessidades de aprendizagem, delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais e caracterizar necessidades de alterações em processos comportamentais em Caps

As descrições de *Psicólogos* (n=9) e *Psicólogo Social* (n=2) levaram à derivação de 11 comportamentos relativos a *caracterizar necessidades de aprendizagem de usuários de Caps*, primeiro de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos a *produzir de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps*. *Psicólogos* (n=12), *Psicólogo Clínico* (n=3) e *Psicólogo Educacional* (n=2) apresentaram 17 comportamentos, relativos a *delimitar*

*problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps*, primeiro de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos a *produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps*. A derivação das descrições de *Psicólogos* (n=12), *Psicólogo Social* (n=1) e *Psicólogo Educacional* (n=2) decorreram em 15 comportamentos relativos a *caracterizar necessidades de alterações em processos comportamentais em Caps*, primeiro de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps*.

Na Figura 3.1 estão agrupadas as três modalidades de intervenção. A maior quantidade de classes de comportamentos foi derivada da descrição de Psicólogos (n=33), quando comparada aos tipos de psicólogos: Psicólogo Clínico (n=3), Psicólogo Social (n=3) e Psicólogo Educacional (n=4). Segundo Viécili (2009), a capacidade de avaliar fenômenos psicológicos possibilita ao profissional intervir de acordo com as necessidades da população e ampliar as possibilidades de atuação em Psicologia. Quanto a esse pré-requisito a outros elos das cadeias comportamentais, a descrição que levou a maior quantidade de classes de comportamentos relativas a identificar sobre o que o psicólogo precisa intervir foi a de Psicólogos. O fato de ser a descrição mais geral indica que a quantidade maior de classes de comportamentos é coerente. Contudo, a correlação entre os nomes de classes de comportamentos de Psicólogos e dos demais tipos de descrições não é semelhante. Não foram derivadas classes de comportamentos relativas a produção de aprendizagem das descrições de Psicólogo Clínico e Psicólogo Educacional. Psicólogo Social não apresentou classes de comportamentos relativas à produção de conhecimento. Fica como dúvida que tipo de intervenção seria planejado quando não é avaliada a necessidade de intervenção ou as condições para que uma intervenção possa ocorrer.

Silva (2010) indica que o termo caracterizar significa descrever notando as características, distinguir, identificar as virtudes que o caracterizam. Nesse sentido, caracterizar necessidades sociais, ou seja, distinguir o que são demandas, queixas e o que o realmente são as necessidades das pessoas e (ou) ambientes de intervenção ou de estudo do profissional do psicólogo parecem ser aspectos relevantes e um ponto de partida de uma intervenção profissional com qualidade, pois a partir delas que é possível avaliar a realidade em que será a intervenção e os conhecimentos disponíveis para propor esta intervenção profissional.

Para Viécili (2009), o desenvolvimento de classes de comportamentos que constituem a classe *Operacionalizar uma pergunta de pesquisa sobre fenômenos psicológicos a partir da avaliação da relevância e do conhecimento existente em relação a*

*ela* que, por sua vez, é constituinte da classe geral *Delimitar problema de pesquisa* relativa à capacitação do psicólogo para intervir indiretamente por meio de pesquisa sobre fenômenos psicológicos, envolve uma diversidade de aspectos que perpassam pela revisão de literatura para identificar conhecimentos já produzidos e assim a relevância de pesquisar o fenômeno de interesse, a identificação de necessidades sociais relativas à produção do conhecimento proposto e elaboração de textos que demonstrem a relevância da pesquisa proposta. A organização dessa diversidade de classes de comportamentos num sistema comportamental possibilita avaliar o quanto já é conhecido e quanto ainda outras classes necessitam ser identificadas ou descobertas como classes de comportamentos que constituem o repertório profissional de psicólogos comprometidos com os princípios da ciência.

Silva (2010) ao identificar classes de comportamentos componentes da classe geral *Caracterizar comportamentos profissionais de psicólogos ao intervir diretamente sobre processos comportamentais*, a partir dos comportamentos extraídos de um projeto de curso de graduação em Psicologia e das competências e habilidades (aptidões) do perfil profissional de um curso de graduação em psicologia, construiu um “mapa” de comportamentos envolvidos nessa classe geral de comportamentos profissionais. Essa organização possibilita identificar quais os comportamentos são mais abrangentes, menos abrangentes e indica quais as aprendizagens são pré-requisito para outras. Foram encontradas lacunas nos “mapas” de ensino, as quais poderiam indicar somente espaços no mapa de ensino, como também lacunas de comportamentos do projeto de curso e do perfil profissional dos cursos de psicologia que foram utilizados como fonte de informação para a construção daquele trabalho.

As descobertas de Botomé e col. (2003) de Silva (2010) e de Viecili (2009) e os dados obtidos nesse trabalho possibilitam concluir que as classes gerais de comportamentos *Delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps*, *Caracterizar necessidades de aprendizagem de usuários de Caps* e *Caracterizar necessidades de alterações em processos comportamentais em Caps* são fundamentais para que o psicólogo seja capaz de *Planejar coleta de dados relativos à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps*, *Construir condições de aprendizagem (de terceiros) relacionada a processos comportamentais de usuários de Caps* e *Projetar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em Caps*.

### **3.2 Construir condições de aprendizagem (de terceiros) relacionada a processos comportamentais de usuários, projetar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais e planejar alterações em processos comportamentais como segundos elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial a partir de documentos oficiais**

Seguindo-se à caracterização de necessidades de aprendizagem, delimitação problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais e identificação necessidades de intervenção, como primeiros elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial (Caps) a partir de documento oficiais é proposto um segundo elo para cada cadeia comportamental de intervenção do profissional psicólogo. As classes de comportamentos derivadas da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) que constituem os segundos elos das cadeias comportamentais de intervenção do profissional psicólogo e para cada uma das três modalidades de intervenção em Caps estão apresentadas nas tabelas 3.5, 3.6 e 3.7.

Na Tabela 3.5 são apresentadas as classes de comportamentos do segundo elo de uma cadeia comportamental, um processo de intervenção indireta sobre processos comportamentais sob o nome de *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps*. Na Tabela 3.6 são apresentadas as classes de comportamentos do segundo elo de uma cadeia comportamental, um processo de intervenção indireta sobre processos comportamentais sob o nome de *produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps*. Na Tabela 3.7 são apresentadas as classes de comportamentos do segundo elo de uma cadeia comportamental, em um processo de intervenção direta sobre processos comportamentais sob o nome *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps*.

Na Tabela 3.5 são apresentados 16 comportamentos da classe *construir condições de aprendizagem (de terceiros) relacionada a processos comportamentais de usuários de Caps*, segundo de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos a *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps*. Os comportamentos 1 e 2 provêm da descrição de Psicólogos, os comportamentos de 3 a 5 são originários da descrição de Psicólogo Social e os comportamentos de 6 a 16 foram derivados da descrição de Psicólogo Educacional. Na descrição de Psicólogo Clínico não foram encontrados comportamentos componentes desse elo da cadeia de comportamentos em exame. Um comportamento (2) refere-se a Comportamentos de intervenção por meio de condições que afetam processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial. Um comportamento (5)

refere-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos de profissionais que trabalham com usuários de centros de atenção psicossocial. Dois comportamentos (15 e 16) referem-se a comportamentos do profissional relativos a processos de gestão de centros de atenção psicossocial. Quatro comportamentos (6, 7, 8 e 9) referem-se a comportamentos do profissional relativos a processos educacionais de usuários de centros de atenção psicossocial. Nove comportamentos (1, 3, 4, 10, 11, 12, 13 e 14) referem-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos dos usuários.

Tabela 3.5

Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps, ao construir condições de aprendizagem (de terceiros) relacionada a processos comportamentais

- 
- 1-Planejar comportamentos necessários a pessoas que interferem em processos comportamentais de usuários de Caps*
- 2-Organizar condições para o desenvolvimento de comportamentos de pessoas projetados para alteração em processos comportamentais de usuários de Caps*
- 3-Planejar mudança de processos comportamentais interpessoais de usuários de Caps em centros comunitários
- 4-Planejar a mudança de processos comportamentais intergrupais em usuários de Caps em centros comunitários
- 5-Planejar processos comportamentais em profissionais de equipe que auxiliem na gestão de Caps
- 6-Atualizar projetos pedagógicos de organizações educacionais onde usuários de Caps sejam alunos**
- 7-Reconstruir projetos pedagógicos de organizações educacionais onde usuários de Caps sejam alunos**
- 8-Planejar currículos escolares voltados a usuários de Caps**
- 9-Identificar processos de aprendizagem mais eficazes de acordo com a situação de ensino de usuários de Caps**
- 10-Elaborar [planejar, construir] processos de aprendizagem que desenvolvam o raciocínio de usuários de Caps**
- 11-Elaborar [planejar, construir] procedimentos que desenvolvam [ampliem] o repertório social de usuários de Caps**
- 12-Elaborar [planejar, construir] procedimentos que desenvolvam [ampliem] o repertório de lidar com emoções de usuários de Caps**
- 13-Planejar procedimentos que facilitem [promovam] o desenvolvimento de processos comportamentais requeridos em organizações de ensino em usuários de Caps**
- 14-Planejar procedimentos que facilitem [promovam] o desenvolvimento de processos comportamentais necessários ao convívio familiar em usuários de Caps**
- 15-Supervisionar profissionais envolvidos em atividades que desenvolvam processos comportamentais de usuários de Caps na educação**
- 16-Orientar profissionais envolvidos em atividades que desenvolvam processos comportamentais de usuários de Caps na educação**
- 

Legenda
<i>Letras em itálico destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogos</i>
Letras hachuradas destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Social
Letras negritadas destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Educacional

Na Tabela 3.6 são apresentados quatro comportamentos da classe *planejar coleta de dados relativos à produção de conhecimento sobre processos comportamentais*, segundo de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de conhecimento sobre processos comportamentais em centros de atenção psicossocial*. O primeiro comportamento provém da descrição de Psicólogo Clínico, os comportamentos dois, três e quatro são originários da descrição de Psicólogo Educacional apresentada na Classificação Brasileira de Ocupações. Nas descrições de Psicólogos e de Psicólogo Social não foram encontrados comportamentos componentes desse elo da cadeia de comportamentos em exame. Dois comportamentos (1 e 4) referem-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos dos usuários. Dois comportamentos (2 e 3) referem-se a Comportamentos do profissional relativos a processos educacionais de usuários de centros de atenção psicossocial

Tabela 3.6

Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps, ao planejar coleta de dados relativos à produção de conhecimento sobre processos comportamentais

1-Elaborar programas de produção de conhecimento para avaliação da eficiência [eficácia] de Caps no desenvolvimento de processos comportamentais necessários a usuários de Caps
<b>2-Planejar meios de produção de conhecimento sobre processos comportamentais de ensino de usuários de Caps</b>
<b>3-Planejar meios de produção de conhecimento sobre processos comportamentais de aprendizado em usuários de Caps</b>
<b>4-Planejar meios para caracterização de usuários de Caps</b>
<b>Legenda</b>
Letras comuns destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Clínico
<b>Letras negritadas destacam comportamentos derivados da ocup. de Psicólogo Educacional</b>

Na Tabela 3.7 são apresentados 26 comportamentos da classe *projetar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em centros de atenção psicossocial*, segundo de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial*. Os comportamentos foram derivados das descrições de Psicólogos, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional que compõe a Classificação Brasileira de Ocupações, documento de referência para as descrições de funções profissionais no Brasil. Os comportamentos um, dois e três provém da descrição de Psicólogos, os comportamentos de quatro a 24 são originários da descrição de Psicólogo Social e os comportamentos 25 e 26 foram derivados da descrição de Psicólogo Educacional apresentada na Classificação Brasileira de Ocupações. Na descrição de Psicólogo Clínico não foram encontrados comportamentos componentes desse elo da cadeia de comportamentos em exame. Um



comportamento (24) refere-se à comportamentos do profissional relativos a processos de gestão de centros de atenção psicossocial. Dois comportamentos (2 e 3) referem-se a comportamentos de intervenção por meio de condições que afetam processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial. Dois comportamentos (25 e 26) referem-se a comportamentos do profissional relativos a processos educacionais de usuários de centros de atenção psicossocial. 18 comportamentos (de 4 a 23) referem-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos de equipes de profissionais que trabalham com usuários de centros de atenção psicossocial na mudança de repertório de comportamentos voltados a usuários (4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20 e 22) e suas famílias (5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21 e 23).

Tabela 3.7

Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps, ao projetar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais

<i>1-Projetar procedimentos para alteração de processos comportamentais de usuários de Caps</i>
<i>2-Projetar procedimentos para alteração de condições que afetam processos comportamentais de usuários de Caps</i>
<i>3-Organizar condições para desenvolver os procedimentos projetados para alteração em processos comport. de usuários de Caps</i>
4-Planejar, junto a organizações comunitárias, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de saúde
5- Planejar, junto às famílias dos usuários, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de saúde
6-Planejar, junto a org. comunitárias, progr. de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de lazer
7- Planejar, junto às famílias dos usuários, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de lazer
8-Planejar, junto a org. comum., progr. de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas educacionais
9- Planejar, junto às famílias dos usuários, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas educacionais
10-Planejar, junto a org. comum., progr. de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de trabalho
11- Planejar, junto às famílias dos usuários, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de trabalho
12-Planejar, junto a org. comum., progr. de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de segurança
13- Planejar, junto às famílias dos usuários, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de segurança
14-Planejar, junto a org. comum., progr. de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de saúde
15- Planejar, junto às famílias dos usuários, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de saúde
16-Planejar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de lazer
17- Planejar, junto às famílias dos usuários, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de lazer
18-Planejar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas educacionais
19- Planejar, junto às famílias dos usuários, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas educacionais
20-Planejar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de trabalho
21- Planejar, junto às famílias dos usuários, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de trabalho
22-Planejar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de segurança
23- Planejar, junto às famílias dos usuários, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de segurança
24-Planejar processos comportamentais que melhorem a comunicação em Caps
<b>25-Planejar programas educacionais [completos, alternativos e complementares] para usuários de Caps</b>
<b>26-Planejar currículos educacionais para usuários de Caps</b>

#### Legenda

*Letras em itálico destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogos*  
**Letras hachuradas destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Social**  
**Letras negritadas destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Educacional**

### 3.2.1 Descobertas sobre construir condições de aprendizagem (de terceiros) relacionada a processos comportamentais de usuários, projetar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais e planejar alterações em processos comportamentais como segundos elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Caps a partir de documentos oficiais

Após *Delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps, Caracterizar necessidades de aprendizagem de usuários de Caps e Caracterizar necessidades de alterações em processos comportamentais em Caps* são necessários outros comportamentos para cada modalidade de intervenção. Na Figura 3.2 estão representadas as 46 classes de comportamentos do profissional psicólogo, derivadas a partir das descrições da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) quanto *a construir condições de aprendizagem (de terceiros) relacionada a processos comportamentais de usuários de Caps, planejar coleta de dados relativos à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps e projetar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em Caps*. As três classes gerais estão distribuídas por tipo de descrição: Psicólogos, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional.

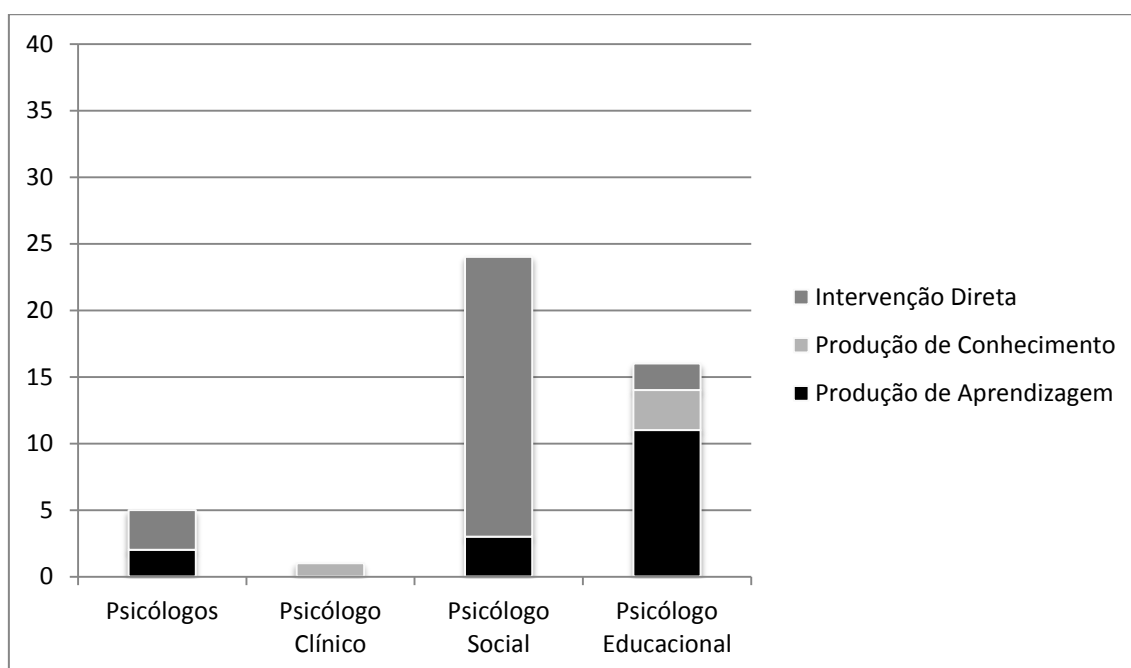


Figura 3.2 Distribuição das classes de comportamentos derivadas das descrições de cada tipo de psicólogo da CBO quanto à construir condições de aprendizagem (de terceiros) relacionada a processos comportamentais de usuários de Caps, planejar coleta de dados relativos à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps e projetar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em Caps.

Quanto ao segundo elo de cada cadeia comportamental de intervenção do psicólogo em Caps. As descrições de Psicólogos (n=2), Psicólogo Social (n=3) e Psicólogo Educacional (n=11) levaram à derivação de 16 comportamentos relativos a *construir condições de aprendizagem (de terceiros) relacionada a processos comportamentais de usuários de Caps*, segundo de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps*. Psicólogo Clínico (n=1) e Psicólogo Educacional (n=3) apresentaram quatro comportamentos, relativos a *planejar coleta de dados relativos à produção de conhecimento sobre processos comportamentais*, segundo de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps*, enquanto a derivação das descrições de Psicólogos (n=3), Psicólogo Social (n=21) e Psicólogo Educacional (n=2) decorreu em 26 comportamentos relativos a *projetar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em Caps*, segundo de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps*.

O dado mais evidente representado na Figura 3.2, que agrupa as três modalidades de intervenção, é a grande quantidade de comportamentos derivados da descrição de Psicólogo Social (n=24) em relação ao que foi derivado de Psicólogo Educacional (n=16), Psicólogos (n=5) e Psicólogo Clínico (n=1). Ao identificar quais os objetivos de intervenção é dado um primeiro passo de vários dos quais, metaforicamente, constituem a caminhada do profissional rumo à melhoria nas condições de saúde de um usuário. O segundo passo pode ser nomeado de planejamento, predizendo o que será feito e este “predizer” constitui-se de uma classe de comportamentos fundamental para os passos seguintes, em um total de 36 classes de comportamentos. A descrição de Psicólogo Educacional resultou na derivação de comportamentos de planejar alterações em processos comportamentais em Caps para as três modalidades de intervenção do profissional psicólogo. A descrição de Psicólogos levou à derivação de cinco comportamentos relativos à produção de aprendizagem e intervenção direta. A descrição de Psicólogo Social também levou a comportamentos nas tabelas 3.5 e 3.7, com a maior parte dos comportamentos da Tabela 3.7. A descrição de Psicólogo Clínico resultou em um comportamento apresentado na Tabela 3.6. Que tipo de resultado pode ser esperado quando há tão poucos comportamentos voltados ao planejamento de produzir insumo para a intervenção? Que tipo de intervenção ocorreria e qual seria a sua eficiência ou eficácia diante das necessidades identificadas?

Para dar conta de um problema de pesquisa, de produção de conhecimento ou de intervenção direta requer é necessário planejamento. Esse planejamento, como processo, refere-se principalmente às classes de comportamentos que o psicólogo precisa apresentar para obter os melhores resultados em suas intervenções. Ao examinar o processo de intervenção direta por meio de pesquisa, Viecili (2009) afirma que essa necessidade de organização nem sempre aparece de forma clara na literatura como parte importante do processo de produzir conhecimento. Planejar a coleta de dados de uma pesquisa requer que o pesquisador seja capaz de prever uma diversidade de aspectos que podem decorrer de seus comportamentos a fim de evitar danos aos participantes e à sociedade e promover o avanço da ciência.

Viecili, (2009) examinou manuais de metodologia, tais como Cozby (2003), Dencker e Viá (2001), D'Oliveira (1984), Köche (1997), Laville e Dionne (1999), Luna (1999), Marconi e Lakatos (1999), Quivy e Campenhoudt (1998), encontrando uma diversidade de informações sobre aspectos que constituem o processo de pesquisar. Nesses manuais são encontrados indicadores referentes às decisões que o pesquisador necessita tomar ao longo do processo de pesquisar. No entanto, o nome planejar a pesquisa não é encontrado facilmente nesses manuais, o que dificulta identificar com clareza o que é necessário garantir na formação científica de profissionais de psicologia para que sejam capazes de planejar suas pesquisas de maneira adequada e suficiente para responder ao problema de pesquisa. Kienen (2009) ao examinar a intervenção indireta por meio do ensino e Silva (2010) ao examinar a intervenção direta do psicólogo chegaram a conclusões semelhantes sobre as diferentes modalidades de intervenção do psicólogo, o que corrobora a conclusão de que no campo de atuação profissional da saúde comportamentos das mesmas classes sejam necessários. Avaliando somente as descrições da CBO pode-se afirmar que esses comportamentos ainda não estão claramente identificados para os psicólogos dos Caps, profissionais que tem suas ações definidas pelo Ministério da Saúde a partir da CBO.

### **3.3 Desenvolver condições de aprendizagem relacionada a processos comportamentais, coletar dados relevantes à produção de conhecimento sobre processos comportamentais e intervir em comportamentos como terceiros elos das cadeias comportamentais desenvolvida pelo profissional psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial a partir de documentos oficiais**

Seguindo-se à construção de condições de aprendizagem (de terceiros) relacionada a processos comportamentais de usuários, projeto de intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais e planejamento alterações em processos comportamentais como segundos elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial (Caps) a partir de documentos oficiais é proposto um terceiro elo para cada cadeia comportamental de intervenção do profissional psicólogo. As classes de comportamentos derivadas da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) que constituem os terceiros elos das cadeias comportamentais de intervenção do profissional psicólogo e para cada uma das três modalidades de intervenção em Caps estão apresentadas nas tabelas 3.8, 3.9 e 3.10.

Na Tabela 3.8 são apresentadas as classes de comportamentos do terceiro elo de uma cadeia comportamental, em um processo de intervenção indireta sobre processos comportamentais sob o nome de *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps*. Na Tabela 3.9 são apresentadas as classes de comportamentos do terceiro elo de uma cadeia comportamental, em um processo de intervenção indireta sobre processos comportamentais sob o nome de *produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps*. Na Tabela 3.10 são apresentadas as classes de comportamentos do terceiro elo de uma cadeia comportamental, em um processo de intervenção direta sobre processos comportamentais sob o nome *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps*.

Na Tabela 3.8 são apresentados 12 comportamentos da classe *desenvolver condições de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial*, terceiro de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de centros de atenção psicossocial*. O comportamento um provém da descrição de Psicólogos, os comportamentos de dois a sete são originários da descrição de Psicólogo Clínico, os comportamentos de oito a 12 foram derivados da descrição de Psicólogo Social. Na descrição de Psicólogo Educacional não foram encontrados comportamentos componentes desse elo da cadeia de comportamentos em exame. Dois comportamentos (3 e 6) referem-se a comportamentos do profissional

relativos a processos educacionais de usuários de centros de atenção psicossocial. Quatro comportamentos (2, 4, 5 e 7) referem-se a comportamentos do profissional relativos a processos de gestão de centros de atenção psicossocial. Seis comportamentos (1, 8, 9, 10, 11 e 12) referem-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos de pessoas que trabalham com usuários de centros de atenção psicossocial, desses um (1) refere-se a profissionais de centros de atenção psicossocial e cinco comportamentos (8, 9, 10, 11 e 12) referem-se a pessoas de outros tipos de organizações.

Tabela 3.8

Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps, ao desenvolver condições de aprendizagem relacionada a processos comportamentais

<i>1-Intervir em processos comportamentais de pessoas que afetem processos comportamentais de usuários de Caps</i>
2-Coordenar programas de produção de conhecimento sobre a eficácia de tratamentos disponíveis em Caps
3-Coordenar programas de ensino eficientes no desenvolvimento de processos comportamentais em usuários de Caps
4-Coordenar políticas de saúde que favoreçam o tratamento eficaz aos usuários de Caps
5-Supervisionar programas de produção de conhecimento que auxiliem na avaliação da eficácia de tratamentos disponíveis em Caps
6-Supervisionar programas de ensino planejados a capacitar profissionais para o desenvolvimento de processos comportamentais em usuários de Caps
7-Supervisionar profissionais envolvidos em políticas de saúde que favoreçam o tratamento eficaz aos usuários de Caps
8-Assessorar organizações públicas quanto aos processos comportamentais de usuários de Caps
9-Assessorar organizações sociais quanto aos processos comportamentais de usuários de Caps
10-Assessorar associações quanto aos processos comportamentais de usuários de Caps
11-Assessorar meios de comunicação quanto aos processos comportamentais que compõe técnicas de comunicação
12-Assessorar meios de comunicação quanto aos processos comportamentais que compõe técnicas de propaganda

<b>Legenda</b>
----------------

<i>Letras em itálico destacam comportamentos derivados da ocupação Psicólogos</i>
---

Letras comuns destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Clínico
--

Letras hachuradas destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Social
---

Na Tabela 3.9 são apresentados 24 comportamentos da classe *coletar dados relevantes à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em centros de atenção psicossocial*, terceiro de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em centros de atenção psicossocial*. Os comportamentos de 1 a 6 provêm da descrição de Psicólogos, os comportamentos de 7 a 14 são originários da descrição de Psicólogo Social e os comportamento 15 a 24 foram derivados da descrição de Psicólogo Educacional apresentada na Classificação Brasileira de Ocupações. Na descrição de Psicólogo Clínico

não foram encontrados comportamentos componentes desse elo da cadeia de comportamentos em exame. Cinco comportamentos (4, 5, 6, 19 e 22) referem-se a comportamentos de intervenção por meio de condições que afetam processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial. Sete comportamentos (16, 17, 18, 20, 21, 23 e 24) referem-se a comportamentos do profissional relativos a processos educacionais de usuários de centros de atenção psicossocial. 12 comportamentos (1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15) referem-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos dos usuários.

Tabela 3.9

Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps, ao coletar dados relevantes à produção de conhecimento sobre processos comportamentais

<i>1-Obter informações sobre processos comportamentais por meio de entrevista com usuários de Caps</i>
<i>2-Obter informações sobre processos comportamentais por meio de entrevista com familiares de usuários de Caps</i>
<i>3-Obter informações sobre processos comportamentais por meio de entrevista com profissionais de Caps</i>
<i>4-Obter informações sobre cond. que afetam processos comportamentais por meio de entrevista com usuários de Caps</i>
<i>5-Obter informações sobre cond. que afetam processos comportamentais por meio de entrevista com familiares de usuários de Caps</i>
<i>6-Obter informações sobre condições que processos comportamentais por meio de entrevista com profissionais de Caps</i>
<i>7-Obter informações sobre processos comportamentais em usuários de Caps</i>
<i>8-Obter informações sobre proc. comport. de interação entre usuários de Caps e outras pessoas</i>
<i>9-Obter informações sobre processos comportamentais de interação entre usuários de Caps e familiares</i>
<b>10-Produzir conhecimento sobre características dos processos comportamentais de grupos étnicos em Caps</b>
<b>11-Produzir conhecimento sobre características dos processos comportamentais de grupos religiosos em Caps</b>
<b>12-Produzir conhecimento sobre características dos processos comportamentais de classes [sociais] em Caps</b>
<b>13-Produzir conhecimento sobre características dos processos comportamentais de segmentos sociais em Caps</b>
<b>14-Produzir conhecimento sobre características dos processos comportamentais de segmentos culturais em Caps</b>
<b>15-Produzir conhecimento científico sobre proc. comportamentais de usuários de Caps em ambientes educacionais</b>
<b>16-Produzir conhecimento sobre proc. comportamentais de usuários de Caps relacionados ao sistema educacional</b>
<b>17-Produzir conhecimento sobre processos comportamentais de usuários de Caps relacionados ao ensino</b>
<b>18-Produzir conhecimento sobre processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial envolvidos em procedimentos planejados para o ensino</b>
<b>19-Produzir conhecimento sobre condições que interferem [facilitam, dificultam] na probabilidade de processos comportamentais serem desenvolvidos em usuários de Caps</b>
<b>20-Produzir conhecimento sobre o planejamento de métodos de ensino para usuários de Caps</b>
<b>21-Produzir conhecimento sobre processos comportamentais de ensino de usuários de Caps</b>
<b>22-Produzir conhecimento sobre o planejamento de métodos de avaliação de usuários de Caps</b>
<b>23-Produzir conhecimento sobre processos comportamentais de aprendizado de usuários de Caps</b>
<b>24-Produzir conhecimento para a criação de programas educacionais [completos, alternativos e complementares] para usuários de Caps</b>

#### Legenda

*Letras em itálico destacam comportamentos derivados da ocupação Psicólogos*

Letras comuns destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Clínico

Letras hachuradas destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Social

**Letras negritadas destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Educacional**

Na Tabela 3.10 são apresentados 43 comportamentos da classe *executar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em centros de atenção psicossocial*, terceiro de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial*. Os comportamentos de 1 a 7 provêm da descrição de Psicólogos, os comportamentos de 8 a 16 são originários da descrição de Psicólogo Clínico, os comportamentos de 17 a 40 são originários da descrição de Psicólogo Social e os comportamentos 41 a 43 foram derivados da descrição de Psicólogo Educacional apresentada na Classificação Brasileira de Ocupações. Dois comportamentos (15 e 43) referem-se a comportamentos do profissional relativos a processos educacionais de usuários de centros de atenção psicossocial. Dois comportamentos (2 e 4) referem-se a comportamentos de intervenção por meio de condições que afetam processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial. Dois comportamentos (14 e 40) referem-se a comportamentos do profissional relativos a processos de gestão de centros de atenção psicossocial. 12 comportamentos (21, 23, 25, 27, 29, 31, 33, 35, 37 e 39, 41 e 42) referem-se a Comportamentos voltados lidar com comportamentos de pessoas que afetam comportamentos de usuários (familiares). 25 comportamentos (1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 38, 41 e 42) referem-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos dos usuários.



Tabela 3.10

Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps, ao executar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais

---

1-Intervir em processos comportamentais de usuários de Caps
2-Intervir em condições que afetam processos comportamentais de usuários de Caps
3-Realizar procedimentos que alterem processos comportamentais em Caps
4-Realizar procedimentos que alterem condições que afetam processos comp. em Caps
5-Realizar atividades de desenvolvimento de comportamentos necessários à vida em sociedade em usuários de Caps
6-Reabilitar proc. comportamentais prejudicados por alguma condição em usuários de Caps
7-Promover processos comportamentais novos em usuários de Caps
8-Desenvolver processos comportamentais em gestantes usuárias de Caps
9-Desenvolver processos comportamentais em usuários de Caps
10-Desenvolver processos comportamentais em usuários de Caps por meio de grupos
11-Desenvolver proc. comportamentais em usuários de Caps com repertório insuficiente para o relacionamento com outras pessoas
12- Desenvolver processos comportamentais em usuários de Caps com repertório insuficiente para o relacionamento com familiares
13- Desenvolver processos comportamentais em usuários de Caps com repertório insuficiente para o relacionamento com cônjuges
14-Elaborar políticas [diretrizes] de saúde que favoreçam o tratamento eficiente [eficaz] aos usuários de Caps
15-Elaborar programas de ensino eficientes [eficazes] no desenvolvimento de processos comportamentais em usuários de Caps
16-Decidir em equipe a conduta a ser adotada pela equipe com os pacientes na entrada, permanência e alta hospitalar de modo que ocorra maior equilíbrio e proteção aos usuários de Caps e seus familiares
17-Desenvolver processos comportamentais que melhorem a comunicação em Caps
18-Desenvolver processos comportamentais em profissionais de equipe que auxiliem na gestão de Caps
19-Orientar us. de Caps com problemas sociais quanto aos recursos e meios necessários para superar dificuldades
20-Executar, junto a organizações comunitárias, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver probl. de saúde
21- Executar, junto a organizações comunitárias, programas de intervenção que auxiliem familiares de usuários de Caps a resolver problemas de saúde
22- Executar, junto a org. comunitárias, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de lazer
23- Executar, junto a org. comunitárias, progr. de intervenção que auxiliem familiares de usuários de Caps a resolver probl. de lazer
24- Executar, junto a org. comunitárias, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas educacionais
25- Executar, junto a organizações comunitárias, programas de intervenção que auxiliem familiares de usuários de Caps a resolver problemas educacionais
26- Executar, junto a org. comunitárias, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de trabalho
27- Executar, junto a organizações comunitárias, programas de intervenção que auxiliem familiares de usuários de Caps a resolver problemas de trabalho
28- Executar, junto a org. comunitárias, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de segurança
29- Executar, junto a organizações comunitárias, programas de intervenção que auxiliem familiares de usuários de Caps a resolver problemas de segurança
30-Executar, junto a equipes multiprofissionais, progr. de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de saúde
31- Executar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem familiares de usuários de Caps a resolver problemas de saúde
32- Executar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de lazer
33- Executar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem familiares de usuários de Caps a resolver problemas de lazer
34- Executar, junto a equipes multiprofissionais, progr. de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver probl. educacionais
35- Executar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem familiares de usuários de Caps a resolver problemas educacionais
36- Executar, junto a equipes multiprofissionais, progr. de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de trabalho
37- Executar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem familiares de usuários de Caps a resolver problemas de trabalho
38- Executar, junto a equipes multiprofissionais, progr. de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver probl. de segurança
39- Executar, junto a equipes multi., progr. de intervenção que auxiliem familiares de usuários de Caps a resolver probl. de segurança
40-Intervir nos processos comportamentais que afetam a gestão de Caps
<b>41-Desenvolver o repertório [de identificação de] de lidar com emoções em usuários de Caps</b>
<b>42-Desenvolver processos comportamentais requeridos em ambientes de trabalho em usuários de Caps já inseridos nesses ambientes</b>
<b>43-Analisar as características [físicas, motoras, de raciocínio e etc] que interferem no aprendizado de usuários de Caps</b>

---

### **3.3.1 Descobertas sobre desenvolver condições de aprendizagem relacionada a processos comportamentais, coletar dados relevantes à produção de conhecimento sobre processos comportamentais e intervir em comportamentos como terceiros elos das cadeias comportamentais desenvolvida pelo profissional psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial a partir de documentos oficiais**

Botomé e col. (2003) ao sistematizarem as classes comportamentais do psicólogo em relação à produção de alterações em processos comportamentais apresentam como a terceira classe geral para cada modalidade de intervenção profissional. Essa terceira classe, de cada modalidade de intervenção profissional, corresponde a *Coletar dados relevantes à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps, Desenvolver condições de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de usuários de Caps e Executar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em Caps*. Sendo que esse elo só faz sentido se antes ocorreram outras classes gerais de comportamentos: *Planejar coleta de dados relativos à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps, Construir condições de aprendizagem (de terceiros) relacionada a processos comportamentais de usuários de Caps e Projetar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em Caps*.

Na Figura 3.3 estão representadas as 79 classes de comportamentos do profissional psicólogo derivadas a partir das descrições da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) quanto a *intervir em comportamentos de usuários de centros de atenção psicossocial, terceiro elo de uma cadeia comportamental de intervenção do profissional psicólogo em centros de atenção psicossocial (Caps), desenvolver condições de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de usuários de Caps e coletar dados relevantes à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps*. As três classes gerais estão distribuídas por tipo de descrição: Psicólogos, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional.

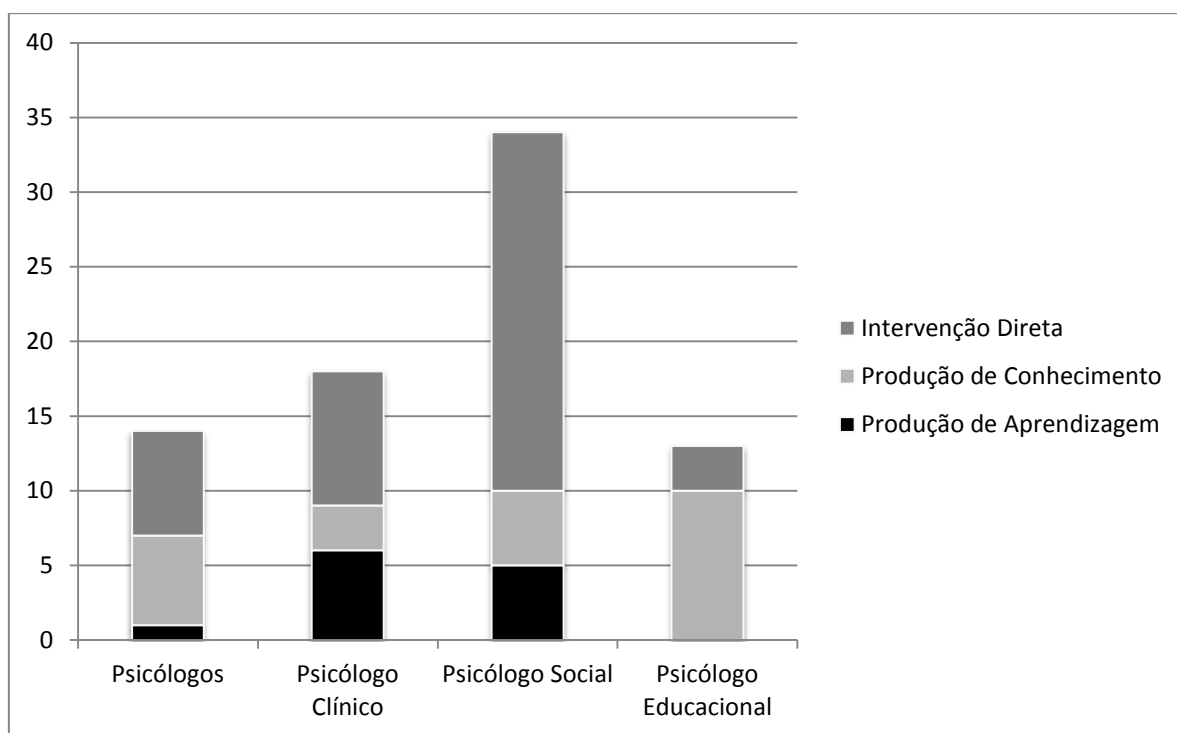


Figura 3.3 Distribuição das classes de comportamentos derivadas das descrições de cada tipo de psicólogo da CBO quanto a intervir em comportamentos de usuários de centros de atenção psicossocial, terceiro elo de uma cadeia comportamental de intervenção do profissional psicólogo em centros de atenção psicossocial (Caps), desenvolver condições de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de usuários de Caps e coletar dados relevantes à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps

Quanto ao terceiro elo de cada cadeia comportamental de intervenção do psicólogo em Caps. As descrições de Psicólogos (n=1), Psicólogo Clínico (n=6) e Psicólogo Educacional (n=5) levaram à derivação de 12 comportamentos relativos a *desenvolver condições de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial*, terceiro de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps*. Psicólogos (n=6), Psicólogo Clínico (n=3), Psicólogo Social (n=5) e Psicólogo Educacional (n=10) apresentaram 24 comportamentos, relativos a *coletar dados relevantes à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em centros de atenção psicossocial*, terceiro de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps*, enquanto a derivação das descrições de Psicólogos (n=7) Psicólogo Clínico (n=9) Psicólogo Social (n=24) e Psicólogo Educacional (n=3) decorreu em 43 comportamentos relativos a *executar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em centros de atenção psicossocial*, terceiro de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de centros de atenção*

*psicossocial*. Os dados mais evidentes são a grande quantidade de classes de comportamentos derivadas, havendo classes de comportamentos para quase todos os tipos de profissional psicólogo nas três modalidades de intervenção.

A soma das classes de comportamentos encontradas como componentes do terceiro elo das cadeias que constituem as modalidades de intervenção resultou em 84 comportamentos, o que contrasta com os 36 comportamentos de planejamento e os 43 de identificação de necessidades de intervenção. Foram derivadas classes de comportamentos de intervenção em comportamentos de usuários de Caps por meio de produção de aprendizagem, produção de conhecimento e intervenção direta de todos os tipos de psicólogo. Somente a Descrição de Psicólogo Educacional não levou à derivação de comportamentos na Tabela 3.8, deixando uma lacuna justamente na intervenção sobre processos de aprendizagem. Os profissionais atentam pouco para identificação de necessidades de intervenção? Os descritores da Classificação Brasileira de Ocupações identificam melhor ações diretamente observadas? O método de investigação produziu dados insuficientes? O que aconteceria para que tantos comportamentos da etapa de intervenção tenham sido derivados, comparando com as etapas anteriores?

Diversos autores (Garcia, 2009; Viecili, 2009; Kienen, 2009; Silva, 2010) avaliaram que a atuação profissional pode ser organizada conforme as classes de comportamentos devido a interdependência entre essas classes gerais. Silva (2010) afirma que tal raciocínio implica em que “caracterizar as necessidades de intervenção”, primeiro elo da cadeia comportamental de intervenção direta, e “projetar essa intervenção”, segundo elo da mesma cadeia, que tornam possível o terceiro elo, a execução dessa intervenção.

Viecili (2008) afirma que coletar dados significa intervir junto às pessoas ou aos objetos que promoverão respostas ao problema de pesquisa. A autora observou na literatura muitas informações acerca do processo de pesquisar (D’Oliveira, 1984; Laville & Dionne, 1999; Luna, 1999; Marconi & Lakatos, 1999; Quivy & Campenhoudt, 1998), contudo, não havia muita clareza sobre quais as classes de comportamentos que o cientista deveria apresentar para construir respostas ao seu problema de pesquisa de modo fidedigno.

Todos os tipos de psicólogo apresentaram classes de comportamentos derivadas de suas descrições, dentre eles o Psicólogo Educacional foi o que apresentou maior quantidade de classes de comportamentos relativas à produção de conhecimento. Botomé (1997) caracteriza como parte importante trabalho do cientista o controle das variáveis que interferem no processo de conhecer. Parte dos comportamentos do psicólogo, como pesquisador que interfere no processo de conhecer, está relacionada com a interação do pesquisador com seus participantes (usuários) ou fontes de informações (relatos,

prontuários) ou com outras pessoas (familiares, outros profissionais) que possibilitem acesso aos participantes ou fontes de informações. Nesse sentido, é necessário que o psicólogo tenha clareza de como e quanto seus comportamentos interferem no processo de coletar dados para produzir respostas ao problema de pesquisa em um Caps.

Viecili (2008) ressalta que para que uma formação científica seja organizada de maneira a propiciar o desenvolvimento de profissionais qualificados a intervirem comprometidos com a sociedade e a ciência, gestores de cursos necessitam ter clareza sobre quais competências constituem a etapa de coletar dados de uma pesquisa. Viecili (2008) afirma que mais do que “aplicar instrumentos de coleta de dados”, o cientista necessita ser capaz de avaliar seus próprios comportamentos a fim de garantir a confiabilidade das informações. O mesmo raciocínio pode ser aplicado ao trabalho do psicólogo em Caps, o qual precisa conhecer o que ocorre com os usuários de modo a produzir uma intervenção de qualidade. Senão, para que serviriam tantas entrevistas de coleta de dados? Não basta ao profissional uma curiosidade sobre a vida do usuário, mas que as informações coletadas levem ao planejamento e execução de ações necessárias aos usuários.

### **3.4 Avaliar processo de aprendizagem relacionado a processos comportamentais, organizar e analisar dados coletados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais e avaliar intervenções em comportamentos como quartos elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial a partir de documentos oficiais**

Seguindo-se ao desenvolvimento de condições de aprendizagem relacionada a processos comportamentais, coleta de dados relevantes à produção de conhecimento sobre processos comportamentais e intervenção em comportamentos de usuários de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) como terceiros elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Caps a partir de documentos oficiais é proposto um quarto elo para cada cadeia comportamental de intervenção do profissional psicólogo. As classes de comportamentos derivadas da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) que constituem os quartos elos das cadeias comportamentais de intervenção do profissional psicólogo, havendo classes de comportamentos para constituir duas das três modalidades de intervenção em Caps, apresentadas nas tabelas 3.11 e 3.12.

Na Tabela 3.11 são apresentadas as classes de comportamentos do quarto elo de uma cadeia comportamental, em um processo de intervenção indireta sobre processos comportamentais sob o nome de *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps*. Não foram encontrados comportamentos do quarto elo de uma cadeia comportamental, em um processo de intervenção indireta sobre processos comportamentais relativos à *produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps*, quanto a *organizar e analisar dados coletados para responder perguntas sobre processos comportamentais em centros de atenção psicossocial*. Na Tabela 3.12 são apresentadas as classes de comportamentos do quarto elo de uma cadeia comportamental, em um processo de intervenção direta sobre processos comportamentais sob o nome *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps*.

Na Tabela 3.11 são apresentados dois comportamentos da classe *avaliar processo de aprendizagem relacionado a processos comportamentais em centros de atenção psicossocial*, quarto de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de centros de atenção psicossocial*. Os comportamentos 1 e 2 provêm da descrição de Psicólogos Educacional. Nas descrições de Psicólogos, Psicólogo Clínico e Psicólogo Social não foram encontrados comportamentos componentes desse elo da cadeia de comportamentos em exame. Os dois comportamentos (1 e 2) referem-se ao

comportamentos do profissional relativos a processos educacionais de usuários de centros de atenção psicossocial.

Tabela 3.11

Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps, quanto a avaliar processo de aprendizagem relacionado a processos comportamentais

<b>1-Avaliar planos de ensino feitos para usuários de centros de atenção psicossocial</b>
<b>2-Avaliar procedimentos de ensino feitos para usuários de centros de atenção psicossocial</b>
<b>Legenda</b>
<b>Letras negritadas destacam comport. derivados da ocupação de Psicólogo Educacional</b>

Na Tabela 3.12 são apresentados 26 comportamentos da classe *avaliar intervenções diretas realizadas em relação a processos comportamentais em centros de atenção psicossocial*, quarto de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial*. Os comportamentos de 1 a 6 provêm da descrição de Psicólogos, os comportamentos de 7 a 26 são originários da descrição de Psicólogo Social apresentada na Classificação Brasileira de Ocupações. Nas descrições de Psicólogo Clínico e Psicólogo Educacional não foram encontrados comportamentos componentes desse elo da cadeia de comportamentos em exame. Um comportamento (6) refere-se a comportamentos de intervenção por meio de condições que afetam processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial. Cinco comportamentos (1, 2, 3, 4, 5) referem-se à mudança no repertório de Comportamentos voltados a lidar com comportamentos dos usuários. 20 comportamentos (7 a 26) referem-se comportamentos voltados a lidar com comportamentos de pessoas que trabalham com usuários de centros de atenção psicossocial, desses cinco comportamentos (18, 20, 22, 24 e 26) referem-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos de equipes de profissionais que trabalham com familiares de usuários de centros de atenção e cinco comportamentos (17, 19, 21, 23 e 25) referem-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos de equipes de profissionais que trabalham com usuários de centros de atenção psicossocial. Os 10 comportamentos que se referem ao trabalho com organizações comunitárias, relativos a familiares de usuários (8, 10, 12, 14, 16) e usuários (7, 9, 11, 13, 15) não especificam se são relativos a profissionais e se há profissionais nessas organizações.

**Tabela 3.12**  
**Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps, ao avaliar intervenções diretas realizadas em relação a processos comportamentais**

<i>1-Avaliar resultados de procedimentos utilizados por psicólogo em usuários de Caps</i>
<i>2-Avaliar benefícios de procedimentos utilizados por psicólogo em usuários de Caps</i>
<i>3-Avaliar deficiências de procedimentos utilizados por psicólogo em usuários de Caps</i>
<i>4-Avaliar eficiência da intervenção para desenvolvimento de comportamentos próprios à vida em sociedade de usuários de Caps</i>
<i>5-Avaliar procedimentos utilizados pelos psicólogos para alteração de processos comportamentais em usuários de Caps</i>
<i>6-Avaliar procedimentos utilizados pelos psicólogos para alteração de condições que interferem em processos comportamentais em usuários de Caps</i>
<b>7-Avaliar, junto a org. comunitárias, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de saúde</b>
<b>8- Avaliar, junto a organizações comunitárias, programas de intervenção que auxiliem famílias de usuários de Caps a resolver problemas de saúde</b>
<b>9-Avaliar, junto a org. comunitárias, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de lazer</b>
<b>10- Avaliar, junto a organizações comunitárias, programas de intervenção que auxiliem famílias de usuários de Caps a resolver problemas de lazer</b>
<b>11-Avaliar, junto a organizações comunitárias, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas educacionais</b>
<b>12- Avaliar, junto a organizações comunitárias, programas de intervenção que auxiliem famílias de usuários de Caps a resolver problemas educacionais</b>
<b>13-Avaliar, junto a organizações comunitárias, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de trabalho</b>
<b>14- Avaliar, junto a organizações comunitárias, programas de intervenção que auxiliem famílias de usuários de Caps a resolver problemas de trabalho</b>
<b>15-Avaliar, junto a organizações comunitárias, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de segurança</b>
<b>16- Avaliar, junto a organizações comunitárias, programas de intervenção que auxiliem famílias de usuários de Caps a resolver problemas de segurança</b>
<b>17-Avaliar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de saúde</b>
<b>18- Avaliar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem famílias de usuários de Caps a resolver problemas de saúde</b>
<b>19-Avaliar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de lazer</b>
<b>20- Avaliar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem famílias de usuários de Caps a resolver problemas de lazer</b>
<b>21-Avaliar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas educacionais</b>
<b>22- Avaliar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem famílias de usuários de Caps a resolver problemas educacionais</b>
<b>23-Avaliar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de trabalho</b>
<b>24- Avaliar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem famílias de usuários de Caps a resolver problemas de trabalho</b>
<b>25-Avaliar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de segurança</b>
<b>26- Avaliar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem famílias de usuários de Caps a resolver problemas de segurança</b>

**Legenda**

*Letras em itálico destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogos*

**Letras hachuradas destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Social**



### 3.4.1 Descobertas sobre avaliar processo de aprendizagem relacionado a processos comportamentais, organizar e analisar dados coletados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais e avaliar intervenções em comportamentos como quartos elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Caps a partir de documentos oficiais

*Coletar dados relevantes à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps, Desenvolver condições de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de usuários de Caps e Executar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em Caps.* Essas classes gerais de comportamentos só são pertinentes quando seguidas por outras que vão constituir cada tipo de atuação do profissional psicólogo (Silva, 2010). Essas classes de comportamentos são fundamentais como “prática”, muitas vezes configurando um papel profissional de psicólogo, contudo elas são componentes de processos de intervir diretamente, produzir conhecimento e aprendizagem.

Na Figura 3.4 estão representadas as 27 classes de comportamentos do profissional psicólogo derivadas a partir das descrições da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) quanto a *Organizar e analisar dados coletados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais em Caps, Avaliar processo de aprendizagem relacionado a processos comportamentais em Caps e Avaliar intervenções diretas realizadas em relação a processos comportamentais em Caps.* As três classes gerais estão distribuídas por tipo de descrição: Psicólogos, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional.

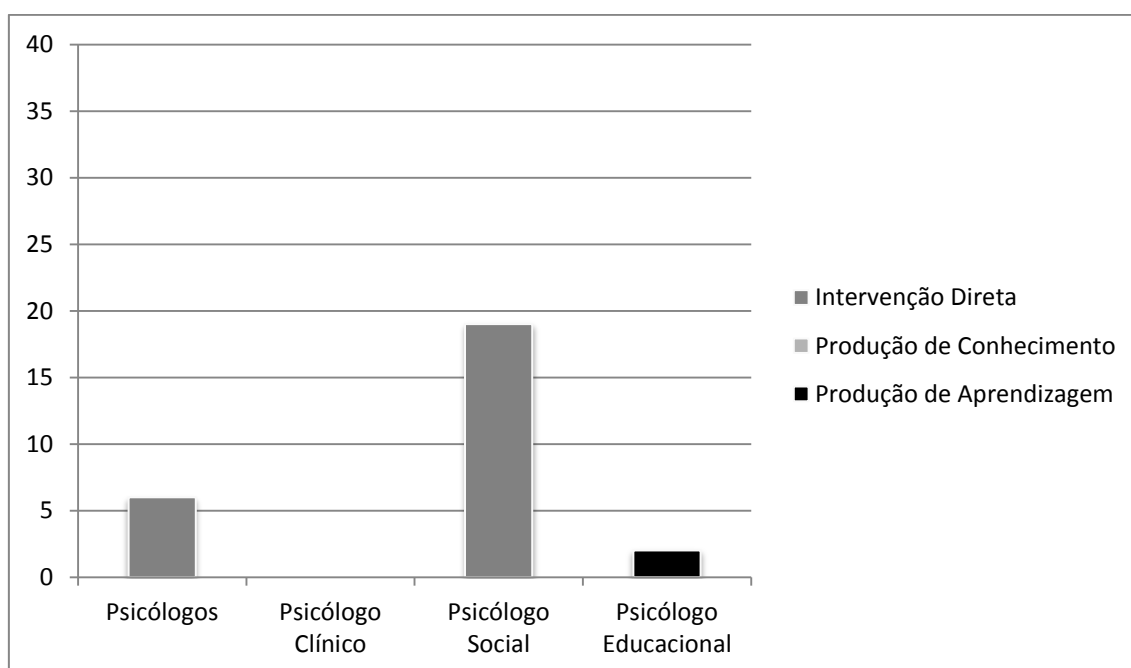


Figura 3.4 Distribuição das classes de comportamentos derivadas das descrições de cada tipo de psicólogo da CBO quanto à caracterizar necessidades de aprendizagem, delimitar

problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais e caracterizar necessidades de alterações em processos comportamentais em Caps

A descrição de Psicólogo Educacional (n=2) levou à derivação de dois comportamentos relativos a *avaliar processo de aprendizagem relacionado a processos comportamentais em Caps*, quarto de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps*. A partir do método utilizado não foram derivados comportamentos relativos à *produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps*, sendo a Tabela 3.12 referente aos 25 comportamentos de Psicólogos (n=6) e de Psicólogo Social (n=19) relativos a *avaliar intervenções diretas realizadas em relação a processos comportamentais em Caps*, quarto de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps*. Os dados mais evidentes são a pequena quantidade de comportamentos derivados relativos a processos de aprendizagem e a inexistência de comportamentos relativos à produção de conhecimento, contrastando com os 25 comportamentos relativos à intervenção direta. 19 comportamentos foram derivados a partir da descrição de Psicólogo Social, seis comportamentos nessa etapa foram derivados de Psicólogos, dois de Psicólogo Educacional e nenhum para Psicólogo Clínico.

Quanto a avaliar intervenções em comportamentos de usuários de Caps, quarto elo de uma cadeia comportamental de intervenção do profissional psicólogo, chama a atenção que não foram derivados comportamentos da classe *organizar e analisar dados coletados para responder perguntas sobre processos comportamentais em Caps*, quarto elo da cadeia comportamental de intervenção indireta sobre processos comportamentais relativos à *produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps*. Psicólogo Educacional foi o único tipo de psicólogo a apresentar classes de comportamentos derivadas para a modalidade de produção de aprendizagem. O fato de não terem sido derivados comportamentos de Psicólogo Clínico para essa etapa pode indicar que avaliar as atividades desenvolvidas por esse tipo de profissional não é algo relevante à Classificação Brasileira de Ocupações. Pode-se chegar a uma conclusão similar para o psicólogo, pois a diferença de 76 comportamentos na etapa anterior para 27 nesta etapa é marcante.

Para Botomé e Rizzon (1997) a avaliação e a medida de fenômenos psicológicos, são pouco examinadas como problemas pelos profissionais e estudantes de psicologia, o que faz com que passem quase despercebidos nas atividades cotidianas do psicólogo, existindo uma necessidade de estudar e aprofundar o conhecimento crítico sobre esses processos, também

eles constituindo fenômenos. Fica claro que a CBO é insuficiente como indicador do que o psicólogo precisa desempenhar como profissional seja em um Caps ou qualquer outro local. Para Gusso (2009), avaliar é mais do que simplesmente medir o desempenho, pois para avaliar a intervenção profissional, o profissional necessita analisar variáveis, planejar procedimentos, instrumentos e recursos para mensurá-las; caracterizar a situação existente, comparar os resultados produzidos e os objetivos planejados; avaliar apropriação dos instrumentos, recursos e procedimentos utilizados para mensurar cada variável.

Silva e Botomé (2003) evidenciam que a avaliação não é só um conjunto de técnicas utilizadas para conhecer um fenômeno específico. Eles acentuam que a avaliação produz um conhecimento próprio que, além de instrumentalizar uma possível intervenção, serve para realimentar a própria atividade de avaliar. É relevante que os projetos de curso apresentem comportamentos que indiquem e orientem aos alunos e futuros profissionais avaliem o fenômeno psicológico e também a sua intervenção profissional considerando que esse um processo crítico e que tem decorrências sobre a qualidade do serviço prestado a sociedade.

No que se refere à pesquisa, Viecili (2008) afirma que não há dúvidas de que as informações coletadas necessitam de organização e análise para que dados possam ser evidenciados. A distinção clara sobre as competências requeridas para organizar e analisar dados é requisito para organizar um sistema comportamental que seja orientador da formação científica de psicólogos. A proposição de um sistema comportamental exige que as classes gerais de comportamentos sejam organizadas em acordo com a função de cada uma. Nesse sentido, a organização de um sistema comportamental para apresentar classes de comportamentos que constituem organizar e analisar dados necessita contemplar outras classes gerais de comportamentos relacionadas à tabular, tratar e descrever dados e possibilita identificar a sequência em que ocorrem esses cinco conjuntos de classes de comportamentos. Longe disso, as descrições da CBO levam apenas 27 classes de comportamentos, 19 delas de Psicólogo Social.

Segundo Silva (2010) avaliar significa fazer uma apreciação cuidadosa, de modo a permitir a formação de uma opinião, de um juízo justo e correto. Como saber se a atuação do psicólogo foi coerente com o planejado quando tão poucas classes de comportamentos foram derivadas para os tipos de psicólogo, sendo que sequer foram derivadas classes de comportamentos relativas a *Organizar e analisar dados coletados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais em Caps?* De acordo com Gusso (2009) avaliar intervenções profissionais realizadas é condição necessária para aperfeiçoá-las e melhorar a qualidade dos serviços prestados e produtos elaborados pelo psicólogo à sociedade. Avaliar

uma intervenção é produzir conhecimento sobre o trabalho realizado e os métodos de pesquisa científica são, por excelência, os melhores recursos disponíveis para isso.

### **3.5 Aperfeiçoar processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais, interpretar dados analisados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais e aperfeiçoar processos de mudança de comportamentos como quintos elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial a partir de documentos oficiais**

Seguindo-se à avaliação de processos de aprendizagem relacionados a processos comportamentais, organização e análise de dados coletados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais e avaliação de intervenções em comportamentos de usuários de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) como quartos elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Caps a partir de documentos oficiais é proposto um quinto elo para cada cadeia comportamental de intervenção do profissional psicólogo. As classes de comportamentos derivadas da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) que constituem os quintos elos das cadeias comportamentais de intervenção do profissional psicólogo e para cada uma das três modalidades de intervenção em Caps estão apresentadas nas tabelas 3.13, 3.14 e 3.15.

Na Tabela 3.13 são apresentadas as classes de comportamentos do quinto elo de uma cadeia comportamental, em um processo de intervenção indireta sobre processos comportamentais sob o nome de *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps*. Na Tabela 3.14 são apresentados os comportamentos do quinto elo de uma cadeia comportamental, em um processo de intervenção indireta sobre processos comportamentais sob o nome de *produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps*. Na Tabela 3.15 são apresentados os comportamentos do quinto elo de uma cadeia comportamental, em um processo de intervenção direta sobre processos comportamentais sob o nome *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps*.

Na Tabela 3.13 são apresentados quatro comportamentos da classe *aperfeiçoar processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial*, quinto de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de centros de atenção psicossocial*. Os comportamentos 1 e 2 provém da descrição de Psicólogo Social, os comportamentos 3 e 4 são originários da descrição de Psicólogo Educacional. Nas descrições de Psicólogos e Psicólogo Clínico não foram encontrados comportamentos componentes desse elo da cadeia de comportamentos em exame. Dois comportamentos (1 e 2) referem-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos dos usuários. Dois

comportamentos (3) referem-se a comportamentos do profissional relativos a processos educacionais de usuários de centros de atenção psicossocial.

Tabela 3.13

Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps, ao aperfeiçoar processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais

1-Supervisionar mudanças de processos comportamentais interpessoais de usuários de Caps em centros comunitários
2-Supervisionar mudanças de processos comportamentais intergrupais em usuários de Caps em centros comunitários
<b>3-Adaptar planos de ensino para usuários de Caps</b>
<b>4-Adaptar procedimentos de ensino para usuários de Caps</b>
<b>Legenda</b>
Letras hachuradas destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Social
<b>Letras negritadas destacam comport. derivados da ocupação de Psicólogo Educacional</b>

Na Tabela 3.14 são apresentados sete comportamentos da classe *interpretar dados analisados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais centros de atenção psicossocial*, quinto de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em centros de atenção psicossocial*. Os comportamentos de 1 a 6 provêm da descrição de Psicólogos, o comportamento 7 é originários da descrição de Psicólogo Clínico apresentada na Classificação Brasileira de Ocupações. Nas descrições de Psicólogo Social e Psicólogo Educacional não foram encontrados comportamentos componentes desse elo da cadeia de comportamentos em exame. Dois comportamentos (3 e 6) referem-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos de profissionais que trabalham com usuários de centros de atenção psicossocial. Dois comportamentos (4 e 5) referem-se a comportamentos de intervenção por meio de condições que afetam processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial. Três comportamentos (1, 2 e 7) referem-se a Comportamentos voltados a lidar com comportamentos dos usuários.

Tabela 3.14

Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps, ao interpretar dados analisados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais

<i>1-Avaliar se as informações produzidas possibilitam identificar no que ajudar os usuários de Caps quanto aos processos comportamentais</i>
<i>2-Avaliar se as informações produzidas possibilitam identificar no que ajudar os familiares de Caps quanto aos processos comportamentais</i>
<i>3-Avaliar se as informações produzidas possibilitam identificar no que ajudar os profissionais de Caps quanto aos processos comportamentais</i>
<i>4-Avaliar se as informações produzidas possibilitam identificar no que ajudar os usuários de Caps quanto às condições que afetam processos comportamentais</i>
<i>5-Avaliar se as informações produzidas possibilitam identificar no que ajudar os familiares de Caps quanto às condições que afetam processos comportamentais</i>
<i>6-Avaliar se as informações produzidas possibilitam identificar no que ajudar os profissionais de Caps quanto às condições que afetam processos comportamentais</i>
7-Predizer a probabilidade de ocorrência de processos comportamentais em usuários de Caps

<b>Legenda</b>
<i>Letras em itálico destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogos</i>
Letras comuns destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Clínico

Na Tabela 3.15 são apresentados quatro comportamentos da classe *aperfeiçoar intervenções relacionadas a processos comportamentais a partir de dados de avaliação em centros de atenção psicossocial*, quinto de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial*. O comportamento 1 provêm da descrição de Psicólogos, os comportamentos 2, 3 e 4 são originários da descrição de Psicólogo Clínico apresentada na Classificação Brasileira de Ocupações. Nas descrições de Psicólogo Social e Psicólogo Educacional não foram encontrados comportamentos componentes desse elo da cadeia de comportamentos em exame. Um comportamento (1) refere-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos dos usuários. Um comportamento (2) refere-se a comportamentos do profissional relativos a processos educacionais de usuários de centros de atenção psicossocial. Dois comportamentos (3 e 4) refere-se a comportamentos de intervenção por meio de condições que afetam processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial.

Tabela 3.15

Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps, ao aperfeiçoar intervenções relacionadas a processos comportamentais a partir de dados de avaliação

<p><i>1-Aprimorar procedimentos que compõem processos de desenvolvimento de comportamentos próprios à vida em sociedade em usuários de Caps</i></p> <p>2-Identificar quais os processos comportamentais concorrentes aos que foram planejados a serem desenvolvidos em usuários de Caps em ambiente escolar</p> <p>3-Identificar quais as condições facilitadoras envolvidas em processos comportamentais de usuários de Caps implementados em ambiente escolar</p> <p>4-Identificar quais as condições dificultadoras envolvidas em processos comportamentais de usuários de Caps implementados em ambiente escolar</p>
<b>Legenda</b>
<p><i>Letras em itálico destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogos</i></p> <p>Letras comuns destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Clínico</p>

### **3.5.1 Descobertas sobre aperfeiçoar processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais, interpretar dados analisados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais e aperfeiçoar processos de mudança de comportamentos como quintos elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Caps a partir de documentos oficiais**

Quanto ao processo de produção de conhecimento, Viecili (2008) indica que a exigência de que pesquisadores necessitam interpretar dados é óbvia. Contudo, não é óbvio o conhecimento sobre o que profissionais necessitam aprender para interpretar dados. Com a explicitação do que consiste o desenvolvimento da classe de comportamentos interpretar dados pode ser facilitado, tanto para os psicólogos envolvidos nesse processo quanto aos gestores. O mesmo raciocínio pode ser aplicado a outras modalidades de intervenção do psicólogo em Caps. Organizar as condições necessárias para que essas classes sejam desenvolvidas por profissionais de psicologia pode ajudar a promover melhores comportamentos em usuários de Caps.

A partir da *Organização e análise de dados coletados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais em Caps*, da *Avaliação de processos de aprendizagem relacionados a processos comportamentais em Caps* e da *Avaliação de intervenções diretas realizadas em relação a processos comportamentais em Caps* é coerente que ocorram outras classes gerais de comportamentos: *Aperfeiçoar processos de mudança de comportamentos de usuários de Caps*, *Aperfeiçoar processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais de usuários de Caps* e *interpretar dados analisados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais em Caps*. Na Figura 3.5 estão representadas as 15 classes de comportamentos do profissional psicólogo derivadas a partir das descrições da Classificação



Brasileira de Ocupações (CBO). As três classes gerais estão distribuídas por tipo de descrição: Psicólogos, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional.

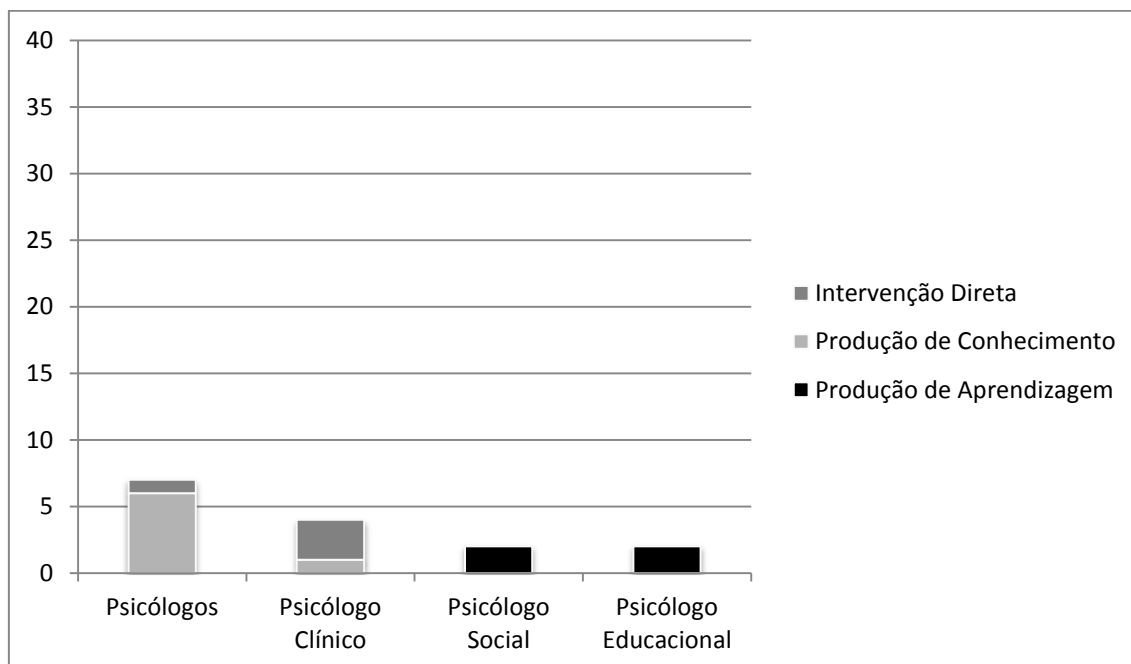


Figura 3.5 Distribuição das classes de comportamentos derivadas das descrições de cada tipo de psicólogo da CBO quanto a aperfeiçoar processos de mudança de comportamentos de usuários de Caps, aperfeiçoar processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais de usuários de Caps e interpretar dados analisados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais em Caps

Psicólogo Social (n=2) e Psicólogo Educacional (n=2) apresentaram quatro classes de comportamentos relativas a *aperfeiçoar processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais de usuários de Caps*, quinto de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps*. Psicólogos (n=6) e Psicólogo Clínico (n=1) apresentaram sete comportamentos, relativos a *interpretar dados analisados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais Caps*, quinto de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps*. Psicólogos (n=1) e Psicólogo Clínico (n=3) apresentaram quatro classes de comportamentos relativas a *aperfeiçoar intervenções relacionadas a processos comportamentais a partir de dados de avaliação em Caps*, quinto de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps*.

Os dados mais evidentes são a pequena quantidade de comportamentos derivados para o quinto elo das cadeias comportamentais de intervenção do profissional psicólogo e

como são atribuídos comportamentos relativos à aprendizagem somente para Psicólogo Educacional e Psicólogo Social, enquanto a produção de conhecimento e a intervenção direta ficam a cargo da descrição geral de Psicólogos e Psicólogo Clínico

A baixa ocorrência de classes de comportamentos derivadas da CBO para essas classes gerais pode indicar problemas na formação dos psicólogos. Sobre a modalidade de intervenção indireta por meio de produção de conhecimento sobre processos comportamentais, Viecili (2008) afirma que interpretar dados constitui uma classe geral de comportamentos que envolvem conhecimentos científicos e filosóficos. O conhecimento filosófico é necessário como recurso para que profissionais possam desenvolver capacidades relativas a relacionar diferentes informações e concluir a partir dessa relação. Para evitar que relações entre diferentes informações produzam conclusões inconsistentes ou inadequadas, é necessário que pesquisadores conheçam os recursos da lógica para a construção de argumentos. Nesse sentido, para que profissionais de psicologia sejam capazes de interpretar dados é necessário que nos cursos de graduação sejam asseguradas condições para o desenvolvimento de conhecimentos acerca da Filosofia e do modo de produzir conhecimento filosófico. Uma das definições de interpretar apresentada por Abbagnanno (2007) é a de que esse é um meio de conhecer o que é novo ou desconhecido a partir do que é conhecido, formando conclusões. As 15 classes derivadas podem indicar que muito pouco tem sido feito nesse sentido e que as premissas que fundamentam conclusões sobre os procedimentos adotados no processo de intervenção do psicólogo em Caps podem ser insuficientes

### **3.6 Comunicar descobertas feitas sobre processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais, comunicar conhecimento produzido sobre processos comportamentais e comunicar descobertas sobre comportamentos como sextos elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial a partir de documentos oficiais**

Seguindo-se ao aperfeiçoamento de processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais, interpretação de dados analisados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais e aperfeiçoamento de processos de mudança de comportamentos de usuários de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) como quintos elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Caps a partir de documentos oficiais é proposto um sexto e último elo para cada cadeia comportamental de intervenção do profissional psicólogo. As classes de comportamentos derivadas da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) que constituem os sextos elos das cadeias comportamentais de intervenção do profissional psicólogo e para cada uma das três modalidades de intervenção em Caps estão apresentadas nas tabelas 3.16, 3.17 e 3.18.

Na Tabela 3.16 são apresentadas as classes de comportamentos do sexto elo de uma cadeia comportamental, em um processo de intervenção indireta sobre processos comportamentais sob o nome de *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps*. Na Tabela 3.17 são apresentadas as classes de comportamentos do sexto elo de uma cadeia comportamental, em um processo de intervenção indireta sobre processos comportamentais sob o nome de *produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em centros de atenção psicossocial*. Na Tabela 3.18 são apresentadas as classes de comportamentos do sexto elo de uma cadeia comportamental, em um processo de intervenção direta sobre processos comportamentais sob o nome *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial*.

Na Tabela 3.16 é apresentado um comportamentos da classe *comunicar descobertas feitas sobre processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial*, último de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de centros de atenção psicossocial*. O comportamento 1 provém da descrição de Psicólogos. Nas descrições de Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional não foram encontrados comportamentos componentes desse elo da cadeia de comportamentos em exame. O único comportamento (1) refere-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos de pessoas que afetam comportamentos de usuários.

Tabela 3.16

Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps, ao comunicar descobertas feitas sobre processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais

*1-Organizar informações sobre processos comportamentais de pessoas que afetam os processos comportamentais de usuários de Caps*

<b>Legenda</b>
<i>Letras em itálico destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo</i>

Na Tabela 17 são apresentados 11 comportamentos da classe *comunicar conhecimento produzido sobre processos comportamentais em centros de atenção psicossocial*, último de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de centros de atenção psicossocial*. Os comportamentos de 1 a 9 provêm da descrição de Psicólogos, os comportamentos 10 e 11 são originários da descrição de Psicólogo Social apresentada na Classificação Brasileira de Ocupações. Nas descrições de Psicólogo Clínico e Psicólogo Educacional não foram encontrados comportamentos componentes desse elo da cadeia de comportamentos em exame. Dois comportamentos (7 e 8) referem-se a comportamentos de intervenção por meio de condições que afetam processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial. Nove comportamentos (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10 e 11) referem-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos dos usuários, desses um comportamento (2) refere-se a comportamentos voltados lidar com comportamentos de familiares que afetam comportamentos de usuários e outro (3) a comportamentos voltados lidar com comportamentos de profissionais que afetam comportamentos de usuários, os comportamentos 6 e 9 podem envolver informações que sirvam para alteração de comportamentos de profissionais, familiares ou usuários por meio de outros profissionais ou no trabalho em equipe.

Tabela 3.17

Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps, ao comunicar conhecimento produzido sobre processos comportamentais

<p><i>1-Informar aos demais profissionais dos Caps sobre o que foi descoberto a fim de produzir mudanças nos processos comportamentais de usuários</i></p> <p><i>2-Informar aos demais profissionais dos Caps sobre o que foi descoberto a fim de produzir mudanças nos processos comportamentais de familiares</i></p> <p><i>3-Informar aos demais profissionais dos Caps sobre o que foi descoberto a fim de produzir mudanças nos processos comportamentais de profissionais</i></p> <p><i>4-Informar aos usuários sobre os processos comportamentais descobertos</i></p> <p><i>5-Informar aos familiares sobre os processos comportamentais descobertos</i></p> <p><i>6-Informar aos profissionais sobre os processos comportamentais descobertos</i></p> <p><i>7-Informar aos usuários sobre as condições de manutenção dos processos comportamentais descobertos</i></p> <p><i>8-Informar aos familiares sobre as condições de manutenção dos processos comportamentais descobertos</i></p> <p><i>9-Informar aos profissionais sobre as cond. de manutenção dos processos comportamentais descobertos</i></p> <p>10-Apresentar documentos [laudos, pareceres, etc ] sobre processos comportamentais de usuários de Caps a fim de auxiliar a Justiça na aplicação da lei</p> <p>11-Apresentar depoimentos sobre processos comportamentais de usuários de Caps a fim de auxiliar a Justiça na aplicação da lei</p>
--

<b>Legenda</b>
<i>Letras em itálico destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogos</i>
Letras hachuradas destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogo Social

Na Tabela 3.18 são apresentados três comportamentos da classe *comunicar descobertas feitas em intervenções em processos comportamentais em centros de atenção psicossocial*, último de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial*. Os comportamentos 1, 2 e 3 provêm da descrição de Psicólogos apresentada na Classificação Brasileira de Ocupações. Nas descrições de Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional não foram encontrados comportamentos componentes desse elo da cadeia de comportamentos em exame. Um comportamento (1) refere-se a comportamentos de intervenção por meio de condições que afetam processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial. Dois comportamentos (2 e 3) referem-se a comportamentos voltados a lidar com comportamentos dos usuários.

Tabela 3.18

Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps, ao comunicar descobertas feitas em intervenções em processos comportamentais

<i>1-Organizar informações sobre procedimentos utilizados na implementação de condições que interferem em processos comportamentais em usuários de Caps</i>
<i>2-Organizar informações sobre procedimentos utilizados no desenvolvimento de processos comportamentais em usuários de Caps</i>
<i>3-Comunicar descobertas obtidas no processo de desenvolvimento de comportamentos próprios à vida em sociedade em usuários de Caps</i>

<b>Legenda</b>
<i>Letras em itálico destacam comportamentos derivados da ocupação de Psicólogos</i>

### **3.6.1 Descobertas sobre comunicar descobertas feitas sobre processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais, comunicar conhecimento produzido sobre processos comportamentais e comunicar descobertas sobre comportamentos como sextos elos das cadeias comportamentais desenvolvidas pelo profissional psicólogo em Caps a partir de documentos oficiais**

Botomé e col. (2003) ao sistematizarem as classes comportamentais do psicólogo em relação à produção de alterações em processos comportamentais apresentam seis classes gerais de comportamentos para cada modalidade de intervenção profissional do psicólogo. A quinta classe geral para cada modalidade de intervenção do psicólogo em Caps corresponde a *Coletar dados relevantes à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps, Desenvolver condições de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de usuários de Caps e Executar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em Caps*. Sendo que os últimos elos para as cadeias comportamentais de intervenção direta e indireta do psicólogo: *Planejar coleta de dados relativos à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps, Construir condições de aprendizagem (de terceiros) relacionada a processos comportamentais de usuários de Caps e Projetar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em Caps*.

Na Figura 3.6 estão representadas as 15 classes de comportamentos do profissional psicólogo derivadas a partir das descrições da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) quanto a *comunicar descobertas feitas sobre processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais de usuários de Caps, comunicar conhecimento produzido sobre processos comportamentais em Caps e comunicar descobertas feitas em intervenções em processos comportamentais em Caps*. As três classes gerais estão

distribuídas por tipo de descrição: Psicólogos, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional.

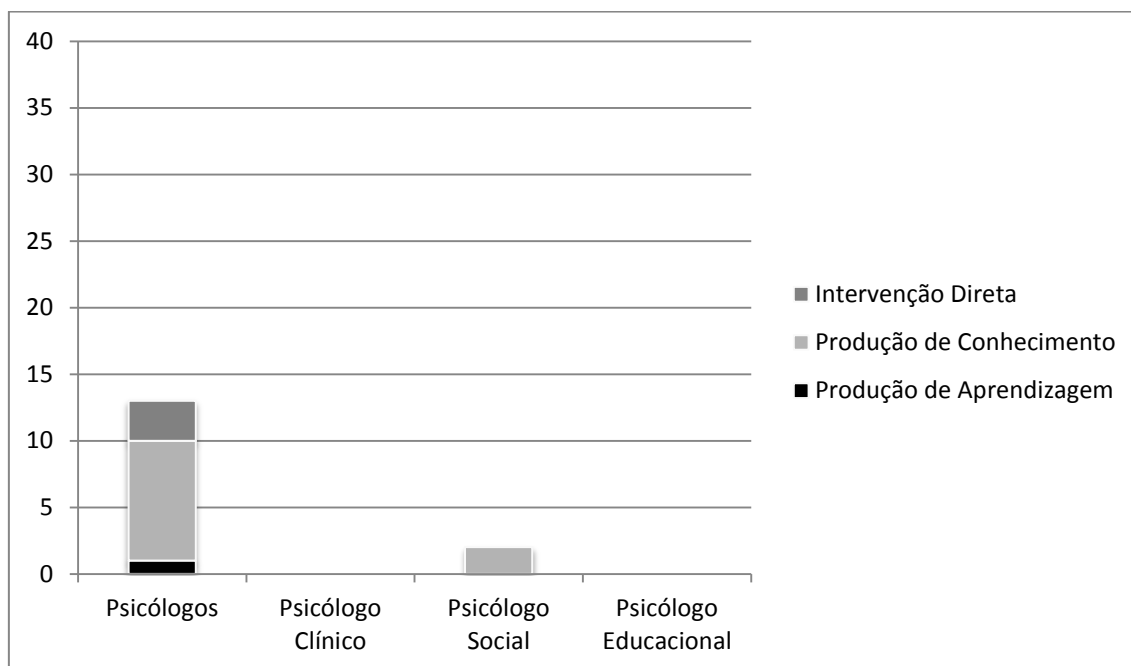


Figura 3.6 Distribuição das classes de comportamentos derivadas das descrições de cada tipo de psicólogo da CBO quanto a comunicar descobertas feitas sobre processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais de usuários de Caps, comunicar conhecimento produzido sobre processos comportamentais em Caps e comunicar descobertas feitas em intervenções em processos comportamentais em Caps

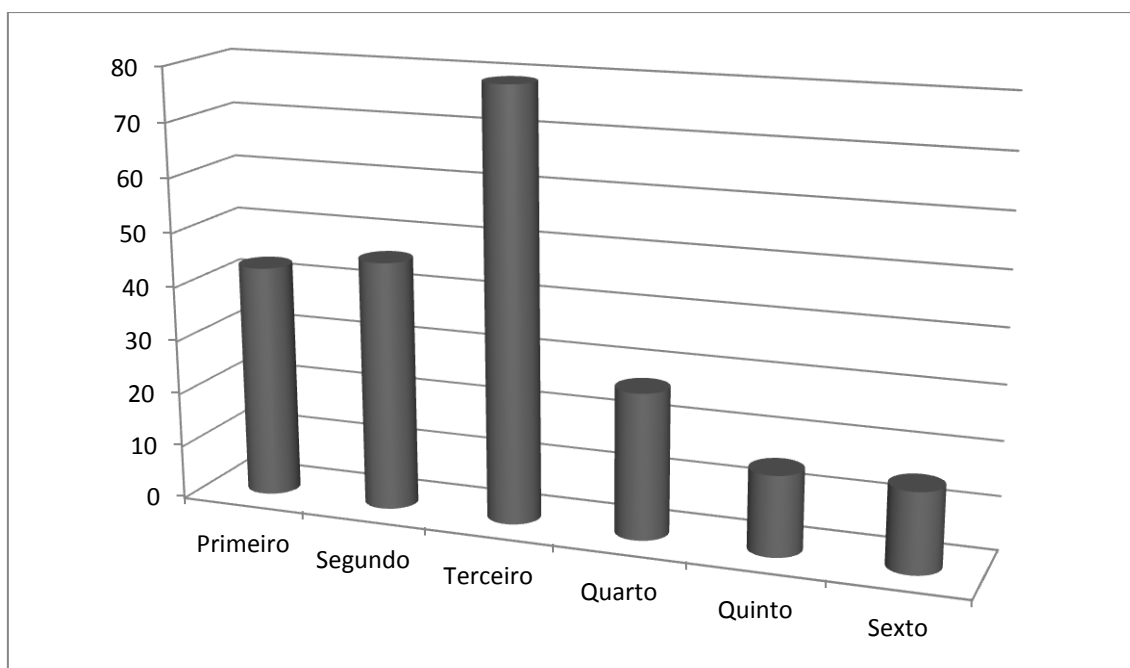
Foram derivados 15 comportamentos da CBO quanto aos sextos elos das cadeias comportamentais de intervenção do profissional de psicólogo. A descrição de Psicólogos levou à derivação de um comportamento relativo a *comunicar descobertas feitas sobre processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais de usuários de Caps*, último de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps*. Psicólogos (n=9) e Psicólogo Social (n=2) apresentaram 11 comportamentos, relativos a *comunicar conhecimento produzido sobre processos comportamentais em Caps*, último de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de centros de atenção psicossocial* e Psicólogos (n=3) foi o único a apresentar comportamentos relativos a *comunicar descobertas feitas em intervenções em processos comportamentais em Caps*, último de seis elos da cadeia geral de comportamentos relativos à *produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial*.

Botomé e Kubo (2001) salientam a importância de que o profissional sistematize o conhecimento existente e torne esse conhecimento existente acessível a diferentes tipos de

peças com clareza, precisão e fidedignidade. Os comportamentos são relevantes tanto para o exercício profissional de quem faz a intervenção como para o desenvolvimento da profissão. Mattana (2004), Viecili (2008) e Silva (2010) também consideram fundamental que os profissionais consigam diferenciar e, além disso, estejam aptos a fazer dois tipos de comunicação ao intervir profissionalmente como profissionais: comunicar às pessoas diretamente relacionadas aos resultados de sua intervenção profissional (usuários, gestor da organização na qual intervêm, colegas de trabalho) e o segundo tipo é a comunicação científica, a qual se presta ao desenvolvimento do campo de atuação profissional. Quando é verificado que as classes gerais de comportamento relativas a comunicar resultados são as com menor quantidade de classes de comportamentos, apresentadas somente para intervenção indireta por meio de ensino na descrição mais genérica de Psicólogos e um dos tipos mais específicos, Psicólogo Social, pode-se afirmar que as descrições da CBO precisam ser reformuladas para que as intervenções do psicólogo em Caps possa ser um tipo de unidade de saúde mais relevante para a sociedade.

### 3.7 As classes gerais de comportamentos derivadas das três modalidades de intervenção do psicólogo em Caps a partir de documentos oficiais

Na Figura 3.7 estão representadas as quantidades de classes de comportamento derivadas das descrições de atribuições de psicólogo (*Psicólogos, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional*).

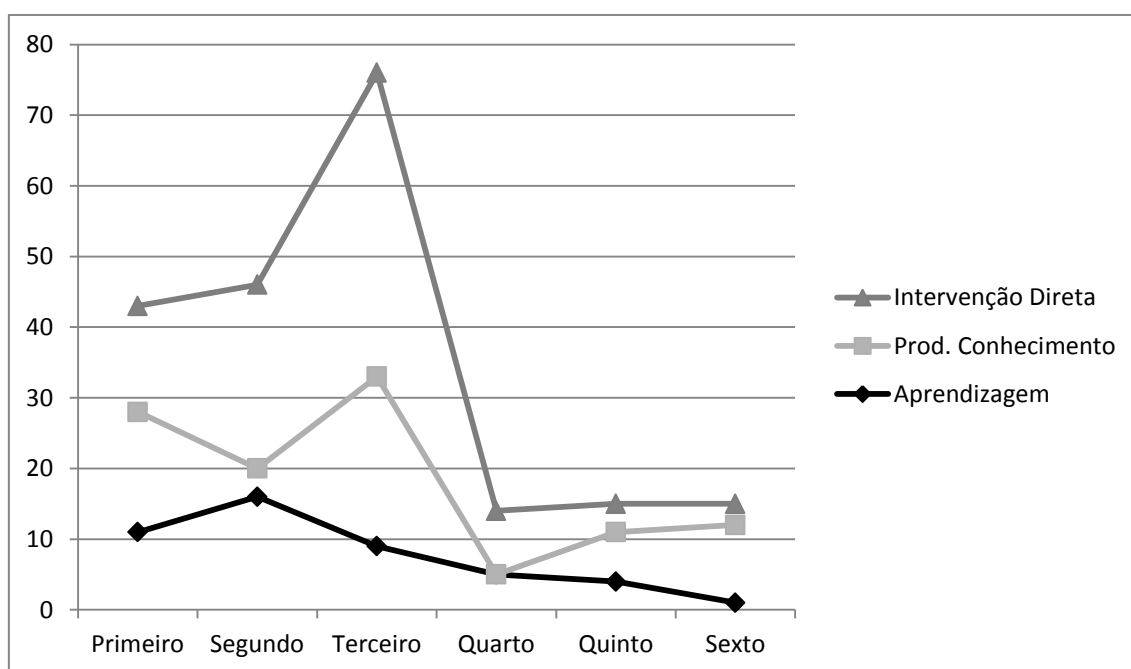


**Figura 3.7** Quantidade de classes de comportamentos encontradas pra cada um dos elos das cadeias comportamentais derivadas da descrição de psicólogo na CBO



O primeiro elo (n = 43) teve 19% das classes de comportamentos derivadas, o segundo elo (n = 46) teve 20%, o terceiro elo (n = 79%) teve 35% , o quarto elo (n = 27%) teve 12%, o quinto elo teve 15% e o sexto e 'ultimo elo tamb'em teve 15% das classes de comportamentos derivadas das descrições de *Psicólogos*, *Psicólogo Clínico*, *Psicólogo Social* e *Psicólogo Educacional* que compõem a CBO (2002).

Na Figura 3.8 estão representadas as quantidades de classes de comportamento derivadas das descrições de atribuições de psicólogo (*Psicólogos*, *Psicólogo Clínico*, *Psicólogo Social* e *Psicólogo Educacional*), distribuídas conforme as modalidades de intervenção: produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps (“Prod. Conhecimento”), produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps (“Aprendizagem”) e produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps (Intervenção Direta)



**Figura 3.8** Distribuição das classes de comportamentos de psicólogo derivadas da CBO por modalidade de intervenção

Na Tabela 3.19 estão representadas as classes de comportamentos derivadas das descrições da CBO (2002) quanto às três modalidades de intervenção do psicólogo.

Tabela 3.19

Distribuição de classes de comportamentos do profissional psicólogo derivadas da CBO quanto à produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps (A), produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps (PC) e produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps (ID)

Psicólogos				Psicólogo Clínico			Psicólogo Social			Psicólogo Educacional		
	A	PC	ID	A	PC	ID	A	PC	ID	A	PC	ID
1	9	12	12	0	3	0	2	0	1	0	2	2
2	2	0	3	0	1	0	3	0	21	11	3	2
3	1	6	7	6	3	9	2	5	24	0	10	3
4	0	0	6	0	0	20	3	0	0	2	0	0
5	0	6	1	0	1	3	2	0	0	2	0	0
6	1	9	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0

Pode-se observar a discrepância entre a proposta de cadeias comportamentais contínuas propostas por Botomé e Kubo (2004), Vicili (2008), Kienen (2008) e Silva (2010) e o que foi apresentado como descrição dos tipos de cargos de psicólogo que trabalham em Caps.

Foram derivadas 225 classes de comportamentos das descrições de ocupações de *Psicólogos*, *Psicólogo Clínico*, *Psicólogo Social* e *Psicólogo Educacional*, a partir do método utilizado. *Psicólogos* é a categoria que apresenta maior coerência, considerando a ocorrência de comportamentos na maior quantidade de os elos das cadeias como meio de avaliação de coerência, com comportamentos distribuídos entre quase todos os elos das modalidades de intervenção. Contudo, para processos de aprendizagem, *Psicólogos* apresenta comportamentos de identificação de necessidades, planejamento, intervenção e comunicação de resultados, mas não são encontrados comportamentos relativos à organização, análise e interpretação de dados. O *Psicólogo Clínico* praticamente não auxilia outros profissionais a lidar com comportamento e não comunica as descobertas em quaisquer modalidades de intervenção. Ocorre identificação de necessidades e planejamento somente quanto à intervenção indireta como pesquisa. O *Psicólogo Social* trabalharia muito mais no desenvolvimento de comportamentos em outros profissionais que lidam com comportamento humano, a intervenção direta ocorreria somente até a intervenção propriamente dita (como o *Psicólogo Educacional*). O *Psicólogo Social* Foi o único a apresentar comportamento referente a comunicar suas descobertas, quanto à produção de conhecimento, mas sem caracterização de necessidades, planejamento, avaliação ou aperfeiçoamento. O *Psicólogo Educacional* apresenta comportamentos de desenvolvimento

de comportamentos em outros profissionais que a descrição geral de *Psicólogos* não apresenta. Contudo, a descrição desse tipo de psicólogo não apresentou comportamentos em metade dos elos relativos a “aprendizado” sem que fossem derivados comportamentos em que o *Psicólogo Educacional* avalie, aperfeiçoe ou comunique resultados de suas intervenções. De modo geral, os elos de cadeias comportamentais para as quais foram derivados menos comportamentos foram as que envolviam avaliação, aperfeiçoamento e comunicação das descobertas ou conhecimento produzido, revelando uma grande lacuna que pode, dentre outros motivos, ser resultado de uma formação insuficiente, exercício profissional baseado em atividades ou algum problema quanto ao método de produção das descrições da CBO.

## IV

**CLASSES DE COMPORTAMENTOS DE PSICÓLOGOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DERIVADAS DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES**

Como é estruturada a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (Brasil, 2002)? Além de classificar tipos de profissões, a CBO apresenta classes de comportamentos para essas profissões? No que a CBO pode ajudar a definir quais as classes de comportamentos que o psicólogo deve apresentar em Centros de Atenção Psicossocial (Caps)? As descrições de atividades profissionais da CBO são agrupadas em conjuntos chamados “famílias”, sendo que a família *Psicólogos* é composta por diferentes tipos de psicólogos, dentre os quais foram selecionados os que compõem equipes de Caps (Brasil, 2012): *Psicólogo Clínico* e *Psicólogo Social*, além da descrição de *Psicólogo Educacional*.

Para Ramos e cols. (2000), campo de atuação refere-se às possibilidades de atuação de cada tipo de profissional em função das necessidades sociais e configura os limites do campo de atuação de uma profissão. Difere do conceito de mercado de trabalho, que se define pelas ofertas de emprego existentes em uma determinada época. Enquanto o mercado de trabalho define-se pelas demandas existentes para os profissionais, o campo de atuação profissional define-se pelas necessidades sociais e pelas possibilidades de atuação, mesmo aquelas que ainda não se apresentam como demandas. O fato das descrições da CBO não serem apresentadas em categorias suficientemente organizadas como processos de intervenção sobre comportamento humano, mas como conjuntos de atividades que não caracterizam a função dos profissionais psicólogos, mas atividades genéricas voltadas à rotina dos Caps como mercado de trabalho, a atender a demandas, pode indicar problemas quanto à avaliação do que é necessário ao psicólogo desempenhar e indica a necessidade de que comportamentos profissionais identificados.

As descrições da CBO poderiam definir comportamentos profissionais de psicólogos, contudo, os parágrafos das descrições são conjuntos de sentenças longas, com vários verbos, alguns deles substantivados de modo a tornar as atividades fim em si mesmas. Muitas das sentenças sequer têm relação direta com o fenômeno psicológico. As sentenças foram decompostas, utilizando os verbos e complementos disponíveis a fim de derivar nomes de classes de comportamentos profissionais. O método utilizado permitiu um panorama geral dos comportamentos que possibilita que sejam derivadas as classes de comportamentos que preenchem as lacunas encontradas na CBO.

#### 4.1 O psicólogo e a sua função profissional nos Centros de Atenção Psicossocial

Quem é a população atendida em Caps? Quais os comportamentos que ocorrem nos usuários? Quais os meios de melhorar as condições de saúde dessa população? Identificar necessidades de intervenção sobre processos comportamentais dos usuários é o primeiro elo de cada cadeia comportamental que pode responder a essas perguntas, possibilitando ao psicólogo identificar quais os comportamentos profissionais necessários ao exercício de sua função. As intervenções devem ser voltadas à população para a qual a unidade foi construída, agir a partir de impressões ou suposições leva a uma descaracterização da função dos Caps, as necessidades de saúde de seus usuários. Os comportamentos do profissional psicólogo podem ser considerados éticos quando há atribuição de direitos individuais e grupais, o reconhecimento desses direitos e a exigência por seu respeito no exercício da cidadania, considera-se a dimensão ética quando os objetivos compreendem os maiores benefícios para as pessoas (Teixeira, 1999; Wruk, 2004).

Dentre as descrições de psicólogos foram escolhidos: *Psicólogos* a fim de obter informações gerais da profissão, também foram escolhidas as categorias *Psicólogo clínico* e *Psicólogo Social*, pois constam como profissionais que realizam atividades nos Caps (Brasil, 2012). *Psicólogo Educacional* foi escolhido a fim de identificar comportamentos na modalidade de intervenção indireta por meio de ensino que provavelmente seriam necessários em Caps. A ocupação *Psicólogo Clínico* agrega os profissionais que estão inseridos no mercado de trabalho constituído no campo de atuação profissional da saúde. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2007, 2012, 2013c) O *Psicólogo Clínico* trabalha na atenção terciária em saúde, formada por hospitais. Também trabalha em ambulatórios que constituem a atenção primária, as unidades básicas de saúde e programas vinculados a elas. Outro âmbito de trabalho na saúde é a atenção secundária, composta por clínicas particulares e nos Caps. Uma modalidade reconhecida em 2012 como componente de atenção suplementar foram as Comunidades Terapêuticas, aonde o psicólogo realizaria um procedimento (Brasil, 2012). O Centro de Atenção Psicossocial é o tipo de unidade de saúde onde trabalham psicólogos que mais tem recebido incentivos do Ministério da Saúde para a sua expansão. As políticas públicas em saúde determinam que os profissionais que trabalham nos Caps visem a territorialização, inserção social e a retirada das pessoas com comportamentos patológicos de instituições asilares, eliminando gradualmente os leitos de hospitais psiquiátricos e incentivando a criação de leitos de “saúde mental” em hospitais gerais (Brasil, 2002). Mais que reproduzir atividades ou decorar teorias, o psicólogo deveria ser capaz de utilizar o conhecimento produzido em Psicologia

ou outra área de conhecimento para derivar comportamentos profissionais necessários a uma população. Bandeira (1992, citado em Kubo & Botomé, 2001) identifica várias atribuições do psicólogo, entre elas, a preparação do usuário para sua reinserção social e sua manutenção na comunidade, a orientação da família dos usuários, a preparação e orientação profissional do usuário, a realização de pesquisas e avaliação de programas, a participação na formação dos demais trabalhadores de “saúde mental” e a produção de informação à sociedade sobre aspectos relacionados à saúde mental. O psicólogo que trabalha no centro de atenção psicossocial é um dos profissionais de saúde voltados ao tratamento dos usuários do Sistema Único de Saúde em suas próprias comunidades, em posição contrária ao isolamento manicomial vigente até a segunda metade do século XX (Pesotti, 1999).

Quando ficam sob controle apenas do mercado de trabalho, a quem servem os psicólogos? Questionando os objetivos da Universidade quanto à graduação em Psicologia, Botomé (1979/2010) apresentou dados de que demonstravam que os psicólogos formados dedicavam-se a atividades que eram voltadas à uma pequena parcela da população, os 15% com mais recursos financeiros. Os 85% restantes não necessitariam do trabalho dos psicólogos? Com a implantação dos Caps foi aumentada a oferta de serviços realizados por psicólogos para pessoas com menos recursos. Contudo, são priorizados os caso de maior gravidade, também uma parcela menor da população. Muda o critério, mas o problema persiste: O que ocorre com os usuários para que cheguem aos Caps? O que está ocorrendo com o restante da população? Estariam as políticas públicas repetindo o mesmo tipo de problema, não pela renda, mas pelo tipo de problema apresentado pelas pessoas? As pessoas precisam adoecer para que algo seja feito pelas organizações de saúde financiadas pela Sociedade, como os Caps?

#### **4.2 Pra além da especialidade: as relações entre os Centros de Atenção Psicossocial e as unidades da Atenção Básica em saúde**

O fenômeno psicológico pode ser entendido como um sistema de relações entre o que um organismo faz, o ambiente que propicia esse fazer e o ambiente modificado pelo fazer, aumentando ou diminuindo a probabilidade de ocorrência de comportamentos similares no futuro (Skinner, 1953, 1971, 1989; Keller, 1965; Paviani & Botomé, 1993; Catania, 1999; Botomé, 2001). A intervenção sobre o fenômeno psicológico na Atenção Básica em Saúde geralmente é realizada por um profissional não-psicólogo, podendo ter alguma resolutividade mesmo sem um treinamento específico deste profissional. Os usuários podem mudar algum comportamento por meio de instruções generalizações de *bom senso* produzidas por profissionais de saúde não-psicólogos. A intervenção do psicólogo passa a

ser necessária quando as variáveis envolvidas são de observação mais complexa e os procedimentos necessários mais específicos mesmo quando inserido na Atenção Básica em Saúde.

O profissional psicólogo pode auxiliar os demais profissionais a lidar com o fenômeno psicológico em situações de menor complexidade, tornando-os mais resolutivos, dependendo menos de pareceres de *especialistas*. O psicólogo, em sua formação generalista para intervir em comportamento humano, também apresenta necessidade de formação complementar para ser agente efetivo em um campo de atuação profissional como o da saúde pública, precisa conhecer as condições de saúde da população e utilizar conhecimento de outras áreas do conhecimento como a Medicina e a Biologia.

Uma equipe profissional necessita ter objetivos comuns, claros e de intervenção conhecida por todos os integrantes, cada qual em seu nível de complexidade em relação às condições de saúde do usuário. O psicólogo tem intervenções diferenciadas de outros profissionais quanto ao comportamento do usuário devido sua capacitação específica sobre como lidar com esse fenômeno. *Identificar classes de comportamentos necessários (adequados, coerentes com) à vida em sociedade no repertório apresentado por usuários de Caps* (Tabela 3.4). Além disto, este mesmo profissional tem atividades comuns aos demais membros de sua equipe como *Caracterizar usuários de Caps* (Tabela 3.3) e intervenções que se sobrepõe às de outros profissionais, mas de menor especificidade como *Planejar currículos escolares voltados a usuários de Caps* (Tabela 3.5). Uma equipe de trabalho em saúde pública é organizada de modo que ocorra tanto a atenção específica de um tipo de profissional quanto a atenção de menos especificidade por outros profissionais, visto que uma equipe é mais que um *ajuntamento de pessoas* e o psicólogo pode e deve contribuir, em especial quando isso envolve comportamentos de seus colegas de trabalho relacionados aos cuidados com o usuário.

Atividades comuns a diferentes tipos de profissionais indicam a necessidade de uma especificidade quanto ao campo de atuação profissional da saúde, seja na Atenção Básica ou nos Caps. Para Kubo & Botomé (2001), a formação do psicólogo em saúde tem o predomínio de atividades clínicas, voltadas à atuação em consultórios particulares por meio de psicoterapia. Contudo, os psicólogos declaram que é necessário desempenhar outras atividades (CFP, 2010). A necessidade de uma equipe multiprofissional se deu nas políticas de Saúde no Brasil pela necessidade de ampliar as modalidades de tratamento, antes restritas aos procedimentos médicos, com destaque para a farmacoterapia e a internação (Dimenstein, 1998). Nas classes de comportamentos derivadas da CBO isso é levado a termo, com comportamentos como *Planejar, junto a equipes multiprofissionais, programas de*

*intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de trabalho* (Tabela 3.7); *Decidir em equipe a conduta a ser adotada pela equipe com os pacientes na entrada, permanência e alta hospitalar de modo que ocorra maior equilíbrio e proteção aos usuários de Caps e seus familiares* (Tabela 3.10); e *Avaliar, junto a equipes multiprofissionais, programas de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de saúde* (Tabela 3.12).

Procedimentos pouco claros como *Acolhimento em terceiro turno de pacientes de Caps* (Apêndice 2) são definidos como restritos a técnicos de enfermagem e enfermeiros em Unidade de Acolhimento (UA). Ainda que somente técnicos de enfermagem e enfermeiros estejam disponíveis, estes precisariam saber lidar com comportamento humano em algum grau, sem a necessidade de um psicólogo naquele momento. Além de “escutar” ou “falar com” os usuários em período noturno esses profissionais podem realizar intervenções sobre comportamento a partir de um PTS planejado, dentre outros, pelo psicólogo do Caps ad, a fim de que, por exemplo, *Organizar condições para desenvolver os procedimentos projetados para alteração em processos comportamentais de usuários de Caps*, em período noturno (Tabela 3.7) ocorra. Dada a limitação da quantidade de profissionais disponíveis, tais atividades multidisciplinares necessitam da multiplicidade de saberes e não necessariamente de uma multiplicidade de pessoas para a sua execução (Santos e col., 2009), é necessário que cada profissional esteja ciente de qual a sua função específica em uma equipe de saúde e no quanto pode auxiliar o usuário ao oferecer ou solicitar auxílio a outros tipos de profissional, os quais já desenvolveram comportamentos profissionais a partir de um tipo específico de conhecimento.

A resolução do CFP de número 15, de 13 de dezembro de 1996, considerando o psicólogo como profissional de saúde, instituiu e regulamentou a concessão de atestado psicológico para tratamento de saúde por problemas psicológicos (antes permitida apenas ao psiquiatra), bem como facultou ao psicólogo o uso do Código Internacional de Doenças (CID) ou outros códigos de diagnóstico, científica e socialmente reconhecidos, como fonte para enquadramento de diagnóstico (Dimenstein, 1998). Essa resolução mostra o quanto o psicólogo ainda está muito ligado ao modelo patológico de atuação em saúde, ocupando um espaço no mercado de trabalho existente, esforçando-se no ganho de espaço, de emprego. A atuação do psicólogo na Saúde Pública tende a repetir a realizada em clínicas particulares, produto de uma formação voltada a atender individualmente certas patologias. Não são as necessidades da população que são consideradas, mas o que é conhecido e cômodo para os profissionais, cabe o contraste entre “diagnosticar patologias” ou “fornecer atestados” conferidos pelo CFP e uma classe de comportamentos como *Desenvolver processos*



*comportamentais requeridos em ambientes de trabalho em usuários de Caps já inseridos nesses ambientes* (Tabela 10), a qual parece muito mais próxima de uma necessidade do usuário.

Lidar com as necessidades da população implica em produzir ações novas, em errar e ser questionado como profissional. Em intervenção descrita por Santos e col. (2009) as atividades utilizadas para atender a demanda por psicólogo nas estratégias saúde da família foram grupos, salas de espera, visitas domiciliares e atendimento individual. Andrade e Simon (2009) sugerem “que os descontentamentos dos profissionais não foram transformados em propostas e reivindicações fortes o suficiente para mudar tal situação.” de haver mais psicólogos na Atenção Especializada que na Atenção Básica, sob a ótica de um modelo patológico de saúde. Embora ocorra relato da necessidade de mudança, ao descrever a sua atuação na saúde pública, os psicólogos destacam um perfil eminentemente no modelo médico-patológico de trabalho, havendo, muitas vezes, apenas uma transposição da clínica particular tradicional para as instituições públicas. A predominância da Psicologia Clínica nos moldes de um consultório particular indica um reducionismo da compreensão dos processos de saúde (Dimenstein, 1998; Ronzani e Rodrigues, 2006). Talvez não haver procedimento específico de *Psicoterapia* para psicólogos em Caps no Sigtap (2012) seja uma tentativa de diminuir a influência do modelo médico patológico preponderante na clínica tradicional, para qual é dirigida a formação do profissional psicólogo.

Existe certa incongruência entre a formação acadêmica e o campo de atuação profissional da saúde, o psicólogo não foi considerado generalista pelos profissionais entrevistados por Ronzani e Rodrigues (2006), mas um tipo de especialista. Tal fato revela tanto uma incompreensão quanto à função da graduação em Psicologia e em relação aos níveis de intervenção na Saúde. Os cursos de graduação em Psicologia pouco ensinariam sobre Atenção Básica em Saúde, formando alunos para intervir na superespecialidade ou como “profissional liberal” (Dimenstein, 1998). Os currículos seriam alheios ao campo de atuação profissional da saúde pública, em desacordo com a proposta de níveis de intervenção do Sistema Único de Saúde. Os alunos não aprendem a identificar necessidades, talvez seus professores estejam sob influência de documentos como a CBO, onde a maior quantidade de classes derivada era relativa ao terceiro elo de intervenção.

Para Ramos e cols (2000) o conhecimento técnico não é um tipo de conhecimento, é uma dimensão da capacitação profissional mais conhecida e mais fácil de derivar, mas não é a única e nem a mais importante. As aptidões técnicas são importantes na graduação do psicólogo porque se referem à transformação do conhecimento existente em aptidões que correspondem a procedimentos técnicos importantes para o trabalho e para a vida no meio

em que os aprendizes viverão. Contudo, os autores enfatizam que também são necessárias aptidões científicas, tanto ao produzir conhecimento sobre os fenômenos e situações que constituem o cotidiano dos psicólogos em Caps, como ao derivar procedimentos de trabalho do conhecimento científico mais atual. Uma boa formação científica é a que torna a pessoa mais independente e capaz de atualizar-se a partir da própria experiência profissional, o que é fundamental para um tipo novo de unidade de saúde como o Caps.

O tempo decorrido entre o conhecimento psicológico ter sido apresentado na universidade e as intervenções dos profissionais ocorrerem na unidade de saúde pode ser um problema que necessita atenção. O próprio conhecimento apresentado aos profissionais de saúde pode ser incipiente, desatualizado ou errôneo, havendo ainda a possibilidade de que tal conjunto de informações não ter sido transformado em comportamentos profissionais ensinados aos futuros profissionais (Carvalho e Ceccim, 2009; Rohrbacher, 2009). O psicólogo pode auxiliar os demais profissionais de saúde quanto a isso, por meio de atividades de matriciamento (Tabela 1.3) ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), ou no trabalho regular em unidades de saúde na Atenção Básica, tendo especial atenção quanto a produção, desenvolvimento e avaliação de PTS as principais ações conjuntas entre equipes de UBS e Caps, como indica a classe de comportamentos *Executar, junto a equipes multiprofissionais, progr. de intervenção que auxiliem usuários de Caps a resolver problemas de saúde* (Tabela 3.10). Comportamentos profissionais de psicólogo de Caps junto às equipe de Atenção Básica em Saúde pode resultar em ações mais efetivas, no território dos usuários e suas famílias.

Dimenstein (1998) alerta para as diferentes concepções de saúde que podem haver, entre os usuário e os profissionais psicólogos. O abandono de *tratamentos* pode ser naturalizado, como se esse fosse característica inerente à população atendida no setor público, ou atribuir à sua falta de interesse ou capacidade de compreensão da tarefa terapêutica. O problema dos abandonos pode ser mais ligado ao fato deles serem inadequados à realidade dos usuários, sem efeito. Esse tipo de problema pode ser observado quando 13.4% das classes de comportamentos encontradas na CBO são relativas ao que acontece logo após a intervenção do profissional (Figura 3.7), se os resultados não são sequer avaliados como saber se foram efetivos? É o abandono processo de intervenção, por parte do profissional.

Outro problema indicado por Dimenstein é a incompatibilidade entre as concepções de “melhora” e em especial do que melhorar. Os PTS podem ser distintos entre psicólogo e usuário ou, o que é mais grave, pode nem haver PTS o que é um bom motivo para o usuário não frequentar o Caps, os poucos comportamentos derivados na CBO relativos a

identificação de necessidades de intervenção, planejamento e avaliação, quando comparados aos relativos à intervenção no usuário (Figura 3.8), corroboram essa afirmação. Silva, Oliveira e Franco (1998) defendem que cabe ao psicólogo obter na comunidade, o território onde o usuário estiver inserido, quais os fatores envolvidos e que o psicólogo analise os comportamentos e propicie a mudança, tentando tornar os comportamentos dos usuários mais favoráveis às melhores condições de saúde. Para que isso aconteça é necessário identificar essas condições de saúde e só então intervir.

#### **4.3 A graduação de psicólogos e os objetivos de ensino necessários aos Centros de Atenção Psicossocial, mercado de trabalho e campo de atuação profissional do psicólogo na Saúde Pública**

Para quem o profissional psicólogo trabalha? Holland (1983) apresenta uma crítica sobre a atuação dos psicólogos que dirigem suas ações em favor dos interesses de quem comanda as organizações, mesmo que esses interesses possam ser contrários à função social dessas organizações. Ao avaliar a função da Universidade como instituição da Sociedade, Botomé (1996) propõe que a *identidade institucional* da universidade deve ser algo comum a quem dela participa, sob o risco de que as pessoas que não conheçam a função social da Universidade fiquem atentas a atividades, rotinas e não a objetivos. O mesmo tipo de raciocínio dos autores pode ser aplicado a outras instituições como a Saúde Pública. Quando não é claro ao profissional de saúde qual o objetivo do seu trabalho ele pode ficar atento a cumprir rotinas, atividades tais quais as apresentadas na CBO (2002) e no Sigtap (Brasil, 2013c).

A forma como está estruturada a graduação do psicólogo é um dos fatores que interferem negativamente quanto à sua inserção como profissional nas equipes saúde, atribuindo ao médico e ao enfermeiro comportamentos profissionais que não foram capacitados a desempenhar (Böing, 2009). A formação deficiente do psicólogo leva a um baixo desempenho de suas funções, perdendo oportunidades gerenciais e estratégicas para outros profissionais sem graduação específica para intervir em comportamento humano (Azevedo & Botomé, 2001). Kubo e Botomé (2001b) avaliaram a graduação em Psicologia como pouco adequada para formar profissionais que atendam às reais necessidades da população.

Segundo Ramos e cols. (2000) educação de nível superior significa desenvolvimento de comportamentos profissionais para atuar, de forma abrangente, efetiva, com resultados duradouros e de eficácia sistêmica, com dimensões éticas, afetivas, políticas e sociais, tanto quanto dimensões técnicas, científicas e culturais. As várias dimensões dos problemas da sociedade precisam fazer parte da formação de nível superior, de tal forma que

o aprendiz egresso desse tipo de ensino tenha uma capacidade humana de atuar integrada com todas as dimensões que tal capacidade requer: técnicas, políticas afetivas, emocionais, sociais, históricas, etc. É necessário que o profissional de aprenda a pensar, lidar com conceitos (dimensão filosófica). Também precisa aprender a lidar com relações de poder (dimensão política) e a lidar com as consequências sociais de sua atuação profissional (dimensão ética). Ramos e cols. (2000) afirmam que esses tipos de aptidões ainda são tratados como assuntos nos currículos das universidades, o que pode explicar, ao menos em parte porque tão poucas classes de comportamentos relativas a avaliar os procedimentos apresentados pelos psicólogos pelos próprios psicólogos.

Os estudos de Viecili (2008), Kienen (2008) e Silva (2010), utilizando um procedimento complexo de decomposição, permitiram identificar centenas de classes de comportamentos das cadeias de comportamentos do psicólogo, de intervenção indireta por meio de produção de conhecimento, produção de aprendizagem e na intervenção direta. Essas classes foram organizadas por grau de abrangência dos comportamentos, permitindo identificá-los como comportamentos-objetivo para cursos de graduação em Psicologia. Os estudos de Viecili (2008), Kienen (2008) e Silva (2010) indicaram que as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Psicologia são insuficientes como conjunto de comportamentos necessários à formação do profissional psicólogo para intervir indiretamente por meio de pesquisa e do ensino. As declarações vagas da CBO permitem chegar a conclusão parecida quanto aos comportamentos profissionais necessários ao psicólogo para o trabalho em Caps.

#### **4.4 As classes de comportamentos de psicólogos como gestores de Centros de Atenção Psicossocial**

Além da função de psicólogo, este profissional pode auxiliar ao gestor ou mesmo assumir funções de gestão de Caps. Ao verificar quais as atividades de gestores de cursos universitários Cruz (2008) demonstrou que a maior parte do que os professores na função de gestores faziam era produto do aprendizado no exercício da função. Embora tenha considerado que a “experiência” é um dos meios de aprendizado que pode desenvolver comportamentos adequados, a autora contestou a que eles seriam adequados, os comportamentos dos gestores estariam a serviço do quê? O que acontece com o coordenador de Caps é similar ao que acontece com outros tipos de gestores. O gestor apresenta uma formação naquele campo de atuação e desempenha seu trabalho, que é produto de uma graduação e de sua experiência profissional. Ou seja, os comportamentos de gestão são aprendidos “na prática” e isso não garante que sejam os melhores comportamentos para os

usuários daquela unidade de saúde. Afinal, quais as variáveis mais relevantes? Políticas? Técnicas? Econômicas? Sob controle do quê estão os comportamentos dos gestores? Respostas a essas perguntas podem ser encontradas a partir de algumas das classes de comportamentos identificadas.

É demonstrado por Keller & Schoenfeld (1973) que quando é exigido maior esforço a pessoa apresenta maior variabilidade de respostas e apresentar uma “resposta difícil” (de maior custo ou complexidade) provavelmente ocorre quando essa é a única possibilidade disponível. Caberia ao gestor avaliar se as atividades apresentadas pelos profissionais seriam as mais adequadas ou apenas são menos complexas, necessitando de menos esforço e tempo. *Supervisionar profissionais envolvidos em políticas de saúde que favoreçam o tratamento eficiente eficaz aos usuários de Caps* (Tabela 3.8), *Identificar processos comportamentais em profissionais de equipe que auxiliem na gestão de Caps* (Tabela 3.2) e *Coordenar programas de produção de conhecimento sobre a eficácia de tratamentos disponíveis em Caps* (Tabela 3.8) e os demais 14 comportamentos relativos à gestão de Caps derivados da CBO pode auxiliar o gestor, especialmente se for um psicólogo, a gerir um Caps.

Optar entre registro de *Fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares* (Apêndice 1), por exemplo, pode encobrir atividades como *atender ao telefone, dizer bom dia* ou um comportamento profissional relevante como *identificar variáveis econômicas que mantêm o usuário em casa, evitando interação social*. Estariam os gestores preparados a fazer esse tipo de avaliação? Provavelmente não, pois mesmo que os gestores fossem administradores formados a identificação de comportamentos profissionais e o próprio conceito de comportamento como fenômeno psicológico é pouco usual (Botomé, 2006; Rohrbacher 2009). Com o conhecimento atualmente existente na Psicologia, especialmente com as contribuições da Análise do Comportamento, sistematizar conhecimento e tecnologia de forma a identificar novos comportamentos profissionais, incluindo aqueles relativos aos processos de gestão de Caps.

#### **4.5 Considerações finais**

Os problemas da Sociedade e o desconhecimento sobre esses problemas são muito maiores, em quantidade e complexidade, do que as possibilidades de solução existentes e apesar de haver conhecimento sobre o ensino de comportamentos profissionais do psicólogo disponível em teses e dissertações esse conhecimento não é utilizado como tecnologia para mudar a formação dos psicólogos (Botomé, 1979/2010; 2006). Compete aos psicólogos, como profissionais do campo de atuação profissional da Saúde, a demonstração de que o

conhecimento sobre comportamento humano pode ajudar nas áreas onde há mais problemas, nas áreas onde é possível evitá-los ou nas quais seja possível promover melhores condições para o desenvolvimento da vida humana, mesmo que não existam problemas identificados (Azevedo & Botomé, 2001). Os psicólogos que trabalham em Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são profissionais privilegiados, pois estas unidades de saúde ainda estão se estabelecendo como referência no Sistema Único de Saúde (SUS). Embora os Caps já sejam uma realidade como mercado de trabalho, ainda há muito a ser desenvolvido para que os usuários tenham melhores condições de saúde. Embora apresentem muitas lacunas como um processo, as classes de comportamentos derivadas da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) podem ser subsídios para uma reformulação dos comportamentos propostos para os psicólogos. As classes gerais de “Identificar as necessidades de intervenção”, “planejar”, “executar”, “avaliar”, “aperfeiçoar” e, finalmente, “comunicar os resultados ou descobertas” não configuram apenas um exercício escolar (Botomé, 2006), podem sim ser ferramenta para uma mudança mais que necessária que demonstre a necessidade de profissionais que promovam melhores comportamentos em Caps. É necessário continuar a produzir conhecimento sob a forma de estudos de sistematização conceitual e derivação dos comportamentos para, com maior visibilidade, viabilizar contribuições para o desenvolvimento de pessoas, organizações como os Caps e da própria sociedade.

## REFERÊNCIAS

- Abbagnano, N. (2007). *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Andrade, J. F. S. M. & Simon, C. P. (2009). *Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas* (vol. 19, nº 43, pp. 167-175). Ribeirão Preto: Paideia.
- Azevedo, B. M. & Botomé, S. P. (2001). *Psicólogo Organizacional: Aplicador de técnicas e procedimentos ou agente de mudança e de intervenção nos processos decisórios organizacionais?* Florianópolis: Revista Psicologia Organizações e Trabalho - rPOT, 1, pp. 181-186.
- Banaco, R. A.; Zamignani, D. R. & Meyer, S. B. (2010). Função do comportamento e do DSM: terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. Em E. Z. Tourinho & S. V. de Luna, . *Análise do Comportamento – investigações históricas, conceituais e aplicadas*. São Paulo: Roca.
- Baum, W. M. (1996). *Compreender o behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura*. Porto Alegre: Artmed. Exemplar publicado em 1999.
- Böing, E. (2009). *O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Botomé, S. P. (1979). A quem nós, psicólogos, servimos de fato? Em O. H. Yamamoto & A. L. F. Costa, (Org.). *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil* (pp. 171-204). Natal: Editora da UFRN, 2010.
- Botomé, S. P. (1981a). *Administração de comportamento humano em instituição de saúde: uma experiência para Serviço Público*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Experimental da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Botomé, S. P. (1981b). *Objetivos comportamentais no ensino: a contribuição da Análise Experimental do Comportamento*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Experimental da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Botomé, S. P. (1987). Educação, conhecimento, comportamento humano e necessidades sociais (pp. 1-15). Texto correspondente ao primeiro capítulo do livro *Como decidir o que ensinar: Objetivos de ensino, necessidades sociais e tecnologia educacional*. Não publicado.
- Botomé, S. P. (1988). Em busca de perspectivas para a psicologia como área do conhecimento e como campo profissional. Em Conselho Federal de Psicologia. *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.
- Botomé, S. P. (1985). O problema dos falsos “objetivos de ensino”. Em S. P. Botomé, *Objetivos de ensino, necessidades sociais e tecnologia educacional*. Trabalho premiado no Concurso Nacional de Monografias sobre Tecnologia Educacional (II Concurso Roquete Pinto de Monografias), promovido pela Funteve do Ministério da Educação, pp.102-122.

- Botomé, S. P. (1994). Ciência, Universidade e Sociedade ou informações, domesticação e ativismo rotineiro? Em *Chronos: Caxias do Sul*, 2, 7-24.
- Botomé, S. P. (2001). Sobre a noção de comportamento. Em H. P. de M. Feltes, & U. Zilles (Orgs). *Filosofia - Diálogos de horizontes* (pp. 685-708). Porto Alegre: Editora da Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre
- Botomé, S. P. (2006). Comportamentos profissionais do psicólogo em um sistema de contingências para a sua aprendizagem. Em *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 2 (2), 171-191.
- Botomé, S. P. & Kubo, O. M. (2002). Responsabilidade social dos programas de Pós-graduação e formação de novos cientistas e professores de nível superior. *Interação em Psicologia*, 6 (1), 81-110.
- Botomé, S. P. & Kubo, O. M. (2004). *Por que a Análise Experimental do Comportamento inclui a experimentação como parte de seu nome: Análise Experimental do Comportamento?* Texto didático para uso no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Não publicado.
- Botomé, S.P., Kubo, O.M., Mattana, P.E., Kienen, N., Shimbo, I. (2003). *Processos comportamentais básicos como objetivos gerais, ou classes gerais de comportamentos, ou competências para a formação do psicólogo*. Painel apresentado no XII Encontro Anual da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental, Londrina, Paraná.
- Botomé, S. P e Souza, D. G. de (1982). *Linguagem: uma classe de comportamentos com múltiplas funções*. Texto escrito para ser utilizado na disciplina Psicologia Geral para o Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. Não publicado.
- Brasil (1990). *Lei 8.080*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Brasil (2002). Ministério da Saúde. *Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002*.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília.
- Brasil (2007). Ministério da Saúde. *Portaria 321 de 08 de fevereiro de 2007*. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM - do Sistema Único de Saúde - SUS.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. *Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. *Portaria 854, de 22 de agosto de 2012*. Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS - para Centros de Atenção Psicossocial, a partir da competência outubro de 2012



- Brasil (2013a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. RAAS - *Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde: Manual de Operação do Sistema*, versão 1.4. do sistema. Disponível em:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_operacional\\_ras\\_v1.4.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_operacional_ras_v1.4.pdf)
- Brasil (2013b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica*, nº 34, p. 176. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2013c). Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Sigtap – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1529](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1529)
- Brasil (2013d). Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/saibaMais.jsf>
- Buss, P. M. (1991). A IX Conferência Nacional de Saúde. Em *Cadernos de Saúde Pública*, 7(3). Rio de Janeiro.
- Caponi, S. (2012). *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. Em: *Estudos Avançados*, 27(78). São Paulo.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- CID-10 (1992). Organização Mundial da Saúde - OMS - (1992). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - Décima Versão*.
- Ceccim R. B. & Carvalho Y. M. (2006). Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. Em: R. B. Ceccim, R. Pinheiro & R. A. de Mattos (Orgs) . *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj.
- Conselho Federal de Psicologia - CFP - (1988). Em busca de perspectivas para a psicologia como área de conhecimento e campo profissional. Em: *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.
- Conselho Federal de Psicologia - CFP - (2008). *Atribuições profissionais do psicólogo no Brasil*, retiradas de Brasil (2002). Ministério do Trabalho e Emprego. CBO – Classificação Brasileira de Ocupações. Documento consultado em 05 de fevereiro de 2013:  
[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr\\_prof\\_psicologo\\_cbo.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo_cbo.pdf)
- Cooper, C. L. F. & Sayd, J. D. (2006). Concepções de saúde nos parâmetros curriculares nacionais. Em: M. Bagrichevsky; A. Palma & A. Estevão e da Ros, M. A. (Orgs.). *A Saúde em Debate na Educação Física* (vol. 2). Blumenau: Nova Letra.

- Correia, V. A. C. (2007). *Cenários e práticas do psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial em Santa Catarina Universidade do Vale de Itajaí*. Dissertação de Mestrado. Itajaí.
- Costa, J. S. D. da & Victora, C. G. (2006). O que é "um problema de saúde pública"? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 9 (1), 144-146.
- Cozby, P.C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Cruz, R. N. & Cillo, E. N. P. (2008). Do Mecanicismo ao selecionismo: Uma breve contextualização da transição do Behaviorismo Radical. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (3), 375-385.
- Cruz, R. C. (2008). *Tipos de atividades que constituem as rotinas do trabalho de diretores de cursos de graduação de uma universidade e aprendizagens para o exercício da função*. Tese de doutorado.. Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Curitiba (2002). Secretaria Municipal de Saúde. *Saúde Mental em Curitiba - protocolo integrado*.
- Da Ros, M. (2006). Políticas públicas de saúde no Brasil. Em: M. Bagrichevsky; A. Palma & A. Estevão (Orgs). *A Saúde em Debate na Educação Física*. Blumenau: Nova Letra:.
- Danna, M. F. & Matos, M. A. (2006). *Aprendendo a observar*. São Paulo: Edicon.
- D'Agostini, C. L. A. F. (2005). *Aprendizagens propostas por professores como objetivos para compor a formação profissional do psicólogo*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- D'Oliveira, M.M.H. (1984). Ciência e pesquisa em psicologia. Col. *Temas Básicos em Psicologia*, v 3. São Paulo: EPU.
- Darwin, C. (1859/2009). *El origen de las especies*. Buenos Aires: Longseller.
- Darwin, C. (1876). The of the Beagle. Em: *Autobiography by Charles Darwin*. São Paulo: Globo.
- Delfini, P. S. de S., Sato, M. T., Antoneli, P. de P. & Guimarães, P. O. da S. (2009). Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Em *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), 1483-1492. Rio de Janeiro: Abrasco.
- De Luca, G. G. (2008). *Características de componentes de comportamentos básicos constituintes da classe geral de comportamentos denominada "avaliar a confiabilidade de informações"*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- De Luca, G. G. (2010). *Avaliação da eficácia de um programa para ensinar classe de comportamentos constituintes da classe geral de comportamentos denominada "avaliar a confiabilidade de informações"*. Projeto de tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

- DSM IV - TR (2002). American Psychiatric Association - APA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4ª ed. rev. ) Porto Alegre: Artmed.
- DSM V (2013). American Psychiatric Association - APA.). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition.
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, Natal, 3 (1), 53-81.
- Freire, P. (2003). La concepcion “bancária” de la Educacion y la desumanizaciom. Cristianismo y Sociedade (Suplemento-Edicion não comercial). Montevideo: Junta Latino-Americana de Iglesia y Sociedad, 1968. Citado em: Kubo, O. M. & Botomé, S. P. A transformação do conhecimento em comportamentos profissionais na formação do psicólogo: As possibilidades nas diretrizes curriculares. Em: M. Z. da S Brandão. e col. (Orgs). *Sobre comportamento e cognição: A história e os avanços, a seleção por conseqüências da ação*. Santo André: Esetec Editores Associados.
- Freitas, F. A. (2008). Diferentes perspectivas diante da conduta do estagiário em Psicologia no contexto clínico. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10 (3), 31-43.
- Foucault, M. (1954/2000). *Doença Mental e Psicologia* (6ª ed). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro (Trad. Shalders, L. R.).
- Garcia, M. P. (2009). *Classes de comportamentos constituintes de intervenção de psicólogos no subcampo de atuação profissional de psicoterapia com apoio de cães* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Hall, R. V. (1975) *Manipulação de comportamento: Modificações de comportamento: aplicações na escola e no lar*, 3. São Paulo: EDUSP.
- Holland, J. G. (1983). Comportamentalismo: Uma parte do problema ou da solução? *Psicologia*, 9 (1), 59-75.
- Iñesta, E. R. (2009). Reflexiones sobre la aplicación del conocimiento psicológico: ¿Qué aplicar o cómo aplicar? *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 1(35), 3-17.
- Johnson, G. (2008). Ivan Pavlov – Medindo o imensurável. Em: *Os dez mais belos experimentos da Ciência*. Larousse: São Paulo, 139-155.
- Kaufman, R. A. (1977). Evaluaciones de necesidades: internas y externas. *Revista de Tecnologia Educativa*, 1 (3), 84-91.
- Keller, F. S. (1972). Adeus Mestre! *Ciência e Cultura*, 24 (3), 207-212.
- Keller, F. S. (1965). *A definição da Psicologia*. São Paulo: Editora Herder. Exemplar publicado em 1970.
- Keller, F. S. (1982). *Aprendendo a ensinar: memórias de um professor universitário*. São Paulo: Edicon. Exemplar publicado em 1983.

- Keller, F. S. & Schoenfeld, W. N. (1973). Variabilidade de respostas e diferenciação. Em: *Princípios de Psicologia*. São Paulo: EPU, 180-210.
- Kienen, N. (2008). *Classes de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir, por meio de ensino, sobre fenômeno e processos psicológicos, derivadas a partir das diretrizes curriculares, da formação desse profissional e de um procedimento para decomposição de comportamentos complexos*. Tese de doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Köche, J.C. (1997). *Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e prática da pesquisa*. 14 ed. Petrópolis: Vozes.
- Kubo, O. M. & Botomé, S. P. (2001a). Ensino-aprendizagem: uma interação entre dois processos comportamentais. *Interação em Psicologia*, 5, 133-171.
- Kubo O. M. & Botomé S. P. (2001b). Formação e atuação do psicólogo para o tratamento em saúde e em organizações de atendimento à saúde. *Interação em Psicologia*, 5, 93-122.
- Kubo, O. M. & Botomé, S. P. (2003). A transformação do conhecimento em comportamentos profissionais na formação do psicólogo: As possibilidades nas diretrizes curriculares. Em: M. Z. da S. Brandão, e col. (Orgs). *Sobre comportamento e cognição: A história e os avanços, a seleção por consequências da ação*. Santo André: Esetec Editores Associados, 483-496.
- Laville, C.; Dionne, J. (1999) *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre, RS: Artmed/Belo Horizonte, MG: Editora UFMG.
- Lancetti, A. & Amarante, P. (2009). Saúde Mental e Saúde Coletiva. Em G. W. Campos e col (org.). *Tratado de Saúde Coletiva* (2ª ed.). São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz.
- Leavell, H. & Clark E. G. (1976). *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Luna, S. V. (1996). *Planejamento de pesquisa: uma introdução*. São Paulo: Educ. Exemplar publicado em 2000.
- Luiz, E. C. (2008). *Classes de comportamentos componentes da classe "projetar a vida profissional" organizadas em um sistema comportamental*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Lundin, R. W. (1972). *Personalidade: Uma Análise do Comportamento*. São Paulo: E. P. U. Exemplar publicado em 1977.
- Marconi, M.A. & Lakatos, E.M. (1999). *Técnicas de pesquisa*. 4 ed. São Paulo: Atlas.
- Matos, M. A. (2001). Análise de contingências no aprender e no ensinar (pp. 141-165). Em: E. M. S de Alencar,. *Novas contribuições da Psicologia nos processos de ensino e aprendizagem* ( 4ª ed.). São Paulo: Editora Cortez.
- Matos, M. A. & Tomanari, G. Y. (2002). Como estudar o comportamento. Em *A Análise do Comportamento no Laboratório Didático*. São Paulo: Ed. Manole.

- Mattana, P. E. (2004). *Comportamentos profissionais do terapeuta comportamental como objetivos para sua formação* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. , Santa Catarina, Brasil.
- Mello, G. A.; Fontanella, B. J. B. & Demarzo, M. M. P. (2009). Atenção Primária e Atenção Básica à Saúde: Origens e diferenças conceituais. *APS*, 12 (2), 204-213.
- Merhy, E. E. (1992). *A Saúde Pública como política*. São Paulo: Hucitec.
- Meyer, S. B. (1994). O conceito de Análise Funcional. Em: M. Delitti, (Org). *Sobre comportamento e cognição: a prática da Análise do Comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental* (vol. 2). Esetec Editores Associados.
- Michael, J. L. (2004). *Concepts and Principles in Behavior Analysis*. Kalamazoo: Society for the Advancement of Behavior Analysis (A.B.A).
- Millenson, J. R. (1965). *Princípios de análise do Comportamento*. Brasília: Coordenada. Exemplar publicado em 1975.
- Nale, N. (1998). Programação de Ensino no Brasil: o papel de Carolina Bori. *Revista de Psicologia da USP*, São Paulo, 9 (1), 275-301.
- Noceti, R. V. (2011). *Classes de comportamentos constituintes da classe geral “delimitar problema de pesquisa a partir de perguntas”* (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Pagliosa, F. L. & Da Ros, M. A. (2008). O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32 (4). Rio de Janeiro.
- Paviani J. & Botomé, S. P. (1993). *Interdisciplinaridade: Disfunções conceituais e enganos acadêmicos*. Caxias do Sul: Educus.
- Pavlov, I. P. (1904-1980). Os primeiros passos certos no caminho de uma nova investigação. Em: Pavlov/Skinner – Coleção Os Pensadores. 3-14. São Paulo: Abril Cultural.
- Pessotti, I. (1976). *Pré-história do condicionamento*. São Paulo: Hucitec.
- Pessotti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34.
- Postman, N. & Weingartner, C. (1971). *Contestação: nova fórmula de ensino*. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura.
- Ramos, N. A; Pinto, S. M.; Behrens, M. & Botomé, S. P. (2000). Diretrizes para o ensino de graduação: o projeto pedagógico da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba: Champagnat.
- Rebelatto, J. R. & Botomé, S. P. (1999). *Fisioterapia no Brasil: Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*. São Paulo: Manole.
- Ribeiro, D. (1969). *A universidade necessária*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

- Roelke, V. (1997). Biologizing social facts: in early 20th century debate of Kraepelin's concepts of culture, neurasthenia and degeneration. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21, 383-403.
- Rohrbacher, C. L. (2009). *Características do conhecimento produzido em Psicologia nos planos de ensino de cursos de graduação em Administração de Empresas*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Rohrbacher, C. L. & Poluceno, A. T. (2013) *Ações estendidas em saúde mental na atenção primária em saúde*. Comunicação oral no X Encontro Catarinense de Saúde Mental e I Encontro Nacional de Humanização, Arte e Saúde. Florianópolis.
- Ronzani, T. M. & Rodrigues, M. C. (2006). O Psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, Desafios e Redirecionamentos. São Paulo: *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26 (1), 132-143.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. São Paulo: Gradiva.
- Sagan C. (1996). *O mundo assombrado pelos demônios: A ciência vista como uma vela no escuro*. São Paulo: Companhia das Letras. Exemplar publicado em 2000.
- Santos, N. R. (2008). A Reforma Sanitária e o SUS: Tendências e desafios após 20 anos. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 2(1), 103-121.
- Santos, G. C. V. dos. (2006). *Características das competências e dos comportamentos profissionais propostos nas diretrizes curriculares como delimitação do campo de atuação do psicólogo*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Santos, F. S; Nascimento, E. P. & Buarque, C. (2013). *Mudanças necessárias na universidade brasileira: autonomia, forma de governo e internacionalização*. Belo Horizonte: *Educação em Revista*, 29(1).
- Saraceno, B., Asioli, F. & Tognoni, G. (1993). *Manual de Saúde Mental: guia básico para atenção primária*. São Paulo: Hucitec. Exemplar publicado em 1994
- Sidman, M. (1989). *Coerção e suas implicações*. Campinas: Editorial Psy. Exemplar publicado em 1995.
- Silva, F. M. (2002). Uma análise behaviorista radical dos sonhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13 (3), 435-449. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Silva, L. A. V.; Oliveira R. F. & Franco, A. L. S. (1998). Inserção do Psicólogo em Programa de Atenção Primária à Adolescência: Uma experiência em Salvador-Bahia. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 11 (3). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Silva, A.L.G. da (2010) *Classes de comportamentos profissionais de psicólogos ao intervir diretamente sobre fenômenos psicológicos* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Santa Catarina, Brasil.

- Schick, K. (1971). Operants. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 15, 413-423.
- Sério, T.M.A.P. (1983). *A noção de classe de respostas operante: sua formulação inicial*. (Dissertação de Mestrado) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Skinner, B. F. (1953). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes. Exemplar publicado em 2000.
- Skinner, B. F. (1971). *O Mito da Liberdade (Beyond Freedom and Dignity)*. São Paulo: Summus Editorial. Exemplar publicado em 1983.
- Skinner, B. F. (1989). O que terá acontecido com a Psicologia como Ciência do Comportamento? Em: *Questões recentes na Análise comportamental*, 83-99. São Paulo: Papyrus. Exemplar publicado em 1995.
- Stedile, N. L. R. (1996) *Prevenção em saúde: comportamentos profissionais a desenvolver na formação de enfermeiro*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil.
- Teixeira, A. M. S. (1999). Ética profissional: fatos e possibilidades. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1, 75-81.
- Todorov, J. C. (1989). Psicologia como estudo de interações. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 5 (3).
- Tosi, P. C. S. (2005). *Expectativas de responsáveis por setores de recursos humanos em relação à atuação dos psicólogos em organizações*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Tourinho, E. Z. & Sério, T. M. A. P. (2010). Definições contemporâneas da Análise do Comportamento. Em: Tourinho, E. Z e Luna, S. V. de. (Orgs). *Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas*. São Paulo: Roca.
- Ullmann, L. P. & Krasner, L. (1965). O modelo médico e o modelo psicológico na Saúde. Em Ullmann, L.P. & Krasner, L. *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston. Em processo de tradução e editoração por Luca, G. G.; Gusso, H. L.; Botomé, S. P. & Kubo, O. M.
- Viecili, J. (2005). *Formação em Psicologia: Relações entre formação básica, ênfases curriculares, diretrizes curriculares e campo de atuação profissional*. Projeto de qualificação para doutoramento, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Viecili, J. (2008). *Classes de comportamentos que compõem a formação do psicólogo para intervir por meio de pesquisa sobre fenômenos psicológicos, derivadas a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia e da formação desse profissional*. Tese de doutorado,. Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

- Whaley, D. L. e Malott, R. W. (1971). *Princípios elementares do comportamento*. São Paulo: E. P. U. Exemplar publicado em 1980.
- Wruck, D. F. (2004). *Comportamentos característicos da dimensão ética na formação do psicólogo*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Zgiet, J. (2013). Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental: a quem interessa mudar? Em: *Saúde debate*, 37 (97). Rio de Janeiro.



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1	Especificação dos componentes constituintes de comportamento como sistema de relações entre o que um organismo faz (R) e o ambiente em que faz (Sa) e o ambiente modificado por essa ação (Sc), adaptado de Botomé (2001, p. 697) .....	48
Figura 1.2	Tipos de relações básicas entre os três componentes de um comportamento que (reproduzido de Botomé, 2001, p. 701) .....	52
Figura 1.3	Tipos de atuação profissional em saúde, a partir de Botomé (2010) .....	54
Figura 1.4	Interações entre os processos que caracterizam as três formas de intervenção profissional – produção de conhecimento (pesquisa), produção de aprendizagem (ensino) e intervenção direta constituindo um sistema de desenvolvimento progressivo e de aperfeiçoamento e fortalecimento das classes de comportamentos envolvidas nas três formas de intervenção .....	60
Figura 3.1	Distribuição das classes de comportamentos derivadas das descrições de cada tipo de psicólogo da CBO quanto a caracterizar necessidades de aprendizagem, delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais e caracterizar necessidades de alterações em processos comportamentais em Caps .....	80
Figura 3.2	Distribuição das classes de comportamentos derivadas das descrições de cada tipo de psicólogo da CBO quanto à construir condições de aprendizagem (de terceiros) relacionada a processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial (Caps), planejar coleta de dados relativos à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps e projetar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais em Caps .....	87
Figura 3.3	Distribuição das classes de comportamentos derivadas das descrições de cada tipo de psicólogo da CBO quanto a intervir em comportamentos de usuários de centros de atenção psicossocial, terceiro elo de uma cadeia comportamental de intervenção do profissional psicólogo em centros de atenção psicossocial (Caps), desenvolver condições de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de usuários de Caps e coletar dados relevantes à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps .....	96
Figura 3.4	Distribuição das classes de comportamentos derivadas das descrições de cada tipo de psicólogo da CBO quanto à caracterizar necessidades de aprendizagem, delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais e caracterizar necessidades de alterações em processos comportamentais em Caps .....	102
Figura 3.5	Distribuição das classes de comportamentos derivadas das descrições de cada tipo de psicólogo da CBO quanto a aperfeiçoar processos de mudança de comportamentos de usuários de centros de atenção psicossocial (Caps), aperfeiçoar processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais de usuários de centros de atenção psicossocial e interpretar dados analisados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais centros de atenção psicossocial .....	110

Figura 3.6	Distribuição das classes de comportamentos derivadas das descrições de cada tipo de psicólogo da CBO quanto a comunicar descobertas feitas sobre processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais de usuários de Caps, comunicar conhecimento produzido sobre processos comportamentais em Caps e comunicar descobertas feitas em intervenções em processos comportamentais em Caps .....	116
Figura 3.7	Quantidade de classes de comportamentos encontradas pra cada um dos elos das cadeias comportamentais derivadas da descrição de psicólogo na CBO .....	117
Figura 3.8	Distribuição das classes de comportamentos de psicólogo derivadas da CBO por modalidade de intervenção .....	118

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.1	PAB - Atividades na Atenção Básica designadas ao profissional psicólogo, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (Sigtap) .....	42
Tabela 1.2	MAC - Atividades na média e alta complexidade designados ao profissional psicólogo, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (Sigtap) .....	43
Tabela 1.3	Classes de comportamentos profissionais do psicólogo comportamental em relação às classes gerais de comportamentos relacionadas a produzir conhecimento, aprendizagem e alterações em relação aos processos comportamentais .....	59
Tabela 2.1	Exemplo da seleção da descrição de atribuições de psicólogo na CBO (CFP, 2008), referente a Psicólogos .....	63
Tabela 2.2	Exemplo de decomposição das atividades que o psicólogo poderia apresentar, referente a Psicólogos, feita a partir da CBO (CFP, 2008) .....	64
Tabela 2.3	Exemplo de decomposição de fragmento da descrição de atribuições de psicólogo, referente a Psicólogos, feita a partir da CBO (CFP, 2008) .....	64
Tabela 2.4	Exemplo de agrupamento de sentenças retiradas da descrição de atribuições de psicólogo da CBO (CFP, 2008) conforme modalidades de atuação profissional aos quais se referiam .....	65
Tabela 2.5	Exemplo de separação de conjuntos distintos de sentenças retiradas das atribuições de psicólogos da CBO conforme modalidades de atuação profissional aos quais se referiam .....	66
Tabela 2.6	Exemplo da segunda derivação das sentenças produzidas a partir da descrição de psicólogos da CBO (CFP, 2008) conforme modalidades de atuação profissional, com destaque de prováveis classes de comportamentos profissionais de psicólogo .....	66
Tabela 2.7	Exemplo da terceira derivação das sentenças produzidas a partir da descrição de atribuições de Psicólogos da CBO (CFP, 2008) conforme modalidades de atuação profissional, com destaque de prováveis classes de comportamentos profissionais de psicólogo .....	67
Tabela 2.8	Protocolo para identificar cadeias comportamentais gerais de comportamentos profissionais do psicólogo em relação às classes gerais de comportamentos relacionadas a produzir conhecimento, produzir aprendizagem e a produzir alterações em relação a processos comportamentais .....	68

Tabela 2.9	Exemplo de categorização das expressões derivadas da descrição de psicólogos da CBO (CFP, 2008) conforme as classes gerais de comportamentos profissionais propostas por Botomé e Kubo (2004), referentes à produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps .....	69
Tabela 2.10	Exemplo de categorização das expressões derivadas de Psicólogo, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional da Classificação Brasileira de Ocupações conforme classes gerais de comportamentos profissionais de psicólogo propostas por Botomé e Kubo (2004), reorganizadas conforme os tipos de ocupação .....	71
Tabela 2.11	Exemplo de agrupamento das expressões derivadas e Psicólogo, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social e Psicólogo Educacional da Classificação Brasileira de Ocupações conforme categorias de classes gerais de comportamentos profissionais de Botomé e Kubo (2004) .....	72
Tabela 2.12	Exemplo de resultado da primeira classe geral de comportamentos derivada de comportamentos do profissional psicólogo na CBO (CFP, 2008) quanto à produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps, ao caracterizar necessidades de aprendizagem dessas pessoas ...	73
Tabela 3.1	Cadeias comportamentais gerais de comportamentos profissionais do psicólogo em relação às classes gerais de comportamentos relacionadas a produzir conhecimento, produzir aprendizagem e a produzir alterações em relação a processos comportamentais em Caps .....	75
Tabela 3.2	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps, ao caracterizar necessidades de aprendizagem dessas pessoas .....	77
Tabela 3.3	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps, ao delimitar problema de produção de conhecimento sobre processos comportamentais .....	78
Tabela 3.4	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps, ao caracterizar necessidades de alterações em processos comportamentais .....	79
Tabela 3.5	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps, ao construir condições de aprendizagem (de terceiros) relacionada a processos comportamentais .....	84
Tabela 3.6	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de conhecimento sobre processos comportamentais em Caps, ao planejar coleta de dados relativos à produção de conhecimento sobre processos comportamentais	85
Tabela 3.7	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps, ao projetar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais .....	86

Tabela 3.8	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps, ao desenvolver condições de aprendizagem relacionada a processos comportamentais .....	91
Tabela 3.9	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps, ao coletar dados relevantes à produção de conhecimento sobre processos comportamentais .....	92
Tabela 3.10	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps, ao executar intervenções diretas relacionadas a alterações em processos comportamentais .....	94
Tabela 3.11	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps, quanto a avaliar processo de aprendizagem relacionado a processos comportamentais .....	100
Tabela 3.12	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps, ao avaliar intervenções diretas realizadas em relação a processos comportamentais ...	101
Tabela 3.13	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps, ao aperfeiçoar processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais .....	107
Tabela 3.14	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps, ao interpretar dados analisados pra responder a perguntas sobre processos comportamentais .....	108
Tabela 3.15	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps, ao aperfeiçoar intervenções relacionadas a processos comportamentais a partir de dados de avaliação .....	109
Tabela 3.16	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de aprendizagem de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps, ao comunicar descobertas feitas sobre processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais .....	113
Tabela 3.17	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps, ao comunicar conhecimento produzido sobre processos comportamentais ..	114
Tabela 3.18	Comportamentos do profissional psicólogo derivados da CBO quanto à produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps, ao comunicar descobertas feitas em intervenções em processos comportamentais.....	115

Tabela 3.19	Distribuição de classes de comportamentos do profissional psicólogo derivadas da CBO quanto à produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais de pessoas que irão lidar com comportamentos de usuários de Caps (A), produção de conhecimento para decidir em que intervir em processos comportamentais em Caps (PC) e produção direta de alterações em processos comportamentais de usuários de Caps (ID) .....	119
-------------	--	-----

## ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1	Atividades de Psicólogo no Sistema Único de Saúde apresentados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (Sigtap) dados coletados no portal eletrônico Ministério da Saúde em abril de 2013 .....	150
Apêndice 2	Organização das atividades dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), de acordo com a Portaria MS nº 854 (Brasil, 2012) .....	153

**ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo 1	Atribuições profissionais dos psicólogos no Brasil - Ministério do Trabalho e Emprego. CBO – Classificação Brasileira de Ocupações .....	158
Anexo 2	Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012 - altera, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde os atributos dos procedimentos de unidades de Saúde Mental .....	168



## Apêndice 1

**Atividades de Psicólogo no Sistema Único de Saúde apresentados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (Sigtap-SUS) dados coletados no portal eletrônico Ministério da Saúde em abril de 2013**

**Tabela 1.1**

MAC - Atividades na média e alta complexidade designados ao profissional psicólogo

- |   |
|---|
| <p>01 - Aplicação de teste para psicodiagnóstico</p> <p>02 - Acompanhamento de paciente portador de agravos relacionados ao trabalho</p> <p>03 - Acompanhamento de paciente portador de sequelas relacionadas ao trabalho</p> <p>04 - Emissão de parecer sobre nexo causal</p> <p>05 - Acompanhamento e avaliação domiciliar de paciente submetido à ventilação mecânica não-invasiva paciente/mês</p> <p>06 - Assistência domiciliar terapêutica multiprofissional por HIV/AIDS (ADTM)</p> <p>07 - Acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicativa alternativa</p> <p>08 - Acompanhamento neuropsicológico de paciente em reabilitação</p> <p>09 - Acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação</p> <p>10 - Atendimento / acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências</p> <p>11 - Atendimento / acomp. de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor</p> <p>12 - Atendimento em oficina terapêutica II para portador de necessidades especiais (por oficina)</p> <p>13 - Atendimento / acomp. de paciente em reabilitação física (01 turno-paciente-dia 15 atend.s-mês)</p> <p>14 - Tratamento intensivo de pac. em reabilitação física (01 turno-paciente-dia 20 atendimentos-mês)</p> <p>15 - Trat. intensivo de paciente em reabilitação física (02 turnos-paciente-dia 20 atendimentos-mês)</p> <p>16 - Avaliação multiprofissional em deficiência visual</p> <p>18 - Atendimento / acompanhamento em reabilitação visual</p> <p>19 - Atendimento em geriatria (01 turno)</p> <p>20 - Atendimento em geriatria (02 turnos)</p> <p>21 - Acompanhamento de paciente com fenilcetonúria</p> <p>22 - Acompanhamento de paciente com fibrose cística</p> <p>23 - Acompanhamento de paciente com hemoglobinopatias</p> <p>24 - Acompanhamento de paciente com hipotireoidismo congênito</p> <p>25 - Acompanhamento de paciente pós-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional</p> <p>26 - Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional</p> <p>27 - Acompanhamento de paciente no processo transexualizador (por atendimento)</p> <p>28 - Tratamento em psiquiatria (por dia)</p> <p>29 - Tratamento em psiquiatria em hospital-dia</p> <p>30 - Sessão de acupuntura aplicação de ventosas / moxa</p> <p>31 - Sessão de acupuntura com inserção de agulhas</p> <p>32 - Sessão de eletroestimulação</p> |
|---|

**Tabela 1.2**

MAC - Atividades na média e alta complexidade em unidades de acolhimento designados ao profissional psicólogo

- 01 - Acompanhamento de pessoas adultas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas – unidade de acolhimento adulto (UAA)
- 02 - Acomp. da população infanto-juvenil com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas – unidade de acolhimento infanto-juvenil (UAI)

**Tabela 1.3**

MAC - Atividades na média e alta complexidade em centros de atenção psicossocial designados ao profissional psicólogo

- 01 - Atividade educativa / Orientação em grupo na atenção especializada
- 02 - Terapia em grupo
- 03 - Terapia individual
- 04 - Assistência domiciliar por equipe multiprofissional na atenção especializada
- 05 - Acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial
- 06 - Atendimento em oficina terapêutica I - Saúde Mental
- 07 - Atendimento em oficina terapêutica II - Saúde Mental
- 08 - Atendimento em psicoterapia de grupo
- 09 - Atendimento individual em psicoterapia
- 10 - Acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial
- 11 - Atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial
- 12 - Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial
- 13 - Atendimento familiar em centro de atenção psicossocial
- 14 - Acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial
- 15 - Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial
- 16 - Ações de articulação de redes intra e intersetoriais
- 17 - Fortalecimento do protagonismos de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares
- 18 - Práticas corporais em centro de atenção psicossocial
- 19 - Práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial
- 20 - Atenção às situações de crise
- 21 - Matriciamento de equipes da atenção básica
- 22 - Ações de redução de danos
- 23 - Acompanhamento de serviço residencial terapêutico por centro de atenção psicossocial
- 24 - Apoio à serviço residencial terapêutico por centro de atenção psicossocial
- 25 - Ações de reabilitação psicossocial
- 26 - Promoção de contratualidade no território
- 27 - Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas

**Tabela 1.4**

MAC-FAEC - Atividades de média e alta complexidade financiado pelo fundo de ações estratégicas e compensações designados ao profissional psicólogo

- |  |
|--|
| <p>01 - Acomp. em serviço de referência em triagem neonatal (SRTN) - hiperplasia adrenal congênita</p> <p>02 - Acompanhamento em serviço de referência em triagem neonatal (SRTN) - paciente com deficiência em biotinidase</p> <p>03 - Entrevista familiar para doação de órgãos de doadores em morte encefálica</p> <p>04 - Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado</p> <p>05 - Avaliação do possível doador falecido de órgãos ou tecidos para transplantes</p> |
|--|

**Tabela 1.5**

PAB - Atividades na Atenção Básica designados ao profissional psicólogo

- |  |
|--|
| <p>01 - Atividade educativa / Orientação em grupo na atenção básica</p> <p>02 - Prática corporal / atividade física em grupo</p> <p>03 - Práticas corporais em medicina tradicional chinesa</p> <p>04 - Visita domiciliar / institucional por profissional de nível superior</p> <p>05 - Teste rápido para sífilis</p> <p>06 - Teste rápido para sífilis em gestante</p> <p>07 - Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico)</p> <p>08 - Consulta para avaliação clínica do fumante</p> <p>09 - Consulta / atendimento domiciliar</p> <p>10 - Consulta / atendimento domiciliar na atenção especializada</p> <p>11 - Assistência domiciliar por equipe multiprofissional</p> <p>12 - Visita domiciliar pós-óbito</p> <p>13 - Busca ativa</p> <p>14 - Visita profissional por profissional de nível superior</p> <p>15 - Abordagem cognitivo-comportamental do fumante (por atendimento/paciente)</p> |
|--|

**Tabela 1.6**

MAC - Atividades na média e alta complexidade em comunidades terapêuticas designados ao profissional psicólogo

- |   |
|---|
| <p>01 - Acompanhamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em serviço residencial de caráter transitório (comunidades terapêuticas) (MAC)</p> |
|---|

## Apêndice 2

### **Organização das atividades dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), de acordo com a Portaria MS nº 854 (Brasil, 2012).**

As atividades incluem códigos da Classificação Interacional de Doenças (CID-10), códigos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de quem os realiza, além do valor e forma de financiamento. A forma de registro passou de Autorização de Procedimento de Alto Custo e (ou) Complexidade (Apac) para Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (Raas) a partir de outubro de 2012, obrigatoriamente a partir de 2013.

Observações:

Não está claro na portaria se há outros procedimentos, visto que os procedimentos 03.01.08.002-0 e 03.01.08.003-8 referem-se a alguma retificação quanto aos profissionais que executariam aqueles tipos de tarefas.

A barra “/” foi substituída por “e (ou)”.

### **Procedimentos de centros de atenção psicossocial inseridos (Registros Raas)**

---

#### Primeiro conjunto de atividades

#### **03.01.08.019-4 – Acolhimento diurno de paciente em Caps**

Ação de hospitalidade diurna realizada nos Caps como recurso do projeto terapêutico singular, que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, que vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais – incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e (ou) impossibilidade de convivência – e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e (ou) comunitário.

#### **03.01.08.020-8 – Atendimento individual de paciente de Caps**

Atendimento direcionado à pessoa que comporte diferentes modalidades, responda às necessidades de cada um – incluindo os cuidados de clínica geral – que visam à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derivam, promovam as capacidades dos sujeitos, de modo a tornar possível que eles se articulem com os recursos existentes na unidade e fora dela.

#### **03.01.08.021-6 – Atendimento em grupo de paciente de Caps**

Ações desenvolvidas coletivamente que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades como recurso de promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitem experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

#### **03.01.08.022-4 – Atendimento familiar em Caps**

Ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, sejam elas decorrentes ou não da relação direta com os usuários, que garanta a corresponsabilização no contexto do cuidado, propicie o compartilhamento de experiências e informações com vistas a sensibilizar, mobilizar e envolvê-los no acompanhamento das mais variadas situações de vida.

**03.01.08.025-9 – Ações de articulação de redes intra e inter setoriais**

Estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.

**03.01.08.026-7 – Fortalecimento do protagonismo de usuários de Caps e seus familiares**

Atividades que fomentem a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos, a apropriação e a defesa de direitos, e a criação de formas associativas de organização.

**03.01.08.028-3 – Práticas expressivas e comunicativas em Caps**

Estratégias ou atividade dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e utilização de processos promotores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura

**03.01.08.029-1 – Atenção às situações de crise**

Ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.

**03.01.08.031-3 – Ações de redução de danos**

Conjunto de práticas e ações no campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada inter e intra-setorialmente, que buscam minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliam cuidado e acesso aos diversos pontos de atenção, voltadas sobretudo à busca ativa e ao cuidado de pessoas com dificuldade para acessar serviços, em situação de alta vulnerabilidade ou risco, mesmo que não se proponham a reduzir ou deixar o uso de substâncias psicoativas

Médico Psiquiatra, Médico, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social, Neuropsicólogo, Fonoaudiólogo, Assistente Social e Pedagogo.

Agente de Ação Social, Educador Social, Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem, Artesão e Cuidador em Saúde.

Segundo conjunto de atividades**03.01.08.023-2 – Acolhimento inicial por Caps**

Consiste no primeiro atendimento ofertado pelo Caps para novos usuários por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território. O acolhimento consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e (ou) familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e (ou) corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.

**03.01.08.024-0 – Atendimento domiciliar para pacientes de Caps e (ou) familiares**

Atenção prestada no local de morada da pessoa e (ou) de seus familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações, acompanhamento do caso e (ou) em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento, que vise à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derive, que garanta a continuidade do cuidado. Envolve ações

de promoção, prevenção e assistência.

**03.01.08.033-0 – Apoio a serviço residencial de caráter transitório por Caps**

Apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e ações intersetoriais e que favoreça a integralidade das ações.

**03.01.08.032-1 – Acompanhamento de serviço residencial terapêutico (SRT) por Caps**

Suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e reinserção social.

Médico Psiquiatra, Médico, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social, Neuropsicólogo, Fonoaudiólogo, Assistente Social e Pedagogo.

Agente de Ação Social, Educador Social, Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem, Cuidador em Saúde.

Terceiro conjunto de atividades

**03.01.08.027-5 – Práticas corporais em Caps**

Estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora e os aspectos somáticos e posturais da pessoa, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.

Médico Psiquiatra, Médico, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo Clínico, Psicólogo Social, Neuropsicólogo, Fonoaudiólogo, Assistente Social e Pedagogo.

Agente de Ação Social, Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem, e Cuidador em Saúde.

Quarto conjunto de atividades

**03.01.08.030-5 – Matriciamento de equipes da Atenção Básica**

Apoio presencial sistemático às equipes de Atenção Básica que ofereça suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.

**03.01.08.039-9 – Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas**

Apoio presencial sistemático às equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, incluindo UPA, Samu, salas de estabilização, e os serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas que ofereça suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho,

atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.

Médico Psiquiatra, Médico\*, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, **Psicólogo Clínico**, **Psicólogo Social**, Neuropsicólogo, Fonoaudiólogo, Assistente Social e Pedagogo

Cuidador em Saúde

---

#### Quinto conjunto de atividades

##### **03.01.08.034-8 – Ações de reabilitação psicossocial**

Ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho e (ou) economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.

##### **03.01.08.035-6 – Promoção de contratualidade**

Acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana – casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propicie a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.

Médico Psiquiatra, Médico, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, **Psicólogo Clínico**, **Psicólogo Social**, Neuropsicólogo, Fonoaudiólogo, Assistente Social, Musicoterapeuta e Pedagogo.

Agente de Ação Social, Educador Social, Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem, Artesão e Cuidador em Saúde.

---

#### Sexto conjunto de atividades

##### **03.01.08.002-0 – Acolhimento noturno de pacientes em Caps**

Ação de hospitalidade noturna realizada nos Caps como recurso do projeto terapêutico singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais – incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e (ou) impossibilidades de convivência – e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e (ou) comunitário. Não deve exceder o máximo de 14 dias.

*Excluir:* Médico Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Médico Pediatra, Médico Clínico, Médico Psiquiatra, Médico da ESF, Médico Generalista, **Psicólogo Clínico**, **Psicólogo Social**, Neuropsicólogo e Assistente Social.

*Incluir:* Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem.

##### **03.01.08.003-8 – Acolhimento em terceiro turno de paciente em Caps**

Consiste no conjunto de atendimentos desenvolvidos entre 18 e 21 horas.

*Excluir:* Professor de Educação Física no Ensino Superior

*Incluir:* Psicólogo Social, Neuropsicólogo, Musicoterapeuta, Agente de Ação Social, Educador Social, Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem, Artesão

**Procedimentos de centros de atenção psicossocial excluídos (registros Apac):**

03.01.08.006-2 - Acompanhamento intensivo de paciente em saúde mental

03.01.08.012-7 - Acompanhamento semi-intensivo de pacientes em Saúde Mental

03.01.08.010-0 - Acompanhamento não intensivo de paciente em Saúde Mental

03.01.08.005-4 - Acompanhamento intensivo de criança ou ad. com transtornos mentais

03.01.08.011-9 - Acompanhamento semi-intensivo de criança ou adolescente com t. mentais

03.01.08.008-9 - Acomp. não intensivo de criança ou adolesc. com transtornos mentais

03.01.08.007-0 - Acompanhamento intensivo para usuário de álcool / drogas

03.01.08.013-5 - Acompanhamento semi-intensivo para usuário de álcool / drogas

03.01.08.009-7 - Acompanhamento não intensivo de paciente de álcool / drogas

03.01.08.018-6 - Acolhimento



## Anexo 1

### ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS DO PSICÓLOGO NO BRASIL

Conselho Federal de Psicologia - CFP - (2008). *Atribuições profissionais do psicólogo no Brasil*, retiradas de Brasil (2002). Ministério do Trabalho e Emprego. CBO – Classificação Brasileira de Ocupações. Documento consultado em 05 de fevereiro de 2013:

[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr\\_prof\\_psicologo\\_cbo.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo_cbo.pdf)

#### **0-74: Psicólogos**

Os trabalhadores deste grupo de base estudam a estrutura psíquica e os mecanismos de comportamento dos seres humanos. Desempenham tarefas relacionadas a problemas de pessoal, como processos de recrutamento, seleção, orientação profissional e outros similares, à problemática educacional e a estudos clínicos individuais e coletivos. Suas funções consistem em: elaborar e aplicar métodos e técnicas de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos; organizar e aplicar métodos e técnicas de recrutamento, seleção e orientação profissional, proceder à aferição desses processos, para controle de sua validade; realizar estudos e aplicações práticas no campo da educação (creches e escolas); realizar trabalhos em clínicas psicológicas, hospitalares, ambulatoriais, postos de saúde, núcleos e centros de atenção psicossocial; realizar trabalhos nos casos de famílias, crianças e adolescentes, sistemas penitenciários, associações esportivas, comunidades e núcleos rurais.

#### **0-74.10: Psicólogo, em geral**

Procede ao estudo e à análise dos processos intra e interpessoais e nos mecanismos do comportamento humano, elaborando e ampliando técnicas psicológicas, como teste para determinação de características afetivas, intelectuais, sensoriais ou motoras, técnicas psicoterápicas e outros métodos de verificação, para possibilitar a orientação, seleção e treinamento no campo profissional, no diagnóstico, na identificação e interferência nos fatores determinantes na ação do indivíduo, em sua história pessoal, familiar, educacional e social: procede à formulação de hipóteses e à sua comprovação experimental, observando a realidade e efetivando experiências de laboratórios e de outra natureza, para obter elementos relevantes ao estudo dos processos de desenvolvimento, inteligência, aprendizagem, personalidade e outros aspectos do comportamento humano e animal; analisa a influência dos fatores hereditários, ambientais e psicossociais e de outras espécies que atuam sobre o indivíduo, entrevistando o paciente, consultando a sua ficha de atendimento, aplicando testes, elaborando psicodiagnóstico e outros métodos de verificação, para orientar-se no

diagnóstico e tratamento psicológico de certos distúrbios comportamentais e de personalidades; promove a saúde na prevenção, no tratamento e reabilitação de distúrbios psíquicos, estudando características individuais e aplicando técnicas adequadas para restabelecer os padrões normais de comportamento e relacionamento humano; elabora e aplica técnicas de exame psicológico, utilizando seu conhecimento e prática metodológica específicos, para determinar os traços e as condições de desenvolvimento da personalidade dos processos intrapsíquicos e interpessoais, nível de inteligência, habilidades, aptidões, e possíveis desajustamentos ao meio social ou de trabalho, outros problemas de ordem psíquica e recomendar a terapia adequada; participa na elaboração de terapias ocupacionais observando as condições de trabalho e as funções e tarefas típicas de cada ocupação, para identificar as aptidões, conhecimento de traços de personalidade compatíveis com as exigências da ocupação e estabelecer um processo de seleção e orientação no campo profissional; efetua o recrutamento, seleção e treinamento, acompanhamento e avaliação de desempenho de pessoal e a orientação profissional, promovendo entrevistas, elaborando e aplicando testes, provas e outras verificações, a fim de fornecer dados a serem utilizados nos serviços de emprego, administração de pessoal e orientação individual; atua no campo educacional, estudando a importância da motivação do ensino, novos métodos de ensino e treinamento, a fim de contribuir para o estabelecimento de currículos escolares e técnicas de ensino adequados e determinação de características especiais necessárias ao professor; reúne informações a respeito do paciente, transcrevendo os dados psicopatológicos obtidos em testes e exames, para elaborar subsídios indispensáveis ao diagnóstico e tratamento das respectivas enfermidades; diagnostica a existência de possíveis problemas na área de distúrbios psíquicos, aplicando e interpretando provas e outros reativos psicológicos, para aconselhar o tratamento ou a forma de resolver as dificuldades momentâneas das tarefas típicas de cada ocupação, para identificar as aptidões, conhecimento de traços de personalidade compatíveis com as exigências da ocupação e estabelecer um processo de seleção e orientação no campo profissional; efetua o recrutamento, seleção e treinamento, acompanhamento e avaliação de desempenho de pessoal e a orientação profissional, promovendo entrevistas, elaborando e aplicando testes, provas e outras verificações, a fim de fornecer dados a serem utilizados nos serviços de emprego, administração de pessoal e orientação individual; atua no campo educacional, estudando a importância da motivação do ensino, novos métodos de ensino e treinamento, a fim de contribuir para o estabelecimento de currículos escolares e técnicas de ensino adequados e determinação de características especiais necessárias ao professor; reúne informações a respeito do paciente, transcrevendo os dados psicopatológicos obtidos em testes e exames, para elaborar subsídios

indispensáveis ao diagnóstico e tratamento das respectivas enfermidades; diagnostica a existência de possíveis problemas na área de distúrbios psíquicos, aplicando e interpretando provas e outros reativos psicológicos, para aconselhar o tratamento ou a forma de resolver as dificuldades momentâneas.

#### **0-74.15: Psicólogo do Trabalho**

Exerce atividades no campo da psicologia aplicada ao trabalho, como recrutamento, seleção orientação, aconselhamento e treinamento profissional, realizando a identificação e análise de funções, tarefas e operações típicas das ocupações, organizando e aplicando testes e provas, realizando entrevistas, sondagem de aptidões e de capacidade profissional e no acompanhamento e avaliação de desempenho de pessoal, para assegurar às empresas ou onde quer que se deem as relações laborais a aquisição de pessoal dotado das habilidades necessárias, e ao indivíduo maior satisfação no trabalho: desempenha atividades relacionadas ao recrutamento, seleção, orientação e treinamento, análise de ocupações e profissiográficas e no acompanhamento de avaliação de desempenho de pessoal, atuando em equipes multiprofissionais e aplicando os métodos e técnicas da psicologia aplicada ao trabalho, como entrevistas, testes, provas, dinâmicas de grupo, etc. para possibilitar a identificação dos candidatos mais adequados ao desempenho da função e subsidiar as decisões na área de recursos humanos como: promoção, movimentação de pessoal, incentivo, remuneração de carreira, capacitação e integração funcional e promover, em consequência, a auto realização no trabalho; desenvolve e analisa, diagnostica e orienta casos na área da saúde observando níveis de prevenção e reabilitação, participando de programas e/ou atividades na área da saúde e segurança de trabalho, subsidiando-os quanto a aspectos psicossociais para proporcionar melhores condições ao trabalhador; atua como consultor interno/externo, participando do desenvolvimento das organizações sociais, para facilitar processos de grupo e de intervenção psicossocial nos diferentes níveis hierárquicos de estruturas formais; planeja e desenvolve ações destinadas a otimizar as relações de trabalho, o sentido de maior produtividade e da realização pessoal dos indivíduos e grupos intervindo nos conflitos e estimulando a criatividade, para buscar melhor qualidade de vida no trabalho; participa do processo de desligamento de funcionário, colaborando nos processos de demissões e no preparo para aposentadorias, a fim de ajudar a elaboração de novos projetos de vida, processos de demissões e no preparo para aposentadorias, a fim de ajudar a elaboração de novos projetos de vida. Pode participar dos serviços técnicos da empresa, colaborando em projetos de construção e adaptação das ferramentas e máquinas de

trabalho do homem (ergonomia). Pode realizar pesquisas e ações no campo das relações capital/ trabalho , bem como de assuntos relacionados à saúde do trabalhador e condições de trabalho. Pode participar da elaboração, implementação e acompanhamento das políticas de recursos humanos. Pode elaborar programas de melhoria de desempenho, aproveitando o potencial e considerando os agentes motivacionais. Pode atuar na relação capital/trabalho no sentido de minimizar conflitos.

#### **0-74.25: Psicólogo Educacional**

Atua, no âmbito da educação, realizando pesquisas, diagnósticos e intervenção psicopedagógica em grupo ou individual, procede ao estudo dos educadores e ao comportamento do aluno em relação ao sistema educacional, às técnicas de ensino empregadas e aquelas a serem adotadas, baseando-se no conhecimento dos programas de aprendizagem e das diferenças individuais para colaborar no planejamento de currículos escolares e na definição de técnicas de educação mais eficazes, a fim de uma melhor receptividade e aproveitamento do aluno e a sua auto realização: elabora e aplica princípios e técnicas psicológicas, empregando conhecimentos dos vários ramos da psicologia, para apropriar o desenvolvimento intelectual, social e emocional do indivíduo; procede ou providencia a reeducação nos casos de dificuldades escolar e familiar, baseando-se nos conhecimentos sobre a psicologia da personalidade e no psicodiagnóstico, para promover o desenvolvimento do indivíduo; estuda sistemas de motivação da aprendizagem, métodos novos de planejamento pedagógico, treinamento, ensino e avaliação, baseando-se no conhecimento dos processos de aprendizagem da natureza e causa das diferenças individuais para ajuda-lo; analisa as características do indivíduo portador de necessidades especiais, empregando métodos de observação e baseando-se em conhecimentos de outras áreas da psicologia, para recomendar programas especiais de ensino compostos de currículos e técnicas adequadas aos diferentes níveis de inteligência; participa de programas de orientação profissional e vocacional, aplicando testes de sondagem de aptidões e por outros meios, a fim de contribuir para a melhor adaptação do indivíduo ao trabalho e sua consequente auto realização; planeja e executa pesquisas relacionadas à compreensão do processo de ensino aprendizagem e conhecimento das características psicossociais da clientela, atualizando e reconstruindo projetos pedagógicos da escola, relevantes ao ensino, bem como suas condições de desenvolvimento e aprendizagem a fim de fundamentar a atuação crítica do psicólogo, dos professores e dos usuários e de criar programas educacionais completos, alternativos ou complementares; participa do trabalho das equipes

de planejamento pedagógico, currículo e políticas educacionais, concentrando sua ação nos aspectos que dizem respeito aos processos de desenvolvimento humano, da aprendizagem e das relações interpessoais e colaborando na constante avaliação e no redirecionamento dos planos e práticas educacionais, para implementar uma metodologia de ensino que favoreça a aprendizagem e o desenvolvimento através de treinamento, quando necessário. Pode supervisionar, orientar e executar outros trabalhos na área da psicologia educacional, de planejamento pedagógico, currículo e políticas educacionais, concentrando sua ação nos aspectos que dizem respeito aos processos de desenvolvimento humano, da aprendizagem e das relações interpessoais e colaborando na constante avaliação e no redirecionamento dos planos e práticas educacionais, para implementar uma metodologia de ensino que favoreça a aprendizagem e o desenvolvimento através de treinamento, quando necessário. Pode supervisionar, orientar e executar outros trabalhos na área da psicologia educacional.

#### **0-74.35: Psicólogo Clínico**

Atua na área específica de saúde, procedendo ao exame de pessoas que apresentam problemas intra e interpessoais, de comportamento familiar ou social ou distúrbios psíquicos, e ao respectivo diagnóstico e terapêutica, empregando enfoque preventivo ou curativo e técnicas psicológicas adequadas e cada caso, afim de contribuir para a possibilidade de o indivíduo elaborar sua inserção na vida comunitária: atende à gestante, acompanhando a gravidez, parto e puerpério para integrar suas vivências emocionais e corporais; prepara pacientes para a entrada, permanência e alta hospitalar, inclusive pacientes terminais, participando das decisões com relação à conduta a ser adotada pela equipe, para oferecer maior apoio, equilíbrio e proteção aos pacientes e seus familiares; acompanha programas de pesquisa, treinamento e política sobre saúde mental, elaborando, coordenando e supervisionando-os, para garantir a qualidade de tratamento em nível de macro e microsistemas; atua junto a equipes multiprofissionais identificando e compreendendo os fatores emocionais, para intervir na saúde geral do indivíduo em unidades básicas, ambulatórios, hospitais, adaptando os indivíduos a fim de propiciar a elaboração das questões concernentes à sua inserção social; participa de programas de atenção primária em centros e postos de saúde na comunidade organizando grupos específicos, para prevenir doenças ou agravamento de fatores emocionais que comprometem o bemestar psicológico; desempenha tarefas similares às do psicólogo, em geral (0-74.10), porém é especializado no estudo, prognóstico e diagnóstico de problemas na área de psicomotricidade e psicopedagogia, problemas emocionais, num grande espectro,

procedendo a terapêuticas, através de técnicas psicológicas a cada caso, como atendimento psicoterapêutico individual, de casal, familiar ou em grupo, ludoterapia, arteterapia, psicomotricidade e outras, avaliando através de entrevistas e testes de dinâmica de grupo, a fim de contribuir para prevenção, tratamento e elaboração pelo indivíduo à sua inserção na sociedade.

#### **0-74.45: Psicólogo de Trânsito**

Procede ao estudo no campo dos processos psicológicos, psicossociais e psicofísicos relacionados aos problemas de trânsito, elaborando e aplicando técnicas psicológicas, como exames psicotécnicos, para a determinação de aptidões motoras, físicas, sensoriais e outros métodos de verificação, para possibilitar a habilitação de candidatos à carteira de motorista e colaborar na elaboração e implantação de sistema de sinalização, prevenção de acidentes e educação de trânsito: desenvolve pesquisas científicas no campo dos processos psicológicos, psicossociais e psicofísicos, relacionando-os às questões do trânsito, para elaborar e implantar programas de treinamento à capacitação; realiza exames em candidatos à habilitação de trânsito, aplicando entrevistas e testes psicotécnicos, para dirigir veículos automotores, participa de equipes multiprofissionais, elaborando e aplicando técnicas psicológicas em programas, para prevenir acidentes de trânsito; avalia a relação causa-efeito na ocorrência de acidentes de trânsito, levando atitudes-padrão dos envolvidos nessas ocorrências, para sugerir formas de evitar e/ou atenuar as suas incidências; colabora com as autoridades competentes, quando designado, apresentando laudos, pareceres ou estudos sobre a natureza psicológica dos fatos, para favorecer a aplicação da lei e da justiça, elabora e aplica técnicas de mensuração das aptidões, habilidades e capacidade psicológicas dos motoristas e candidatos à habilitação, atuando em equipes multiprofissionais, para aplicar os métodos psicotécnicos de diagnóstico; desenvolve estudos, relativos à educação e ao comportamento individual e coletivo na situação de trânsito, especialmente nos complexos urbanos, levantando atitudes-padrão dos envolvidos e sua causa/efeito, para sugerir formas de evitar e atenuar as ocorrências, psicológicas em programas, para prevenir acidentes de trânsito; avalia a relação causa-efeito na ocorrência de acidentes de trânsito, levando atitudes-padrão dos envolvidos nessas ocorrências, para sugerir formas de evitar e/ou atenuar as suas incidências; colabora com as autoridades competentes, quando designado, apresentando laudos, pareceres ou estudos sobre a natureza psicológica dos fatos, para favorecer a aplicação da lei e da justiça, elabora e aplica técnicas de mensuração das aptidões, habilidades e capacidade psicológicas dos motoristas e candidatos à habilitação,

atuando em equipes multiprofissionais, para aplicar os métodos psicotécnicos de diagnóstico; desenvolve estudos, relativos à educação e ao comportamento individual e coletivo na situação de trânsito, especialmente nos complexos urbanos, levantando atitudes-padrão dos envolvidos e sua causa/efeito, para sugerir formas de evitar e atenuar as ocorrências. Pode atuar como perito em exames para motorista objetivando sua readaptação ou reabilitação profissional. Pode prestar assessoria e consultoria a órgãos públicos e normativos em matéria de trânsito.

#### **0-74.50: Psicólogo Jurídico**

Atua no âmbito da Justiça, colaborando no planejamento e execução de políticas de cidadania, direitos humanos e prevenção da violência, centrando sua atuação na orientação do dado psicológico repassado não só para os juristas como também aos indivíduos que carecem de tal intervenção, para possibilitar a avaliação das características de personalidade e fornecer subsídios ao processo judicial, além de contribuir para a formulação, revisão e interpretação das leis: avalia as condições intelectuais e emocionais de crianças, adolescentes e adultos em conexão com processos jurídicos, seja por deficiência mental e insanidade, testamentos contestados, aceitação em lares adotivos, posse e guarda de crianças, aplicando métodos e técnicas psicológicas e/ou de psicometria, para determinar a responsabilidade legal por atos criminosos; atua como perito judicial nas varas cíveis, criminais, Justiça do Trabalho, da família, da criança e do adolescente, elaborando laudos, pareceres e perícias, para serem anexados aos processos, a fim de realizar atendimento e orientação a crianças, adolescentes, detentos e seus familiares; orienta a administração e os colegiados do sistema penitenciário sob o ponto de vista psicológico, usando métodos e técnicas adequados, para estabelecer tarefas educativas e profissionais que os internos possam exercer nos estabelecimentos penais; realiza atendimento psicológico a indivíduos que buscam a Vara de Família, fazendo diagnósticos e usando terapêuticas próprias, para organizar e resolver questões levantadas; participa de audiência, prestando informações, para esclarecer aspectos técnicos em psicologia a leigos ou leitores do trabalho pericial psicológico; atua em pesquisas e programas sócio-educativos e de prevenção à violência, construindo ou adaptando instrumentos de investigação psicológica, para atender às necessidades de crianças e adolescentes em situação de risco, abandonados ou infratores; elabora petições sempre que solicitar alguma providência ou haja necessidade de comunicar-se com o juiz durante a execução de perícias, para serem juntadas aos processos; realiza avaliação das características da personalidade, através de triagem psicológica, avaliação de

periculosidade e outros exames psicológicos no sistema penitenciário, para os casos de pedidos de benefícios, tais como transferência para estabelecimento semiaberto, livramento condicional e/ou outros semelhantes, avaliação de periculosidade e outros exames psicológicos no sistema penitenciário, para os casos de pedidos de benefícios, tais como transferência para estabelecimento semiaberto, livramento condicional e/ou outros semelhantes. Pode realizar pesquisa visando à construção e ampliação do conhecimento psicológico aplicado ao campo do direito. Pode realizar orientação psicológica a casais antes da entrada nupcial da petição, assim como das audiências de conciliação. Pode realizar atendimento a crianças envolvidas em situações que chegam às instituições de direito, visando à preservação de sua saúde mental. Pode auxiliar juizados na avaliação e assistência psicológica de menores e seus familiares, bem como assessorá-los no encaminhamento a terapia psicológicas quando necessário. Pode prestar atendimento e orientação a detentos e seus familiares visando à preservação da saúde. Pode fazer acompanhamento de detento em liberdade condicional, na internação em hospital penitenciário, bem como atuar no apoio psicológico à sua família. Pode desenvolver estudos e pesquisas na área criminal, constituindo ou adaptando o instrumentos de investigação psicológica.

#### **0-74.55: Psicólogo de Esporte**

Procede ao estudo e exame do comportamento e das características psicológicas dos esportistas, elaborando, desenvolvendo e aplicando técnicas apropriadas, como testes para determinação de perfis de personalidade, de capacidade motora, sensorial e outros métodos de verificação para possibilitar o diagnóstico e orientação individual ou grupal dentro da atividade que desempenha: realiza estudos e pesquisas individuais ou e equipe multidisciplinar, observando o contexto da atividade esportiva, a fim de oferecer o conhecimento técnico e prático do comportamento dos atletas, dos dirigentes e do público, realiza atendimentos individuais ou em grupo de atletas, empregando técnicas psicoterápicas adequadas a cada caso, a fim de preparar psicologicamente o desempenho da atividade; elabora e participa de programas e estudos educacionais, recreativos e de reabilitação física, orientando a efetivação de um trabalho de caráter profilático ou corretivo, para conseguir o bem-estar dos indivíduos; desenvolve ações para realização pessoal e melhoria de desempenho do atleta, utilizando-se de técnicas psicológicas adequadas, para otimizar as relações entre atletas, pessoal técnico e dirigentes; participa, em equipe multiprofissional, da preparação de planos de trabalho procedendo ao exame das características psicológicas dos esportistas, a fim de conseguir o aperfeiçoamento ou ajustamento aos objetivos da atividade.



Pode acompanhar e observar o comportamento de atletas, visando ao estudo das variáveis psicológicas que interferem no desempenho de suas atividades específicas, como treinos e competições dos atletas, visando ao estudo das variáveis psicológicas que interferem no desempenho de suas atividades específicas, como treinos e competições. Pode colaborar para a compreensão e mudança, se necessário, do comportamento de educadores no processo de ensino e aprendizagem e nas relações intra e interpessoais que ocorrem nos meios esportivos.

#### **0-74.60: Psicólogo Social**

Exerce atividades no campo da psicologia aplicada ao trabalho social, orientando os indivíduos no que concerne a problemas de caráter social com o objetivo de leva-los a achar e utilizar os recursos e meios necessários para superar suas dificuldades e conseguir atingir metas determinadas: atua junto a organizações comunitárias e em equipes multiprofissionais, diagnosticando, planejando e executando os programas no âmbito da saúde, lazer, educação, trabalho e segurança pra ajudar os indivíduos e suas famílias a resolver seus problemas e superar suas dificuldades; dedica-se à luta contra a delinquência, organizando e supervisionando atividades educativas, sociais e recreativas em centros comunitários, para recuperar e integrar os indivíduos à sociedade; colabora com a Justiça, quando solicitado, apresentando laudos, pareceres e depoimentos, para servir como instrumentos comprobatórios para melhor aplicação da lei e da justiça; assessora órgãos públicos ou de caráter social, técnico e de consciência política, para resolver situações planejadas ou não; dedica-se à luta contra delinquência e fenômenos sociais emergentes, organizando e supervisionando programas sociais e recreativos, em centros comunitários ou equivalentes, para buscar a melhoria das relações interpessoais e intergrupais, estendendo-a ao contexto sócio-histórico-cultural. Pode realizar levantamentos de demanda para planejamento, execução e avaliação de programas junto ao meio ambiente. Pode realizar trabalhos para uma instituição, investigando, examinando e tratando seus objetivos, funções e tarefas em lideranças formais e informais e nas comunicações e relações de poder. Pode trabalhar o campo das forças instituídas e instituintes, intervindo nos processos psicológicos que afetam a estrutura institucional. Pode promover estudos sobre características psicossociais de grupos étnicos, religioso, classes e segmentos sociais e culturais. Pode atuar junto aos meios de comunicação, assessorando quanto aos aspectos psicológicos nas técnicas de comunicação e propaganda.

**0-74.90: Outros Psicólogos**

Incluem-se aqui os psicólogos não classificados nas anteriores epígrafes deste grupo de base, por exemplo, os que se encarregam da formulação de hipóteses e de sua comprovação experimental, os que se ocupam dos aspectos psicológicos dos programas e medidas de prevenção de acidentes nas empresas, os que se dedicam à pesquisa, análise e comprovação de fenômenos sobrenaturais provavelmente procedente de faculdades humanas.

## Anexo 2

# Diário Oficial

## Imprensa Nacional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
BRASÍLIA - DF

Nº 165 – DOU – 24/08/12 – seção 1 – p.54

### MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

#### PORTARIA Nº 854, DE 22 DE AGOSTO DE 2012

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,  
Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;  
Considerando as orientações contidas na Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que define e caracteriza as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na rede SUS;  
Considerando a Portaria nº 130/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24h (CAPS AD III);  
Considerando a Portaria nº 3.089/GM, de 23 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);  
Considerando a necessidade de aperfeiçoamento e adequação do modelo de atenção oferecida pelo SUS aos usuários de da rede de saúde mental, álcool e outras drogas e de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social;  
Considerando a necessidade de informar no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) os procedimentos resultantes de ações de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e  
Considerando a necessidade de qualificar a informação relativa aos atendimentos realizados nos CAPS, resolve:

Art. 1º Ficam alterados, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde os seguintes atributos dos procedimentos a seguir especificados, a partir da competência Outubro de 2012:

Procedimento:	03.01.08.002-0 ACOLHIMENTO NOTURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Descrição:	AÇÃO DE HOSPITALIDADE NOTURNA REALIZADA NOS CAPS COMO RECURSO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DE USUÁRIOS JÁ EM ACOMPANHAMENTO NO SERVIÇO, QUE RECORRE AO SEU AFASTAMENTO DE SITUAÇÕES CONFLITUOSAS E VISE AO MANEJO DE SITUAÇÕES DE CRISE MOTIVADAS POR SOFRIMENTO DECORRENTE DE TRANSTORNOS MENTAIS - INCLUÍDOS AQUELES POR USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E QUE ENVOLVEM CONFLITOS RELACIONAIS CARACTERIZADOS POR RUPTURAS FAMILIARES, COMUNITÁRIAS, LIMITES DE COMUNICAÇÃO E/OU IMPOSSIBILIDADES DE CONVIVÊNCIA - E QUE OBJETIVE A RETOMADA, O RESGATE E O REDIMENSIONAMENTO DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS, O CONVÍVIO FAMILIAR E/OU COMUNITÁRIO. NÃO DEVE EXCEDER O MÁXIMO DE 14 DIAS.
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Quantidade Máxima:	14
Especialidade do Leito:	84 - Leito de Acolhimento Noturno
CBO:	Excluir: 2231F9, 223905, 225124, 225125, 225133, 225142, 225170, 251510, 251530,

	251545, 251605; Incluir: 322230, 322205
CID:	Incluir: F0630, F0631, F0632, F0633, F10, F100, F1000, F1001, F1002, F1003, F1004, F1005, F1006, F1007, F1020, F1021, F1022, F1023, F1024, F1025, F1026, F104, F1040, F1041, F1050, F1051, F1052, F1053, F1054, F1055, F1056, F1070, F1071, F1072, F1073, F1074, F1075, F110, F1100, F1101, F1102, F1103, F1104, F1105, F1106, F1107, F1120, F1121, F1122, F1123, F1124, F1125, F1126, F114, F1140, F1141, F1150, F1151, F1152, F1153, F1154, F1155, F1156, F1170, F1171, F1172, F1173, F1174, F1175, F120, F1200, F1201, F1202, F1203, F1204, F1205, F1206, F1207, F1220, F1221, F1222, F1223, F1224, F1225, F1226, F124, F1240, F1241, F1250, F1251, F1252, F1253, F1254, F1255, F1256, F1270, F1271, F1272, F1273, F1274, F1275, F130, F1300, F1301, F1302, F1303, F1304, F1305, F1306, F1307, F1320, F1321, F1322, F1323, F1324, F1325, F1326, F134, F1340, F1341, F1350, F1351, F1352, F1353, F1354, F1355, F1356, F1370, F1371, F1372, F1373, F1374, F1375, F140, F1400, F1401, F1402, F1403, F1404, F1405, F1406, F1407, F1420, F1421, F1422, F1423, F1424, F1425, F1426, F144, F1440, F1441, F1450, F1451, F1452, F1453, F1454, F1455, F1456, F1470, F1471, F1472, F1473, F1474, F1475, F150, F1500, F1501, F1502, F1503, F1504, F1505, F1506, F1507, F1520, F1521, F1522, F1523, F1524, F1525, F1526, F154, F1540, F1541, F1550, F1551, F1552, F1553, F1554, F1555, F1556, F1570, F1571, F1572, F1573, F1574, F1575, F160, F1600, F1601, F1602, F1603, F1604, F1605, F1606, F1607, F1620, F1621, F1622, F1623, F1624, F1625, F1626, F164, F1640, F1641, F1650, F1651, F1652, F1653, F1654, F1655, F1656, F1670, F1671, F1672, F1673, F1674, F1675, F170, F1700, F1701, F1702, F1703, F1704, F1705, F1706, F1707, F1720, F1721, F1722, F1723, F1724, F1725, F1726, F174, F1740, F1741, F1750, F1751, F1752, F1753, F1754, F1755, F1756, F1770, F1771, F1772, F1773, F1774, F1775, F180, F1800, F1801, F1802, F1803, F1804, F1805, F1806, F1807, F1820, F1821, F1822, F1823, F1824, F1825, F1826, F184, F1840, F1841, F1850, F1851, F1852, F1853, F1854, F1855, F1856, F1870, F1871, F1872, F1873, F1874, F1875, F190, F1900, F1901, F1902, F1903, F1904, F1905, F1906, F1907, F1920, F1921, F1922, F1923, F1924, F1925, F1926, F194, F1940, F1941, F1950, F1951, F1952, F1953, F1954, F1955, F1956, F1970, F1971, F1972, F1973, F1974, F1975, F28, F29, F4320, F4321, F4322, F4323, F4324, F4325, F4328, F4480, F4481, F4482, F4488, F4530, F4531, F4532, F4533, F4534, F4538, F510, F511, F512, F513, F514, F515, F518, F519, F520, F521, F5210, F5211, F522, F523, F524, F525, F526, F527, F528, F529, F530, F538, F539, F54, F550, F551, F552, F553, F554, F555, F556, F558, F559, F59, F6030, F6031, F610, F611, F640, F641, F642, F648, F649, F650, F651, F652, F653, F654, F655, F656, F658, F659, F660, F661, F662, F668, F669, F680, F681, F688, F730, F731, F738, F739, F800, F801, F802, F803, F808, F809, F810, F811, F812, F813, F818, F819, F82, F83, F88, F89, F900, F901, F908, F909, F910, F911, F912, F913, F918, F919, F920, F928, F929, F930, F931, F932, F933, F938, F939, F940, F941, F942, F948, F949, F950, F951, F952, F958, F959, F980, F981, F982, F983, F984, F985, F986, F988, F989
Habilitação:	Incluir: 06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil - CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

Procedimento:	03.01.08.003-8 ACOLHIMENTO EM TERCEIRO TURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Descrição:	CONSISTE NO CONJUNTO DE ATENDIMENTOS DESENVOLVIDOS NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE 18 E 21 HORAS.
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Quantidade Máxima:	30
CBO:	Excluir: 234410 Incluir: 251530, 251545, 223915, 515310, 515305, 322230, 322205, 7 9 11 *
CID:	Incluir: F000, F001, F002, F009, F010, F011, F012, F013, F018, F019, F020, F021, F022, F023, F024, F028, F03, F04, F050, F051, F058, F059, F060, F061, F062, F063, F0630, F0631, F0632, F0633, F064, F065, F066, F067, F068, F069, F070, F071, F072, F078, F079, F09, F10, F100, F1000, F1001, F1002, F1003, F1004, F1005,

	F1006, F1007, F1020, F1021, F1022, F1023, F1024, F1025, F1026, F104, F1040, F1041, F1050, F1051, F1052, F1053, F1054, F1055, F1056, F1070, F1071, F1072, F1073, F1074, F1075, F110, F1100, F1101, F1102, F1103, F1104, F1105, F1106, F1107, F1120, F1121, F1122, F1123, F1124, F1125, F1126, F114, F1140, F1141, F1150, F1151, F1152, F1153, F1154, F1155, F1156, F1170, F1171, F1172, F1173, F1174, F1175, F120, F1200, F1201, F1202, F1203, F1204, F1205, F1206, F1207, F1220, F1221, F1222, F1223, F1224, F1225, F1226, F124, F1240, F1241, F1250, F1251, F1252, F1253, F1254, F1255, F1256, F1270, F1271, F1272, F1273, F1274, F1275, F130, F1300, F1301, F1302, F1303, F1304, F1305, F1306, F1307, F1320, F1321, F1322, F1323, F1324, F1325, F1326, F134, F1340, F1341, F1350, F1351, F1352, F1353, F1354, F1355, F1356, F1370, F1371, F1372, F1373, F1374, F1375, F140, F1400, F1401, F1402, F1403, F1404, F1405, F1406, F1407, F1420, F1421, F1422, F1423, F1424, F1425, F1426, F144, F1440, F1441, F1450, F1451, F1452, F1453, F1454, F1455, F1456, F1470, F1471, F1472, F1473, F1474, F1475, F150, F1500, F1501, F1502, F1503, F1504, F1505, F1506, F1507, F1520, F1521, F1522, F1523, F1524, F1525, F1526, F154, F1540, F1541, F1550, F1551, F1552, F1553, F1554, F1555, F1556, F1570, F1571, F1572, F1573, F1574, F1575, F160, F1600, F1601, F1602, F1603, F1604, F1605, F1606, F1607, F1620, F1621, F1622, F1623, F1624, F1625, F1626, F164, F1640, F1641, F1650, F1651, F1652, F1653, F1654, F1655, F1656, F1670, F1671, F1672, F1673, F1674, F1675, F170, F1700, F1701, F1702, F1703, F1704, F1705, F1706, F1707, F1720, F1721, F1722, F1723, F1724, F1725, F1726, F174, F1740, F1741, F1750, F1751, F1752, F1753, F1754, F1755, F1756, F1770, F1771, F1772, F1773, F1774, F1775, F180, F1800, F1801, F1802, F1803, F1804, F1805, F1806, F1807, F1820, F1821, F1822, F1823, F1824, F1825, F1826, F184, F1840, F1841, F1850, F1851, F1852, F1853, F1854, F1855, F1856, F1870, F1871, F1872, F1873, F1874, F1875, F190, F1900, F1901, F1902, F1903, F1904, F1905, F1906, F1907, F1920, F1921, F1922, F1923, F1924, F1925, F1926, F194, F1940, F1941, F1950, F1951, F1952, F1953, F1954, F1955, F1956, F1970, F1971, F1972, F1973, F1974, F1975, F4320, F4321, F4322, F4323, F4324, F4325, F4328, F4480, F4481, F4482, F4488, F4530, F4531, F4532, F4533, F4534, F4538, F5210, F5211, F550, F551, F552, F553, F554, F555, F556, F558, F559, F6030, F6031, F610, F611, F640, F641, F642, F648, F649, F650, F651, F652, F653, F654, F655, F656, F658, F659, F660, F661, F662, F668, F669, F680, F681, F688, F700, F708, F709, F711, F718, F719, F721, F728, F729, F730, F731, F738, F739, F781, F788, F789, F791, F798, F799, F800, F801, F802, F803, F808, F809, F810, F811, F812, F813, F818, F819, F82, F920, F928, F929, F980, F981, F982, F983, F984, F985, F986, F988, F989
Habilitação:	Incluir: 06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil - CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

Art. 2º Ficam incluídos, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, os procedimentos a seguir especificados, a partir da competência Outubro de 2012:

Procedimento:	03.01.08.019-4 - ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Descrição:	AÇÃO DE HOSPITALIDADE DIURNA REALIZADA NOS CAPS COMO RECURSO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR, QUE RECORRE AO AFASTAMENTO DO USUÁRIO DAS SITUAÇÕES CONFLITUOSAS, QUE VISE AO MANEJO DE SITUAÇÕES DE CRISE MOTIVADAS POR SOFRIMENTOS DECORRENTES DE TRANSTORNOS MENTAIS – INCLUÍDOS AQUELES POR USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E QUE ENVOLVEM CONFLITOS RELACIONAIS CARACTERIZADOS POR RUPTURAS FAMILIARES, COMUNITÁRIAS, LIMITES DE COMUNICAÇÃO E/OU IMPOSSIBILIDADES DE CONVIVÊNCIA - E QUE OBJETIVE A RETOMADA, O RESGATE E O REDIMENSIONAMENTO DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS, O CONVÍVIO FAMILIAR E/OU COMUNITÁRIO.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)

Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 5153-05, 322230, 322205, 7911*, 239415, 516220
CID:	F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8, F03, F04, F05.0, F05.1, F05.8, F05.9, F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.30, F06.31, F06.32, F06.33, F06.4, F06.5, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8, F07.9, F09; F10, F10.0, F10.00, F10.01, F10.02, F10.03, F10.04, F10.05, F10.06, F10.07, F10.1, F10.2, F10.20, F10.21, F10.22, F10.23, F10.24, F10.25, F10.26, F10.4, F10.40, F10.41, F10.5, F10.50, F10.51, F10.52, F10.53, F10.54, F10.55, F10.56, F10.6, F10.7, F10.70, F10.71, F10.72, F10.73, F10.74, F10.75, F10.8, F10.9, F11.0, F11.00, F11.01, F11.02, F11.03, F11.04, F11.05, F11.06, F11.07, F11.1, F11.2, F11.20, F11.21, F11.22, F11.23, F11.24, F11.25, F11.26, F11.4, F11.40, F11.41, F11.5, F11.50, F11.51, F11.52, F11.53, F11.54, F11.55, F11.56, F11.6, F11.7, F11.70, F11.71, F11.72, F11.73, F11.74, F11.75, F11.8, F11.9, F12.0, F12.00, F12.01, F12.02, F12.03, F12.04, F12.05, F12.06, F12.07, F12.1, F12.2, F12.20, F12.21, F12.22, F12.23, F12.24, F12.25, F12.26, F12.4, F12.40, F12.41, F12.5, F12.50, F12.51, F12.52, F12.53, F12.54, F12.55, F12.56, F12.6, F12.7, F12.70, F12.71, F12.72, F12.73, F12.74, F12.75, F12.8, F12.9, F13.0, F13.00, F13.01, F13.02, F13.03, F13.04, F13.05, F13.06, F13.07, F13.1, F13.2, F13.20, F13.21, F13.22, F13.23, F13.24, F13.25, F13.26, F13.4, F13.40, F13.41, F13.5, F13.50, F13.51, F13.52, F13.53, F13.54, F13.55, F13.56, F13.6, F13.7, F13.70, F13.71, F13.72, F13.73, F13.74, F13.75, F13.8, F13.9, F14.0, F14.00, F14.01, F14.02, F14.03, F14.04, F14.05, F14.06, F14.07, F14.1, F14.2, F14.20, F14.21, F14.22, F14.23, F14.24, F14.25, F14.26, F14.4, F14.40, F14.41, F14.5, F14.50, F14.51, F14.52, F14.53, F14.54, F14.55, F14.56, F14.6, F14.7, F14.70, F14.71, F14.72, F14.73, F14.74, F14.75, F14.8, F14.9, F15.0, F15.00, F15.01, F15.02, F15.03, F15.04, F15.05, F15.06, F15.07, F15.1, F15.2, F15.20, F15.21, F15.22, F15.23, F15.24, F15.25, F15.26, F15.4, F15.40, F15.41, F15.5, F15.50, F15.51, F15.52, F15.53, F15.54, F15.55, F15.56, F15.6, F15.7, F15.70, F15.71, F15.72, F15.73, F15.74, F15.75, F15.8, F15.9, F16.0, F16.00, F16.01, F16.02, F16.03, F16.04, F16.05, F16.06, F16.07, F16.1, F16.2, F16.20, F16.21, F16.22, F16.23, F16.24, F16.25, F16.26, F16.4, F16.40, F16.41, F16.5, F16.50, F16.51, F16.52, F16.53, F16.54, F16.55, F16.56, F16.6, F16.7, F16.70, F16.71, F16.72, F16.73, F16.74, F16.75, F16.8, F16.9, F17.0, F17.00, F17.01, F17.02, F17.03, F17.04, F17.05, F17.06, F17.07, F17.1, F17.2, F17.20, F17.21, F17.22, F17.23, F17.24, F17.25, F17.26, F17.4, F17.40, F17.41, F17.5, F17.50, F17.51, F17.52, F17.53, F17.54, F17.55, F17.56, F17.6, F17.7, F17.70, F17.71, F17.72, F17.73, F17.74, F17.75, F17.8, F17.9, F18.0, F18.00, F18.01, F18.02, F18.03, F18.04, F18.05, F18.06, F18.07, F18.1, F18.2, F18.20, F18.21, F18.22, F18.23, F18.24, F18.25, F18.26, F18.4, F18.40, F18.41, F18.5, F18.50, F18.51, F18.52, F18.53, F18.54, F18.55, F18.56, F18.6, F18.7, F18.70, F18.71, F18.72, F18.73, F18.74, F18.75, F18.8, F18.9, F19.0, F19.00, F19.01, F19.02, F19.03, F19.04, F19.05, F19.06, F19.07, F19.1, F19.2, F19.20, F19.21, F19.22, F19.23, F19.24, F19.25, F19.26, F19.4, F19.40, F19.41, F19.5, F19.50, F19.51, F19.52, F19.53, F19.54, F19.55, F19.56, F19.6, F19.7, F19.70, F19.71, F19.72, F19.73, F19.74, F19.75, F19.8, F19.9, F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F21, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28, F29; F30.0, F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8, F33.9, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38.0, F38.1, F38.8, F39; F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9, F43.0, F43.1, F43.2, F43.20, F43.21, F43.22, F43.23, F43.24, F43.25, F43.28, F43.8, F43.9, F44.0, F44.1, F44.2, F44.3, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7, F44.8, F44.80, F44.81, F44.82, F44.88, F44.9, F45.0, F45.1,

	F45.2, F45.3, F45.30, F45.31, F45.32, F45.33, F45.34, F45.38, F45.4, F45.8, F45.9, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F51.0, F51.1, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9, F52.0, F52.1, F52.10, F52.11, F52.2, F52.3, F52.4, F52.5, F52.6, F52.7, F52.8, F52.9, F53.0, F53.1, F53.8, F53.9, F54, F55.0, F55.1, F55.2, F55.3, F55.4, F55.5, F55.6, F55.8, F55.9, F59, F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.30, F60.31, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61.0, F61.1, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F63.0, F63.1, F63.2, F63.3, F63.8, F63.9, F64.0, F64.1, F64.2, F64.8, F64.9, F65.0, F65.1, F65.2, F65.3, F65.4, F65.5, F65.6, F65.8, F65.9, F66.0, F66.1, F66.2, F66.8, F66.9, F68.0, F68.1, F68.8, F69, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.3, F80.8, F80.9, F81.0, F81.1, F81.2, F81.3, F81.8, F81.9, F82, F83, F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9, F88, F89, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.3, F93.8, F93.9, F94.0, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.0, F98.1, F98.2, F98.3, F98.4, F98.5, F98.6, F98.8, F98.9, F99
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

Procedimento:	03.01.08.020-8 -ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Descrição:	ATENDIMENTO DIRECIONADO À PESSOA, QUE COMPORTE DIFERENTES MODALIDADES, RESPONDA ÀS NECESSIDADES DE CADA UM - INCLUINDO OS CUIDADOS DE CLÍNICA GERAL - QUE VISAM À ELABORAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR OU DELE DERIVAM, PROMOVAM AS CAPACIDADES DOS SUJEITOS, DE MODO A TOR-NAR POSSÍVEL QUE ELES SE ARTICULEM COM OS RECURSOS EXISTENTES NA UNIDADE E FORA DELA.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 5153-05, 322230, 322205, 7911*, 239415, 516220
CID:	F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8, F03, F04, F05.0, F05.1, F05.8, F05.9, F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.30, F06.31, F06.32, F06.33, F06.4, F06.5, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8, F07.9, F09; F10, F10.0, F10.00, F10.01, F10.02, F10.03, F10.04, F10.05, F10.06, F10.07, F10.1, F10.2, F10.20, F10.21, F10.22, F10.23, F10.24, F10.25, F10.26, F10.4, F10.40, F10.41, F10.5, F10.50, F10.51, F10.52, F10.53, F10.54, F10.55, F10.56, F10.6, F10.7, F10.70, F10.71, F10.72, F10.73, F10.74, F10.75, F10.8, F10.9, F11.0, F11.00, F11.01, F11.02, F11.03, F11.04, F11.05, F11.06, F11.07, F11.1, F11.2, F11.20, F11.21, F11.22, F11.23, F11.24, F11.25, F11.26, F11.4, F11.40, F11.41, F11.5, F11.50, F11.51, F11.52, F11.53, F11.54, F11.55, F11.56, F11.6, F11.7, F11.70, F11.71, F11.72, F11.73, F11.74, F11.75, F11.8, F11.9, F12.0, F12.00, F12.01, F12.02, F12.03, F12.04, F12.05, F12.06, F12.07, F12.1, F12.2, F12.20, F12.21, F12.22, F12.23, F12.24, F12.25, F12.26, F12.4, F12.40, F12.41, F12.5, F12.50, F12.51, F12.52, F12.53, F12.54, F12.55, F12.56, F12.6, F12.7,

	<p>F12.70, F12.71, F12.72, F12.73, F12.74, F12.75, F12.8, F12.9, F13.0, F13.00, F13.01, F13.02, F13.03, F13.04, F13.05, F13.06, F13.07, F13.1, F13.2, F13.20, F13.21, F13.22, F13.23, F13.24, F13.25, F13.26, F13.4, F13.40, F13.41, F13.5, F13.50, F13.51, F13.52, F13.53, F13.54, F13.55, F13.56, F13.6, F13.7, F13.70, F13.71, F13.72, F13.73, F13.74, F13.75, F13.8, F13.9, F14.0, F14.00, F14.01, F14.02, F14.03, F14.04, F14.05, F14.06, F14.07, F14.1, F14.2, F14.20, F14.21, F14.22, F14.23, F14.24, F14.25, F14.26, F14.4, F14.40, F14.41, F14.5, F14.50, F14.51, F14.52, F14.53, F14.54, F14.55, F14.56, F14.6, F14.7, F14.70, F14.71, F14.72, F14.73, F14.74, F14.75, F14.8, F14.9, F15.0, F15.00, F15.01, F15.02, F15.03, F15.04, F15.05, F15.06, F15.07, F15.1, F15.2, F15.20, F15.21, F15.22, F15.23, F15.24, F15.25, F15.26, F15.4, F15.40, F15.41, F15.5, F15.50, F15.51, F15.52, F15.53, F15.54, F15.55, F15.56, F15.6, F15.7, F15.70, F15.71, F15.72, F15.73, F15.74, F15.75, F15.8, F15.9, F16.0, F16.00, F16.01, F16.02, F16.03, F16.04, F16.05, F16.06, F16.07, F16.1, F16.2, F16.20, F16.21, F16.22, F16.23, F16.24, F16.25, F16.26, F16.4, F16.40, F16.41, F16.5, F16.50, F16.51, F16.52, F16.53, F16.54, F16.55, F16.56, F16.6, F16.7, F16.70, F16.71, F16.72, F16.73, F16.74, F16.75, F16.8, F16.9, F17.0, F17.00, F17.01, F17.02, F17.03, F17.04, F17.05, F17.06, F17.07, F17.1, F17.2, F17.20, F17.21, F17.22, F17.23, F17.24, F17.25, F17.26, F17.4, F17.40, F17.41, F17.5, F17.50, F17.51, F17.52, F17.53, F17.54, F17.55, F17.56, F17.6, F17.7, F17.70, F17.71, F17.72, F17.73, F17.74, F17.75, F17.8, F17.9, F18.0, F18.00, F18.01, F18.02, F18.03, F18.04, F18.05, F18.06, F18.07, F18.1, F18.2, F18.20, F18.21, F18.22, F18.23, F18.24, F18.25, F18.26, F18.4, F18.40, F18.41, F18.5, F18.50, F18.51, F18.52, F18.53, F18.54, F18.55, F18.56, F18.6, F18.7, F18.70, F18.71, F18.72, F18.73, F18.74, F18.75, F18.8, F18.9, F19.0, F19.00, F19.01, F19.02, F19.03, F19.04, F19.05, F19.06, F19.07, F19.1, F19.2, F19.20, F19.21, F19.22, F19.23, F19.24, F19.25, F19.26, F19.4, F19.40, F19.41, F19.5, F19.50, F19.51, F19.52, F19.53, F19.54, F19.55, F19.56, F19.6, F19.7, F19.70, F19.71, F19.72, F19.73, F19.74, F19.75, F19.8, F19.9, F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F21, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28, F29; F30.0, F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8, F33.9, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38.0, F38.1, F38.8, F39; F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9, F43.0, F43.1, F43.2, F43.20, F43.21, F43.22, F43.23, F43.24, F43.25, F43.28, F43.8, F43.9, F44.0, F44.1, F44.2, F44.3, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7, F44.8, F44.80, F44.81, F44.82, F44.88, F44.9, F45.0, F45.1, F45.2, F45.3, F45.30, F45.31, F45.32, F45.33, F45.34, F45.38, F45.4, F45.8, F45.9, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F51.0, F51.1, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9, F52.0, F52.1, F52.10, F52.11, F52.2, F52.3, F52.4, F52.5, F52.6, F52.7, F52.8, F52.9, F53.0, F53.1, F53.8, F53.9, F54, F55.0, F55.1, F55.2, F55.3, F55.4, F55.5, F55.6, F55.8, F55.9, F59, F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.30, F60.31, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61.0, F61.1, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F63.0, F63.1, F63.2, F63.3, F63.8, F63.9, F64.0, F64.1, F64.2, F64.8, F64.9, F65.0, F65.1, F65.2, F65.3, F65.4, F65.5, F65.6, F65.8, F65.9, F66.0, F66.1, F66.2, F66.8, F66.9, F68.0, F68.1, F68.8, F69, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.3, F80.8, F80.9, F81.0, F81.1, F81.2, F81.3, F81.8, F81.9, F82, F83, F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9, F88, F89, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.3, F93.8, F93.9, F94.0, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.0, F98.1, F98.2, F98.3, F98.4, F98.5, F98.6, F98.8, F98.9, F99</p>
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III
Procedimento:	03.01.08.021-6 - ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Descrição:	AÇÕES DESENVOLVIDAS COLETIVAMENTE QUE explorem AS POTENCIALIDADES DAS SITUAÇÕES GRUPAIS COM VARIADAS



	FINALIDADES, COMO RECURSO PARA PROMOVER SOCIABILIDADE, INTERMEDIAR RELAÇÕES, MANEJAR DIFICULDADES RELACIONAIS, POSSIBILITEM EXPERIÊNCIA DE CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA, VIVÊNCIA DE PERTENCIMENTO, TROCA DE AFETOS, AUTOESTIMA, AUTONOMIA E EXERCÍCIO DE CIDADANIA.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 515305, 322230, 322205, 7911*, 239415, 516220
CID:	F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8, F03, F04, F05.0, F05.1, F05.8, F05.9, F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.30, F06.31, F06.32, F06.33, F06.4, F06.5, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8, F07.9, F09; F10, F10.0, F10.00, F10.01, F10.02, F10.03, F10.04, F10.05, F10.06, F10.07, F10.1, F10.2, F10.20, F10.21, F10.22, F10.23, F10.24, F10.25, F10.26, F10.4, F10.40, F10.41, F10.5, F10.50, F10.51, F10.52, F10.53, F10.54, F10.55, F10.56, F10.6, F10.7, F10.70, F10.71, F10.72, F10.73, F10.74, F10.75, F10.8, F10.9, F11.0, F11.00, F11.01, F11.02, F11.03, F11.04, F11.05, F11.06, F11.07, F11.1, F11.2, F11.20, F11.21, F11.22, F11.23, F11.24, F11.25, F11.26, F11.4, F11.40, F11.41, F11.5, F11.50, F11.51, F11.52, F11.53, F11.54, F11.55, F11.56, F11.6, F11.7, F11.70, F11.71, F11.72, F11.73, F11.74, F11.75, F11.8, F11.9, F12.0, F12.00, F12.01, F12.02, F12.03, F12.04, F12.05, F12.06, F12.07, F12.1, F12.2, F12.20, F12.21, F12.22, F12.23, F12.24, F12.25, F12.26, F12.4, F12.40, F12.41, F12.5, F12.50, F12.51, F12.52, F12.53, F12.54, F12.55, F12.56, F12.6, F12.7, F12.70, F12.71, F12.72, F12.73, F12.74, F12.75, F12.8, F12.9, F13.0, F13.00, F13.01, F13.02, F13.03, F13.04, F13.05, F13.06, F13.07, F13.1, F13.2, F13.20, F13.21, F13.22, F13.23, F13.24, F13.25, F13.26, F13.4, F13.40, F13.41, F13.5, F13.50, F13.51, F13.52, F13.53, F13.54, F13.55, F13.56, F13.6, F13.7, F13.70, F13.71, F13.72, F13.73, F13.74, F13.75, F13.8, F13.9, F14.0, F14.00, F14.01, F14.02, F14.03, F14.04, F14.05, F14.06, F14.07, F14.1, F14.2, F14.20, F14.21, F14.22, F14.23, F14.24, F14.25, F14.26, F14.4, F14.40, F14.41, F14.5, F14.50, F14.51, F14.52, F14.53, F14.54, F14.55, F14.56, F14.6, F14.7, F14.70, F14.71, F14.72, F14.73, F14.74, F14.75, F14.8, F14.9, F15.0, F15.00, F15.01, F15.02, F15.03, F15.04, F15.05, F15.06, F15.07, F15.1, F15.2, F15.20, F15.21, F15.22, F15.23, F15.24, F15.25, F15.26, F15.4, F15.40, F15.41, F15.5, F15.50, F15.51, F15.52, F15.53, F15.54, F15.55, F15.56, F15.6, F15.7, F15.70, F15.71, F15.72, F15.73, F15.74, F15.75, F15.8, F15.9, F16.0, F16.00, F16.01, F16.02, F16.03, F16.04, F16.05, F16.06, F16.07, F16.1, F16.2, F16.20, F16.21, F16.22, F16.23, F16.24, F16.25, F16.26, F16.4, F16.40, F16.41, F16.5, F16.50, F16.51, F16.52, F16.53, F16.54, F16.55, F16.56, F16.6, F16.7, F16.70, F16.71, F16.72, F16.73, F16.74, F16.75, F16.8, F16.9, F17.0, F17.00, F17.01, F17.02, F17.03, F17.04, F17.05, F17.06, F17.07, F17.1, F17.2, F17.20, F17.21, F17.22, F17.23, F17.24, F17.25, F17.26, F17.4, F17.40, F17.41, F17.5, F17.50, F17.51, F17.52, F17.53, F17.54, F17.55, F17.56, F17.6, F17.7, F17.70, F17.71, F17.72, F17.73, F17.74, F17.75, F17.8, F17.9, F18.0, F18.00, F18.01, F18.02, F18.03, F18.04, F18.05, F18.06, F18.07, F18.1, F18.2, F18.20, F18.21, F18.22, F18.23, F18.24, F18.25, F18.26, F18.4, F18.40, F18.41, F18.5, F18.50, F18.51, F18.52, F18.53, F18.54, F18.55, F18.56, F18.6, F18.7, F18.70, F18.71, F18.72, F18.73, F18.74, F18.75, F18.8, F18.9, F19.0, F19.00, F19.01, F19.02, F19.03, F19.04, F19.05, F19.06, F19.07, F19.1, F19.2, F19.20, F19.21, F19.22, F19.23, F19.24, F19.25, F19.26, F19.4, F19.40, F19.41, F19.5, F19.50, F19.51, F19.52, F19.53, F19.54, F19.55, F19.56, F19.6, F19.7, F19.70, F19.71, F19.72, F19.73, F19.74, F19.75, F19.8,

	F19.9, F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F21, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28, F29; F30.0, F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8, F33.9, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38.0, F38.1, F38.8, F39; F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9, F43.0, F43.1, F43.2, F43.20, F43.21, F43.22, F43.23, F43.24, F43.25, F43.28, F43.8, F43.9, F44.0, F44.1, F44.2, F44.3, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7, F44.8, F44.80, F44.81, F44.82, F44.88, F44.9, F45.0, F45.1, F45.2, F45.3, F45.30, F45.31, F45.32, F45.33, F45.34, F45.38, F45.4, F45.8, F45.9, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F51.0, F51.1, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9, F52.0, F52.1, F52.10, F52.11, F52.2, F52.3, F52.4, F52.5, F52.6, F52.7, F52.8, F52.9, F53.0, F53.1, F53.8, F53.9, F54, F55.0, F55.1, F55.2, F55.3, F55.4, F55.5, F55.6, F55.8, F55.9, F59, F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.30, F60.31, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61.0, F61.1, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F63.0, F63.1, F63.2, F63.3, F63.8, F63.9, F64.0, F64.1, F64.2, F64.8, F64.9, F65.0, F65.1, F65.2, F65.3, F65.4, F65.5, F65.6, F65.8, F65.9, F66.0, F66.1, F66.2, F66.8, F66.9, F68.0, F68.1, F68.8, F69, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.3, F80.8, F80.9, F81.0, F81.1, F81.2, F81.3, F81.8, F81.9, F82, F83, F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9, F88, F89, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.3, F93.8, F93.9, F94.0, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.0, F98.1, F98.2, F98.3, F98.4, F98.5, F98.6, F98.8, F98.9, F99
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicos-social Infanto-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

Procedimento:	03.01.08.022-4 - ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Descrição:	AÇÕES VOLTADAS PARA O ACOLHIMENTO INDIVIDUAL OU COLETIVO DOS FAMILIARES E SUAS DEMANDAS, SEJAM ELAS DECORRENTES OU NÃO DA RELAÇÃO DIRETA COM OS USUÁRIOS, QUE GARANTA A CORRESPONSABILIZAÇÃO NO CONTEXTO DO CUIDADO, PROPICIE O COMPARTILHAMENTO DE EXPERIÊNCIAS E INFORMAÇÕES COM VISTAS A SENSIBILIZAR, MOBILIZAR E ENVOLVÊ-LOS NO ACOMPANHAMENTO DAS MAIS VARIADAS SITUAÇÕES DE VIDA.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 5153-05, 322230, 322205, 7911*, 239415, 516220
CID:	F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8, F03, F04, F05.0, F05.1, F05.8, F05.9, F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.30, F06.31, F06.32, F06.33, F06.4, F06.5, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8, F07.9, F09; F10, F10.0, F10.00, F10.01, F10.02, F10.03, F10.04, F10.05, F10.06, F10.07, F10.1, F10.2, F10.20, F10.21, F10.22, F10.23,

	<p>F10.24, F10.25, F10.26, F10.4, F10.40, F10.41, F10.5, F10.50, F10.51, F10.52, F10.53, F10.54, F10.55, F10.56, F10.6, F10.7, F10.70, F10.71, F10.72, F10.73, F10.74, F10.75, F10.8, F10.9, F11.0, F11.00, F11.01, F11.02, F11.03, F11.04, F11.05, F11.06, F11.07, F11.1, F11.2, F11.20, F11.21, F11.22, F11.23, F11.24, F11.25, F11.26, F11.4, F11.40, F11.41, F11.5, F11.50, F11.51, F11.52, F11.53, F11.54, F11.55, F11.56, F11.6, F11.7, F11.70, F11.71, F11.72, F11.73, F11.74, F11.75, F11.8, F11.9, F12.0, F12.00, F12.01, F12.02, F12.03, F12.04, F12.05, F12.06, F12.07, F12.1, F12.2, F12.20, F12.21, F12.22, F12.23, F12.24, F12.25, F12.26, F12.4, F12.40, F12.41, F12.5, F12.50, F12.51, F12.52, F12.53, F12.54, F12.55, F12.56, F12.6, F12.7, F12.70, F12.71, F12.72, F12.73, F12.74, F12.75, F12.8, F12.9, F13.0, F13.00, F13.01, F13.02, F13.03, F13.04, F13.05, F13.06, F13.07, F13.1, F13.2, F13.20, F13.21, F13.22, F13.23, F13.24, F13.25, F13.26, F13.4, F13.40, F13.41, F13.5, F13.50, F13.51, F13.52, F13.53, F13.54, F13.55, F13.56, F13.6, F13.7, F13.70, F13.71, F13.72, F13.73, F13.74, F13.75, F13.8, F13.9, F14.0, F14.00, F14.01, F14.02, F14.03, F14.04, F14.05, F14.06, F14.07, F14.1, F14.2, F14.20, F14.21, F14.22, F14.23, F14.24, F14.25, F14.26, F14.4, F14.40, F14.41, F14.5, F14.50, F14.51, F14.52, F14.53, F14.54, F14.55, F14.56, F14.6, F14.7, F14.70, F14.71, F14.72, F14.73, F14.74, F14.75, F14.8, F14.9, F15.0, F15.00, F15.01, F15.02, F15.03, F15.04, F15.05, F15.06, F15.07, F15.1, F15.2, F15.20, F15.21, F15.22, F15.23, F15.24, F15.25, F15.26, F15.4, F15.40, F15.41, F15.5, F15.50, F15.51, F15.52, F15.53, F15.54, F15.55, F15.56, F15.6, F15.7, F15.70, F15.71, F15.72, F15.73, F15.74, F15.75, F15.8, F15.9, F16.0, F16.00, F16.01, F16.02, F16.03, F16.04, F16.05, F16.06, F16.07, F16.1, F16.2, F16.20, F16.21, F16.22, F16.23, F16.24, F16.25, F16.26, F16.4, F16.40, F16.41, F16.5, F16.50, F16.51, F16.52, F16.53, F16.54, F16.55, F16.56, F16.6, F16.7, F16.70, F16.71, F16.72, F16.73, F16.74, F16.75, F16.8, F16.9, F17.0, F17.00, F17.01, F17.02, F17.03, F17.04, F17.05, F17.06, F17.07, F17.1, F17.2, F17.20, F17.21, F17.22, F17.23, F17.24, F17.25, F17.26, F17.4, F17.40, F17.41, F17.5, F17.50, F17.51, F17.52, F17.53, F17.54, F17.55, F17.56, F17.6, F17.7, F17.70, F17.71, F17.72, F17.73, F17.74, F17.75, F17.8, F17.9, F18.0, F18.00, F18.01, F18.02, F18.03, F18.04, F18.05, F18.06, F18.07, F18.1, F18.2, F18.20, F18.21, F18.22, F18.23, F18.24, F18.25, F18.26, F18.4, F18.40, F18.41, F18.5, F18.50, F18.51, F18.52, F18.53, F18.54, F18.55, F18.56, F18.6, F18.7, F18.70, F18.71, F18.72, F18.73, F18.74, F18.75, F18.8, F18.9, F19.0, F19.00, F19.01, F19.02, F19.03, F19.04, F19.05, F19.06, F19.07, F19.1, F19.2, F19.20, F19.21, F19.22, F19.23, F19.24, F19.25, F19.26, F19.4, F19.40, F19.41, F19.5, F19.50, F19.51, F19.52, F19.53, F19.54, F19.55, F19.56, F19.6, F19.7, F19.70, F19.71, F19.72, F19.73, F19.74, F19.75, F19.8, F19.9, F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F21, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28, F29; F30.0, F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8, F33.9, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38.0, F38.1, F38.8, F39; F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9, F43.0, F43.1, F43.2, F43.20, F43.21, F43.22, F43.23, F43.24, F43.25, F43.28, F43.8, F43.9, F44.0, F44.1, F44.2, F44.3, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7, F44.8, F44.80, F44.81, F44.82, F44.88, F44.9, F45.0, F45.1, F45.2, F45.3, F45.30, F45.31, F45.32, F45.33, F45.34, F45.38, F45.4, F45.8, F45.9, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F51.0, F51.1, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9, F52.0, F52.1, F52.10, F52.11, F52.2, F52.3, F52.4, F52.5, F52.6, F52.7, F52.8, F52.9, F53.0, F53.1, F53.8, F53.9, F54, F55.0, F55.1, F55.2, F55.3, F55.4, F55.5, F55.6, F55.8, F55.9, F59, F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.30, F60.31, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61.0, F61.1, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F63.0, F63.1, F63.2, F63.3, F63.8, F63.9, F64.0, F64.1, F64.2, F64.8, F64.9, F65.0, F65.1, F65.2, F65.3, F65.4, F65.5, F65.6, F65.8, F65.9, F66.0, F66.1, F66.2, F66.8, F66.9, F68.0, F68.1, F68.8, F69, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.3, F80.8, F80.9, F81.0, F81.1, F81.2, F81.3, F81.8, F81.9, F82, F83, F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9, F88, F89, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.3, F93.8, F93.9, F94.0, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.0, F98.1, F98.2, F98.3, F98.4, F98.5, F98.6, F98.8, F98.9, F99</p>
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção

	Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS IIII, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III
Procedimento:	03.01.08.023-2 - ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Descrição:	CONSISTE NO PRIMEIRO ATENDIMENTO OFERTADO PELO CAPS PARA NOVOS USUÁRIOS POR DEMANDA ESPONTÂNEA OU REFERENCIADA, INCLUINDO AS SITUAÇÕES DE CRISE NO TERRITÓRIO. O ACOLHIMENTO CONSISTE NA ESCUTA QUALIFICADA, QUE REAFIRMA A LEGITIMIDADE DA PESSOA E/OU FAMILIARES QUE BUSCAM O SERVIÇO E VISA REINTERPRETAR AS DEMANDAS, CONS-TRUIR O VÍNCULO TERAPÊUTICO INICIAL E/OU CORRESPONSABILIZAR-SE PELO ACESSO A OUTROS SERVIÇOS, CASO NECESSÁRIO.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 5153-05, 322230, 322205, 239415, 516220
CID:	F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8, F03, F04, F05.0, F05.1, F05.8, F05.9, F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.30, F06.31, F06.32, F06.33, F06.4, F06.5, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8, F07.9, F09; F10, F10.0, F10.00, F10.01, F10.02, F10.03, F10.04, F10.05, F10.06, F10.07, F10.1, F10.2, F10.20, F10.21, F10.22, F10.23, F10.24, F10.25, F10.26, F10.4, F10.40, F10.41, F10.5, F10.50, F10.51, F10.52, F10.53, F10.54, F10.55, F10.56, F10.6, F10.7, F10.70, F10.71, F10.72, F10.73, F10.74, F10.75, F10.8, F10.9, F11.0, F11.00, F11.01, F11.02, F11.03, F11.04, F11.05, F11.06, F11.07, F11.1, F11.2, F11.20, F11.21, F11.22, F11.23, F11.24, F11.25, F11.26, F11.4, F11.40, F11.41, F11.5, F11.50, F11.51, F11.52, F11.53, F11.54, F11.55, F11.56, F11.6, F11.7, F11.70, F11.71, F11.72, F11.73, F11.74, F11.75, F11.8, F11.9, F12.0, F12.00, F12.01, F12.02, F12.03, F12.04, F12.05, F12.06, F12.07, F12.1, F12.2, F12.20, F12.21, F12.22, F12.23, F12.24, F12.25, F12.26, F12.4, F12.40, F12.41, F12.5, F12.50, F12.51, F12.52, F12.53, F12.54, F12.55, F12.56, F12.6, F12.7, F12.70, F12.71, F12.72, F12.73, F12.74, F12.75, F12.8, F12.9, F13.0, F13.00, F13.01, F13.02, F13.03, F13.04, F13.05, F13.06, F13.07, F13.1, F13.2, F13.20, F13.21, F13.22, F13.23, F13.24, F13.25, F13.26, F13.4, F13.40, F13.41, F13.5, F13.50, F13.51, F13.52, F13.53, F13.54, F13.55, F13.56, F13.6, F13.7, F13.70, F13.71, F13.72, F13.73, F13.74, F13.75, F13.8, F13.9, F14.0, F14.00, F14.01, F14.02, F14.03, F14.04, F14.05, F14.06, F14.07, F14.1, F14.2, F14.20, F14.21, F14.22, F14.23, F14.24, F14.25, F14.26, F14.4, F14.40, F14.41, F14.5, F14.50, F14.51, F14.52, F14.53, F14.54, F14.55, F14.56, F14.6, F14.7, F14.70, F14.71, F14.72, F14.73, F14.74, F14.75, F14.8, F14.9, F15.0, F15.00, F15.01, F15.02, F15.03, F15.04, F15.05, F15.06, F15.07, F15.1, F15.2, F15.20, F15.21, F15.22, F15.23, F15.24, F15.25, F15.26, F15.4, F15.40, F15.41, F15.5, F15.50, F15.51, F15.52, F15.53, F15.54, F15.55, F15.56, F15.6, F15.7, F15.70, F15.71, F15.72, F15.73, F15.74, F15.75, F15.8, F15.9, F16.0, F16.00, F16.01, F16.02, F16.03, F16.04, F16.05, F16.06, F16.07, F16.1, F16.2, F16.20, F16.21, F16.22, F16.23, F16.24, F16.25, F16.26, F16.4, F16.40, F16.41, F16.5, F16.50, F16.51, F16.52, F16.53, F16.54, F16.55, F16.56, F16.6, F16.7, F16.70, F16.71, F16.72, F16.73, F16.74, F16.75, F16.8, F16.9, F17.0, F17.00, F17.01, F17.02, F17.03, F17.04, F17.05, F17.06, F17.07, F17.1, F17.2, F17.20, F17.21,

	F17.22, F17.23, F17.24, F17.25, F17.26, F17.4, F17.40, F17.41, F17.5, F17.50, F17.51, F17.52, F17.53, F17.54, F17.55, F17.56, F17.6, F17.7, F17.70, F17.71, F17.72, F17.73, F17.74, F17.75, F17.8, F17.9, F18.0, F18.00, F18.01, F18.02, F18.03, F18.04, F18.05, F18.06, F18.07, F18.1, F18.2, F18.20, F18.21, F18.22, F18.23, F18.24, F18.25, F18.26, F18.4, F18.40, F18.41, F18.5, F18.50, F18.51, F18.52, F18.53, F18.54, F18.55, F18.56, F18.6, F18.7, F18.70, F18.71, F18.72, F18.73, F18.74, F18.75, F18.8, F18.9, F19.0, F19.00, F19.01, F19.02, F19.03, F19.04, F19.05, F19.06, F19.07, F19.1, F19.2, F19.20, F19.21, F19.22, F19.23, F19.24, F19.25, F19.26, F19.4, F19.40, F19.41, F19.5, F19.50, F19.51, F19.52, F19.53, F19.54, F19.55, F19.56, F19.6, F19.7, F19.70, F19.71, F19.72, F19.73, F19.74, F19.75, F19.8, F19.9, F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F21, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28, F29; F30.0, F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8, F33.9, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38.0, F38.1, F38.8, F39; F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9, F43.0, F43.1, F43.2, F43.20, F43.21, F43.22, F43.23, F43.24, F43.25, F43.28, F43.8, F43.9, F44.0, F44.1, F44.2, F44.3, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7, F44.8, F44.80, F44.81, F44.82, F44.88, F44.9, F45.0, F45.1, F45.2, F45.3, F45.30, F45.31, F45.32, F45.33, F45.34, F45.38, F45.4, F45.8, F45.9, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F51.0, F51.1, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9, F52.0, F52.1, F52.10, F52.11, F52.2, F52.3, F52.4, F52.5, F52.6, F52.7, F52.8, F52.9, F53.0, F53.1, F53.8, F53.9, F54, F55.0, F55.1, F55.2, F55.3, F55.4, F55.5, F55.6, F55.8, F55.9, F59, F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.30, F60.31, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61.0, F61.1, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F63.0, F63.1, F63.2, F63.3, F63.8, F63.9, F64.0, F64.1, F64.2, F64.8, F64.9, F65.0, F65.1, F65.2, F65.3, F65.4, F65.5, F65.6, F65.8, F65.9, F66.0, F66.1, F66.2, F66.8, F66.9, F68.0, F68.1, F68.8, F69, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.3, F80.8, F80.9, F81.0, F81.1, F81.2, F81.3, F81.8, F81.9, F82, F83, F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9, F88, F89, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.3, F93.8, F93.9, F94.0, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.0, F98.1, F98.2, F98.3, F98.4, F98.5, F98.6, F98.8, F98.9, F99
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

Procedimento:	03.01.08.024-0 -ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO D ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E /OU FAMILIARES
Descrição:	ATENÇÃO PRESTADA NO LOCAL DE MORADA DA PESSOA E/OU DE SEUS FAMILIARES, PARA COMPREENSÃO DE SEU CONTEXTO E SUAS RELAÇÕES, ACOMPANHAMENTO DO CASO E/OU EM SITUAÇÕES QUE IMPOSSIBILITEM OUTRA MODALIDADE DE ATENDIMENTO, QUE VISE ÀELABORAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR OU DELE DERIVE, QUE GARANTA A CONTINUIDADE DO CUIDADO ENVOLVE AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos

Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 5153-05, 322230, 322205, 239415, 516220
CID:	F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8, F03, F04, F05.0, F05.1, F05.8, F05.9, F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.30, F06.31, F06.32, F06.33, F06.4, F06.5, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8, F07.9, F09; F10, F10.0, F10.00, F10.01, F10.02, F10.03, F10.04, F10.05, F10.06, F10.07, F10.1, F10.2, F10.20, F10.21, F10.22, F10.23, F10.24, F10.25, F10.26, F10.4, F10.40, F10.41, F10.5, F10.50, F10.51, F10.52, F10.53, F10.54, F10.55, F10.56, F10.6, F10.7, F10.70, F10.71, F10.72, F10.73, F10.74, F10.75, F10.8, F10.9, F11.0, F11.00, F11.01, F11.02, F11.03, F11.04, F11.05, F11.06, F11.07, F11.1, F11.2, F11.20, F11.21, F11.22, F11.23, F11.24, F11.25, F11.26, F11.4, F11.40, F11.41, F11.5, F11.50, F11.51, F11.52, F11.53, F11.54, F11.55, F11.56, F11.6, F11.7, F11.70, F11.71, F11.72, F11.73, F11.74, F11.75, F11.8, F11.9, F12.0, F12.00, F12.01, F12.02, F12.03, F12.04, F12.05, F12.06, F12.07, F12.1, F12.2, F12.20, F12.21, F12.22, F12.23, F12.24, F12.25, F12.26, F12.4, F12.40, F12.41, F12.5, F12.50, F12.51, F12.52, F12.53, F12.54, F12.55, F12.56, F12.6, F12.7, F12.70, F12.71, F12.72, F12.73, F12.74, F12.75, F12.8, F12.9, F13.0, F13.00, F13.01, F13.02, F13.03, F13.04, F13.05, F13.06, F13.07, F13.1, F13.2, F13.20, F13.21, F13.22, F13.23, F13.24, F13.25, F13.26, F13.4, F13.40, F13.41, F13.5, F13.50, F13.51, F13.52, F13.53, F13.54, F13.55, F13.56, F13.6, F13.7, F13.70, F13.71, F13.72, F13.73, F13.74, F13.75, F13.8, F13.9, F14.0, F14.00, F14.01, F14.02, F14.03, F14.04, F14.05, F14.06, F14.07, F14.1, F14.2, F14.20, F14.21, F14.22, F14.23, F14.24, F14.25, F14.26, F14.4, F14.40, F14.41, F14.5, F14.50, F14.51, F14.52, F14.53, F14.54, F14.55, F14.56, F14.6, F14.7, F14.70, F14.71, F14.72, F14.73, F14.74, F14.75, F14.8, F14.9, F15.0, F15.00, F15.01, F15.02, F15.03, F15.04, F15.05, F15.06, F15.07, F15.1, F15.2, F15.20, F15.21, F15.22, F15.23, F15.24, F15.25, F15.26, F15.4, F15.40, F15.41, F15.5, F15.50, F15.51, F15.52, F15.53, F15.54, F15.55, F15.56, F15.6, F15.7, F15.70, F15.71, F15.72, F15.73, F15.74, F15.75, F15.8, F15.9, F16.0, F16.00, F16.01, F16.02, F16.03, F16.04, F16.05, F16.06, F16.07, F16.1, F16.2, F16.20, F16.21, F16.22, F16.23, F16.24, F16.25, F16.26, F16.4, F16.40, F16.41, F16.5, F16.50, F16.51, F16.52, F16.53, F16.54, F16.55, F16.56, F16.6, F16.7, F16.70, F16.71, F16.72, F16.73, F16.74, F16.75, F16.8, F16.9, F17.0, F17.00, F17.01, F17.02, F17.03, F17.04, F17.05, F17.06, F17.07, F17.1, F17.2, F17.20, F17.21, F17.22, F17.23, F17.24, F17.25, F17.26, F17.4, F17.40, F17.41, F17.5, F17.50, F17.51, F17.52, F17.53, F17.54, F17.55, F17.56, F17.6, F17.7, F17.70, F17.71, F17.72, F17.73, F17.74, F17.75, F17.8, F17.9, F18.0, F18.00, F18.01, F18.02, F18.03, F18.04, F18.05, F18.06, F18.07, F18.1, F18.2, F18.20, F18.21, F18.22, F18.23, F18.24, F18.25, F18.26, F18.4, F18.40, F18.41, F18.5, F18.50, F18.51, F18.52, F18.53, F18.54, F18.55, F18.56, F18.6, F18.7, F18.70, F18.71, F18.72, F18.73, F18.74, F18.75, F18.8, F18.9, F19.0, F19.00, F19.01, F19.02, F19.03, F19.04, F19.05, F19.06, F19.07, F19.1, F19.2, F19.20, F19.21, F19.22, F19.23, F19.24, F19.25, F19.26, F19.4, F19.40, F19.41, F19.5, F19.50, F19.51, F19.52, F19.53, F19.54, F19.55, F19.56, F19.6, F19.7, F19.70, F19.71, F19.72, F19.73, F19.74, F19.75, F19.8, F19.9, F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F21, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28, F29; F30.0, F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8, F33.9, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38.0, F38.1, F38.8, F39; F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9, F43.0, F43.1, F43.2, F43.20, F43.21, F43.22, F43.23, F43.24, F43.25, F43.28, F43.8, F43.9, F44.0, F44.1, F44.2, F44.3, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7, F44.8, F44.80, F44.81, F44.82, F44.88, F44.9, F45.0, F45.1, F45.2, F45.3, F45.30, F45.31, F45.32, F45.33, F45.34, F45.38, F45.4, F45.8, F45.9, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F51.0, F51.1, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9, F52.0, F52.1, F52.10, F52.11, F52.2, F52.3, F52.4, F52.5, F52.6, F52.7, F52.8, F52.9, F53.0, F53.1, F53.8, F53.9, F54, F55.0, F55.1, F55.2, F55.3, F55.4, F55.5, F55.6, F55.8, F55.9, F59, F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.30, F60.31, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61.0, F61.1, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F63.0, F63.1, F63.2, F63.3, F63.8, F63.9, F64.0, F64.1, F64.2, F64.8, F64.9, F65.0, F65.1, F65.2, F65.3, F65.4, F65.5, F65.6, F65.8.

	F65.9, F66.0, F66.1, F66.2, F66.8, F66.9, F68.0, F68.1, F68.8, F69, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.3, F80.8, F80.9, F81.0, F81.1, F81.2, F81.3, F81.8, F81.9, F82, F83, F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9, F88, F89, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.3, F93.8, F93.9, F94.0, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.0, F98.1, F98.2, F98.3, F98.4, F98.5, F98.6, F98.8, F98.9, F99
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

Procedimento:	03.01.08.025-9 AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTER SETORIAIS
Descrição:	ESTRATÉGIAS QUE PROMOVAM A ARTICULAÇÃO COM OUTROS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE SAÚDE, EDUCAÇÃO, JUSTIÇA, ASSISTÊNCIA SOCIAL, DIREITOS HUMANOS E OUTROS, ASSIM COMO COM OS RECURSOS COMUNITÁRIOS PRESENTES NO TERRITÓRIO.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	01 - BPA/C
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 5153-05, 322230, 322205, 7911*, 239415, 516220
CID:	
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

Procedimento:	03.01.08.026-7 - FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES
Descrição:	ATIVIDADES QUE FOMENTEM A PARTICIPAÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES NOS PROCESSOS DE GESTÃO DOS SERVIÇOS E DA REDE, COMO ASSEMBLEIAS DE SERVIÇOS, PARTICIPAÇÃO EM CONSELHOS, CONFERÊNCIAS E CONGRESSOS, A APROPRIAÇÃO E A DEFESA DE DIREITOS, E A CRIAÇÃO DE FORMAS ASSOCIATIVAS DE ORGANIZAÇÃO.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	01 - BPA/C
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00

Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 5153-05, 322230, 322205, 7911*, 239415, 516220
CID:	
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicos-social Infanto-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

Procedimento:	03.01.08.027-5 - PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Descrição:	ESTRATÉGIAS OU ATIVIDADES QUE FAVOREÇAM A PERCEPÇÃOCORPORAL, A AUTOIMAGEM, A COORDENAÇÃO PSICOMOTORA E OS ASPECTOS SOMÁTICOS E POSTURAI DA PESSOA, COMPREENDIDOS COMO FUNDA-MENTAIS AO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE AUTONOMIA, PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 322230, 322205, 239415, 516220
CID:	F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8, F03, F04, F05.0, F05.1, F05.8, F05.9, F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.30, F06.31, F06.32, F06.33, F06.4, F06.5, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8, F07.9, F09; F10, F10.0, F10.00, F10.01, F10.02, F10.03, F10.04, F10.05, F10.06, F10.07, F10.1, F10.2, F10.20, F10.21, F10.22, F10.23, F10.24, F10.25, F10.26, F10.4, F10.40, F10.41, F10.5, F10.50, F10.51, F10.52, F10.53, F10.54, F10.55, F10.56, F10.6, F10.7, F10.70, F10.71, F10.72, F10.73, F10.74, F10.75, F10.8, F10.9, F11.0, F11.00, F11.01, F11.02, F11.03, F11.04, F11.05, F11.06, F11.07, F11.1, F11.2, F11.20, F11.21, F11.22, F11.23, F11.24, F11.25, F11.26, F11.4, F11.40, F11.41, F11.5, F11.50, F11.51, F11.52, F11.53, F11.54, F11.55, F11.56, F11.6, F11.7, F11.70, F11.71, F11.72, F11.73, F11.74, F11.75, F11.8, F11.9, F12.0, F12.00, F12.01, F12.02, F12.03, F12.04, F12.05, F12.06, F12.07, F12.1, F12.2, F12.20, F12.21, F12.22, F12.23, F12.24, F12.25, F12.26, F12.4, F12.40, F12.41, F12.5, F12.50, F12.51, F12.52, F12.53, F12.54, F12.55, F12.56, F12.6, F12.7, F12.70, F12.71, F12.72, F12.73, F12.74, F12.75, F12.8, F12.9, F13.0, F13.00, F13.01, F13.02, F13.03, F13.04, F13.05, F13.06, F13.07, F13.1, F13.2, F13.20, F13.21, F13.22, F13.23, F13.24, F13.25, F13.26, F13.4, F13.40, F13.41, F13.5, F13.50, F13.51, F13.52, F13.53, F13.54, F13.55, F13.56, F13.6, F13.7, F13.70, F13.71, F13.72, F13.73, F13.74, F13.75, F13.8, F13.9, F14.0, F14.00, F14.01, F14.02, F14.03, F14.04, F14.05, F14.06, F14.07, F14.1, F14.2, F14.20, F14.21, F14.22, F14.23, F14.24, F14.25, F14.26, F14.4, F14.40, F14.41, F14.5, F14.50, F14.51, F14.52, F14.53, F14.54, F14.55, F14.56, F14.6, F14.7, F14.70, F14.71, F14.72, F14.73, F14.74, F14.75, F14.8, F14.9, F15.0, F15.00, F15.01, F15.02, F15.03, F15.04, F15.05, F15.06, F15.07, F15.1, F15.2, F15.20, F15.21, F15.22, F15.23, F15.24, F15.25,



	F15.26, F15.4, F15.40, F15.41, F15.5, F15.50, F15.51, F15.52, F15.53, F15.54, F15.55, F15.56, F15.6, F15.7, F15.70, F15.71, F15.72, F15.73, F15.74, F15.75, F15.8, F15.9, F16.0, F16.00, F16.01, F16.02, F16.03, F16.04, F16.05, F16.06, F16.07, F16.1, F16.2, F16.20, F16.21, F16.22, F16.23, F16.24, F16.25, F16.26, F16.4, F16.40, F16.41, F16.5, F16.50, F16.51, F16.52, F16.53, F16.54, F16.55, F16.56, F16.6, F16.7, F16.70, F16.71, F16.72, F16.73, F16.74, F16.75, F16.8, F16.9, F17.0, F17.00, F17.01, F17.02, F17.03, F17.04, F17.05, F17.06, F17.07, F17.1, F17.2, F17.20, F17.21, F17.22, F17.23, F17.24, F17.25, F17.26, F17.4, F17.40, F17.41, F17.5, F17.50, F17.51, F17.52, F17.53, F17.54, F17.55, F17.56, F17.6, F17.7, F17.70, F17.71, F17.72, F17.73, F17.74, F17.75, F17.8, F17.9, F18.0, F18.00, F18.01, F18.02, F18.03, F18.04, F18.05, F18.06, F18.07, F18.1, F18.2, F18.20, F18.21, F18.22, F18.23, F18.24, F18.25, F18.26, F18.4, F18.40, F18.41, F18.5, F18.50, F18.51, F18.52, F18.53, F18.54, F18.55, F18.56, F18.6, F18.7, F18.70, F18.71, F18.72, F18.73, F18.74, F18.75, F18.8, F18.9, F19.0, F19.00, F19.01, F19.02, F19.03, F19.04, F19.05, F19.06, F19.07, F19.1, F19.2, F19.20, F19.21, F19.22, F19.23, F19.24, F19.25, F19.26, F19.4, F19.40, F19.41, F19.5, F19.50, F19.51, F19.52, F19.53, F19.54, F19.55, F19.56, F19.6, F19.7, F19.70, F19.71, F19.72, F19.73, F19.74, F19.75, F19.8, F19.9, F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F21, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28, F29; F30.0, F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8, F33.9, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38.0, F38.1, F38.8, F39; F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9, F43.0, F43.1, F43.2, F43.20, F43.21, F43.22, F43.23, F43.24, F43.25, F43.28, F43.8, F43.9, F44.0, F44.1, F44.2, F44.3, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7, F44.8, F44.80, F44.81, F44.82, F44.88, F44.9, F45.0, F45.1, F45.2, F45.3, F45.30, F45.31, F45.32, F45.33, F45.34, F45.38, F45.4, F45.8, F45.9, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F51.0, F51.1, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9, F52.0, F52.1, F52.10, F52.11, F52.2, F52.3, F52.4, F52.5, F52.6, F52.7, F52.8, F52.9, F53.0, F53.1, F53.8, F53.9, F54, F55.0, F55.1, F55.2, F55.3, F55.4, F55.5, F55.6, F55.8, F55.9, F59, F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.30, F60.31, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61.0, F61.1, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F63.0, F63.1, F63.2, F63.3, F63.8, F63.9, F64.0, F64.1, F64.2, F64.8, F64.9, F65.0, F65.1, F65.2, F65.3, F65.4, F65.5, F65.6, F65.8, F65.9, F66.0, F66.1, F66.2, F66.8, F66.9, F68.0, F68.1, F68.8, F69, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.3, F80.8, F80.9, F81.0, F81.1, F81.2, F81.3, F81.8, F81.9, F82, F83, F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9, F88, F89, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.3, F93.8, F93.9, F94.0, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.0, F98.1, F98.2, F98.3, F98.4, F98.5, F98.6, F98.8, F98.9, F99
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

Procedimento:	03.01.08.027-5 - PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Descrição:	ESTRATÉGIAS OU ATIVIDADES DENTRO OU FORA DO SERVIÇO QUE POSSIBILITEM AMPLIAÇÃO DO REPERTÓRIO COMUNICATIVO E EXPRESSIVO DOS USUÁRIOS E FAVOREÇAM A CONSTRUÇÃO E UTILIZAÇÃO DE PROCESSOS PROMOTORES DE NOVOS LUGARES SOCIAIS E INSERÇÃO NO CAMPO DA CULTURA.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00

Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 5153-05, 322230, 322205, 7911*, 239415, 516220
CID:	F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8, F03, F04, F05.0, F05.1, F05.8, F05.9, F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.30, F06.31, F06.32, F06.33, F06.4, F06.5, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8, F07.9, F09; F10, F10.0, F10.00, F10.01, F10.02, F10.03, F10.04, F10.05, F10.06, F10.07, F10.1, F10.2, F10.20, F10.21, F10.22, F10.23, F10.24, F10.25, F10.26, F10.4, F10.40, F10.41, F10.5, F10.50, F10.51, F10.52, F10.53, F10.54, F10.55, F10.56, F10.6, F10.7, F10.70, F10.71, F10.72, F10.73, F10.74, F10.75, F10.8, F10.9, F11.0, F11.00, F11.01, F11.02, F11.03, F11.04, F11.05, F11.06, F11.07, F11.1, F11.2, F11.20, F11.21, F11.22, F11.23, F11.24, F11.25, F11.26, F11.4, F11.40, F11.41, F11.5, F11.50, F11.51, F11.52, F11.53, F11.54, F11.55, F11.56, F11.6, F11.7, F11.70, F11.71, F11.72, F11.73, F11.74, F11.75, F11.8, F11.9, F12.0, F12.00, F12.01, F12.02, F12.03, F12.04, F12.05, F12.06, F12.07, F12.1, F12.2, F12.20, F12.21, F12.22, F12.23, F12.24, F12.25, F12.26, F12.4, F12.40, F12.41, F12.5, F12.50, F12.51, F12.52, F12.53, F12.54, F12.55, F12.56, F12.6, F12.7, F12.70, F12.71, F12.72, F12.73, F12.74, F12.75, F12.8, F12.9, F13.0, F13.00, F13.01, F13.02, F13.03, F13.04, F13.05, F13.06, F13.07, F13.1, F13.2, F13.20, F13.21, F13.22, F13.23, F13.24, F13.25, F13.26, F13.4, F13.40, F13.41, F13.5, F13.50, F13.51, F13.52, F13.53, F13.54, F13.55, F13.56, F13.6, F13.7, F13.70, F13.71, F13.72, F13.73, F13.74, F13.75, F13.8, F13.9, F14.0, F14.00, F14.01, F14.02, F14.03, F14.04, F14.05, F14.06, F14.07, F14.1, F14.2, F14.20, F14.21, F14.22, F14.23, F14.24, F14.25, F14.26, F14.4, F14.40, F14.41, F14.5, F14.50, F14.51, F14.52, F14.53, F14.54, F14.55, F14.56, F14.6, F14.7, F14.70, F14.71, F14.72, F14.73, F14.74, F14.75, F14.8, F14.9, F15.0, F15.00, F15.01, F15.02, F15.03, F15.04, F15.05, F15.06, F15.07, F15.1, F15.2, F15.20, F15.21, F15.22, F15.23, F15.24, F15.25, F15.26, F15.4, F15.40, F15.41, F15.5, F15.50, F15.51, F15.52, F15.53, F15.54, F15.55, F15.56, F15.6, F15.7, F15.70, F15.71, F15.72, F15.73, F15.74, F15.75, F15.8, F15.9, F16.0, F16.00, F16.01, F16.02, F16.03, F16.04, F16.05, F16.06, F16.07, F16.1, F16.2, F16.20, F16.21, F16.22, F16.23, F16.24, F16.25, F16.26, F16.4, F16.40, F16.41, F16.5, F16.50, F16.51, F16.52, F16.53, F16.54, F16.55, F16.56, F16.6, F16.7, F16.70, F16.71, F16.72, F16.73, F16.74, F16.75, F16.8, F16.9, F17.0, F17.00, F17.01, F17.02, F17.03, F17.04, F17.05, F17.06, F17.07, F17.1, F17.2, F17.20, F17.21, F17.22, F17.23, F17.24, F17.25, F17.26, F17.4, F17.40, F17.41, F17.5, F17.50, F17.51, F17.52, F17.53, F17.54, F17.55, F17.56, F17.6, F17.7, F17.70, F17.71, F17.72, F17.73, F17.74, F17.75, F17.8, F17.9, F18.0, F18.00, F18.01, F18.02, F18.03, F18.04, F18.05, F18.06, F18.07, F18.1, F18.2, F18.20, F18.21, F18.22, F18.23, F18.24, F18.25, F18.26, F18.4, F18.40, F18.41, F18.5, F18.50, F18.51, F18.52, F18.53, F18.54, F18.55, F18.56, F18.6, F18.7, F18.70, F18.71, F18.72, F18.73, F18.74, F18.75, F18.8, F18.9, F19.0, F19.00, F19.01, F19.02, F19.03, F19.04, F19.05, F19.06, F19.07, F19.1, F19.2, F19.20, F19.21, F19.22, F19.23, F19.24, F19.25, F19.26, F19.4, F19.40, F19.41, F19.5, F19.50, F19.51, F19.52, F19.53, F19.54, F19.55, F19.56, F19.6, F19.7, F19.70, F19.71, F19.72, F19.73, F19.74, F19.75, F19.8, F19.9, F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F21, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28, F29; F30.0, F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8, F33.9, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38.0, F38.1, F38.8, F39; F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9, F43.0, F43.1, F43.2, F43.20, F43.21, F43.22, F43.23, F43.24, F43.25, F43.28, F43.8, F43.9, F44.0, F44.1, F44.2, F44.3, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7, F44.8, F44.80, F44.81, F44.82, F44.88, F44.9, F45.0, F45.1, F45.2, F45.3, F45.30, F45.31, F45.32, F45.33, F45.34, F45.38, F45.4, F45.8, F45.9, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F51.0, F51.1, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9, F52.0, F52.1, F52.10,

	F52.11, F52.2, F52.3, F52.4, F52.5, F52.6, F52.7, F52.8, F52.9, F53.0, F53.1, F53.8, F53.9, F54, F55.0, F55.1, F55.2, F55.3, F55.4, F55.5, F55.6, F55.8, F55.9, F59, F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.30, F60.31, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61.0, F61.1, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F63.0, F63.1, F63.2, F63.3, F63.8, F63.9, F64.0, F64.1, F64.2, F64.8, F64.9, F65.0, F65.1, F65.2, F65.3, F65.4, F65.5, F65.6, F65.8, F65.9, F66.0, F66.1, F66.2, F66.8, F66.9, F68.0, F68.1, F68.8, F69, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.3, F80.8, F80.9, F81.0, F81.1, F81.2, F81.3, F81.8, F81.9, F82, F83, F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9, F88, F89, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.3, F93.8, F93.9, F94.0, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.0, F98.1, F98.2, F98.3, F98.4, F98.5, F98.6, F98.8, F98.9, F99
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

Procedimento:	03.01.08.029-1 - ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE
Descrição:	AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA MANEJO DAS SITUAÇÕES DE CRISE, ENTENDIDAS COMO MOMENTOS DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS, NOS QUAIS CONFLITOS RELACIONAIS COM FAMILIARES, CONTEXTOS, AMBIÊNCIA E VIVÊNCIAS, GERAM INTENSO SOFRIMENTO E DESORGANIZAÇÃO. ESTA AÇÃO EXIGE DISPONIBILIDADE DE ESCUTA ATENTA PARA COMPREENDER E MEDIAR OS POSSÍVEIS CONFLITOS E PODE SER REALIZADA NO AMBIENTE DO PRÓPRIO SERVIÇO, NO DOMICÍLIO OU EM OUTROS ESPAÇOS DO TER-RITÓRIO QUE FAÇAM SENTIDO AO USUÁRIO E SUA FAMÍLIA E FAVOREÇAM A CONSTRUÇÃO E A PRESERVAÇÃO DE VÍNCULOS.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 5153-05, 322230, 322205, 7911*, 239415, 516220
CID:	F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8, F03, F04, F05.0, F05.1, F05.8, F05.9, F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.30, F06.31, F06.32, F06.33, F06.4, F06.5, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8, F07.9, F09; F10, F10.0, F10.00, F10.01, F10.02, F10.03, F10.04, F10.05, F10.06, F10.07, F10.1, F10.2, F10.20, F10.21, F10.22, F10.23, F10.24, F10.25, F10.26, F10.4, F10.40, F10.41, F10.5, F10.50, F10.51, F10.52, F10.53, F10.54, F10.55, F10.56, F10.6, F10.7, F10.70, F10.71, F10.72, F10.73, F10.74, F10.75, F10.8, F10.9, F11.0, F11.00, F11.01, F11.02, F11.03, F11.04, F11.05, F11.06, F11.07, F11.1, F11.2, F11.20, F11.21, F11.22, F11.23, F11.24, F11.25, F11.26, F11.4, F11.40, F11.41, F11.5, F11.50, F11.51, F11.52, F11.53, F11.54, F11.55, F11.56, F11.6, F11.7, F11.70, F11.71, F11.72, F11.73, F11.74, F11.75, F11.8, F11.9, F12.0, F12.00, F12.01, F12.02, F12.03, F12.04, F12.05, F12.06, F12.07, F12.1, F12.2, F12.20, F12.21, F12.22, F12.23, F12.24, F12.25, F12.26, F12.4, F12.40, F12.41, F12.5, F12.50, F12.51, F12.52, F12.53, F12.54, F12.55, F12.56, F12.6, F12.7, F12.70, F12.71, F12.72, F12.73, F12.74, F12.75, F12.8, F12.9, F13.0, F13.00, F13.01,

	F13.02, F13.03, F13.04, F13.05, F13.06, F13.07, F13.1, F13.2, F13.20, F13.21, F13.22, F13.23, F13.24, F13.25, F13.26, F13.4, F13.40, F13.41, F13.5, F13.50, F13.51, F13.52, F13.53, F13.54, F13.55, F13.56, F13.6, F13.7, F13.70, F13.71, F13.72, F13.73, F13.74, F13.75, F13.8, F13.9, F14.0, F14.00, F14.01, F14.02, F14.03, F14.04, F14.05, F14.06, F14.07, F14.1, F14.2, F14.20, F14.21, F14.22, F14.23, F14.24, F14.25, F14.26, F14.4, F14.40, F14.41, F14.5, F14.50, F14.51, F14.52, F14.53, F14.54, F14.55, F14.56, F14.6, F14.7, F14.70, F14.71, F14.72, F14.73, F14.74, F14.75, F14.8, F14.9, F15.0, F15.00, F15.01, F15.02, F15.03, F15.04, F15.05, F15.06, F15.07, F15.1, F15.2, F15.20, F15.21, F15.22, F15.23, F15.24, F15.25, F15.26, F15.4, F15.40, F15.41, F15.5, F15.50, F15.51, F15.52, F15.53, F15.54, F15.55, F15.56, F15.6, F15.7, F15.70, F15.71, F15.72, F15.73, F15.74, F15.75, F15.8, F15.9, F16.0, F16.00, F16.01, F16.02, F16.03, F16.04, F16.05, F16.06, F16.07, F16.1, F16.2, F16.20, F16.21, F16.22, F16.23, F16.24, F16.25, F16.26, F16.4, F16.40, F16.41, F16.5, F16.50, F16.51, F16.52, F16.53, F16.54, F16.55, F16.56, F16.6, F16.7, F16.70, F16.71, F16.72, F16.73, F16.74, F16.75, F16.8, F16.9, F17.0, F17.00, F17.01, F17.02, F17.03, F17.04, F17.05, F17.06, F17.07, F17.1, F17.2, F17.20, F17.21, F17.22, F17.23, F17.24, F17.25, F17.26, F17.4, F17.40, F17.41, F17.5, F17.50, F17.51, F17.52, F17.53, F17.54, F17.55, F17.56, F17.6, F17.7, F17.70, F17.71, F17.72, F17.73, F17.74, F17.75, F17.8, F17.9, F18.0, F18.00, F18.01, F18.02, F18.03, F18.04, F18.05, F18.06, F18.07, F18.1, F18.2, F18.20, F18.21, F18.22, F18.23, F18.24, F18.25, F18.26, F18.4, F18.40, F18.41, F18.5, F18.50, F18.51, F18.52, F18.53, F18.54, F18.55, F18.56, F18.6, F18.7, F18.70, F18.71, F18.72, F18.73, F18.74, F18.75, F18.8, F18.9, F19.0, F19.00, F19.01, F19.02, F19.03, F19.04, F19.05, F19.06, F19.07, F19.1, F19.2, F19.20, F19.21, F19.22, F19.23, F19.24, F19.25, F19.26, F19.4, F19.40, F19.41, F19.5, F19.50, F19.51, F19.52, F19.53, F19.54, F19.55, F19.56, F19.6, F19.7, F19.70, F19.71, F19.72, F19.73, F19.74, F19.75, F19.8, F19.9, F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F21, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28, F29; F30.0, F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8, F33.9, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38.0, F38.1, F38.8, F39; F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9, F43.0, F43.1, F43.2, F43.20, F43.21, F43.22, F43.23, F43.24, F43.25, F43.28, F43.8, F43.9, F44.0, F44.1, F44.2, F44.3, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7, F44.8, F44.80, F44.81, F44.82, F44.88, F44.9, F45.0, F45.1, F45.2, F45.3, F45.30, F45.31, F45.32, F45.33, F45.34, F45.38, F45.4, F45.8, F45.9, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F51.0, F51.1, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9, F52.0, F52.1, F52.10, F52.11, F52.2, F52.3, F52.4, F52.5, F52.6, F52.7, F52.8, F52.9, F53.0, F53.1, F53.8, F53.9, F54, F55.0, F55.1, F55.2, F55.3, F55.4, F55.5, F55.6, F55.8, F55.9, F59, F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.30, F60.31, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61.0, F61.1, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F63.0, F63.1, F63.2, F63.3, F63.8, F63.9, F64.0, F64.1, F64.2, F64.8, F64.9, F65.0, F65.1, F65.2, F65.3, F65.4, F65.5, F65.6, F65.8, F65.9, F66.0, F66.1, F66.2, F66.8, F66.9, F68.0, F68.1, F68.8, F69, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.3, F80.8, F80.9, F81.0, F81.1, F81.2, F81.3, F81.8, F81.9, F82, F83, F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9, F88, F89, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.3, F93.8, F93.9, F94.0, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.0, F98.1, F98.2, F98.3, F98.4, F98.5, F98.6, F98.8, F98.9, F99
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III
Procedimento:	03.01.08.030-5 - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA
Descrição:	APOIO PRESENCIAL SISTEMÁTICO ÀS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA QUE OFERTE SUPORTE TÉCNICO À CONDUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DE DISCUSSÕES DE CASOS E DO PROCESSO DE TRABALHO, ATENDIMENTO COMPARTILHADO, AÇÕES INTERSETORIAIS

	NO TERRITÓRIO, E CONTRIBUA NO PROCESSO DE COGESTÃO E CORRESPONSABILIZAÇÃO NO AGENCIAMENTO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	01 - BPA/C
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 239415, 516220
CID:	
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

Procedimento:	03.01.08.039-9 - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS
Descrição:	APOIO PRESENCIAL SISTEMÁTICO ÀS EQUIPES DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, INCLUINDO UPAs, SAMU, SALAS DE ESTABILIZAÇÃO, E OS SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS QUE OFERTE SUPORTE TÉCNICO À CONDUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DE DISCUSSÕES DE CASOS E DO PROCESSO DE TRABALHO, ATENDIMENTO COMPARTILHADO, AÇÕES INTERSETORIAIS NO TERRITÓRIO, E CONTRIBUA NO PROCESSO DE COGESTÃO E CORRESPONSABILIZAÇÃO NO AGENCIAMENTO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	01 - BPA/C
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 239415, 516220
CID:	
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial

Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicos-social Infanto-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III
--------------	--

Procedimento:	03.01.08.031-3 - AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS
Descrição:	CONJUNTO DE PRÁTICAS E AÇÕES DO CAMPO DA SAÚDE E DOS DIREITOS HUMANOS REALIZADAS DE MANEIRA ARTICULADA INTER E INTRA-SETORIALMENTE, QUE BUSCAM MINIMIZAR DANOS DE NATUREZA BIOPSISSOCIAL DECORRENTES DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, AMPLIAM CUIDADO E ACESSO AOS DIVERSOS PONTOS DE ATENÇÃO, INCLUÍDOS AQUELES QUE NÃO TÊM RELAÇÃO COM O SISTEMA DE SAÚDE. VOL-TADAS SOBRETUDO À BUSCA ATIVA E AO CUIDADO DE PESSOAS COM DIFICULDADE PARA ACESSAR SERVIÇOS, EM SITUAÇÃO DE ALTA VULNERABILIDADE OU RISCO, MESMO QUE NÃO SE PROPONHAM A REDUZIR OU DEIXAR O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	01 - BPA/C
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 5153-05, 322230, 322205, 7911*, 239415, 516220
CID:	
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicos-social Infanto-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

Procedimento:	03.01.08.032-1 - ACOMPANHAMENTO DE SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Descrição:	SUORTE ÀS EQUIPES DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS, COM A COR-RESPONSABILIZAÇÃO NOS PROJETOS TERAPÊUTICOS DOS USUÁRIOS, QUE PROMOVA A ARTICULAÇÃO ENTRE AS REDES E OS PONTOS DE ATENÇÃO COM O FOCO NO CUIDADO E DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS, E VISE À PRODUÇÃO DE AUTONOMIA E REINserÇÃO SOCIAL.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	01 - BPA/C
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos

Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 5153-05, 322230, 322205, 239415, 516220
CID:	
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

Procedimento:	03.01.08.033-0 - APOIO À SERVIÇO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Descrição:	APOIO PRESENCIAL SISTEMÁTICO AOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS DE CARÁTER TRANSITÓRIO, QUE BUSQUE A MANUTENÇÃO DO VÍNCULO, A RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA, O SUPORTE TÉCNICO-INSTITUCIONAL AOS TRABALHADORES DAQUELES SERVIÇOS, O MONITORAMENTO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS, A PROMOÇÃO DE ARTICULAÇÃO ENTRE OS PONTOS DE ATENÇÃO COM FOCO NO CUIDADO E AÇÕES INTERSETORIAIS E QUE FAVOREÇA A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	01 - BPA/C
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 5153-05, 322230, 322205, 239415, 516220
CID:	
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

Procedimento:	03.01.08.033-0 - APOIO À SERVIÇO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Descrição:	APOIO PRESENCIAL SISTEMÁTICO AOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS DE CARÁTER TRANSITÓRIO, QUE BUSQUE A MANUTENÇÃO DO VÍNCULO, A RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA, O SUPORTE TÉCNICO-INSTITUCIONAL AOS TRABALHADORES DAQUELES SERVIÇOS, O MONITORAMENTO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS, A PROMOÇÃO DE ARTICULAÇÃO ENTRE OS PONTOS DE ATENÇÃO COM FOCO NO CUIDADO E AÇÕES INTERSETORIAIS E QUE FAVOREÇA A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	01 - BPA/C

Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 5153-05, 322230, 322205, 239415, 516220
CID:	
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

Procedimento:	03.01.08.034-8 - AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Descrição:	AÇÕES DE FORTALECIMENTO DE USUÁRIOS E FAMILIARES, MEDIANTE A CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE INICIATIVAS ARTICULADAS COM OS RECURSOS DO TERRITÓRIO NOS CAMPOS DO TRABALHO/ECONOMIA SOLIDÁRIA, HABITAÇÃO, EDUCAÇÃO, CULTURA, DIREITOS HUMANOS, QUE GARANTAM O EXERCÍCIO DE DIREITOS DE CIDADANIA, VISANDO À PRODUÇÃO DE NOVAS POSSIBILIDADES PARA PROJETOS DE VIDA.
Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 223915, 515310, 515305, 322230, 322205, 239415, 7911*, 516220
CID:	F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8, F03, F04, F05.0, F05.1, F05.8, F05.9, F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.30, F06.31, F06.32, F06.33, F06.4, F06.5, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8, F07.9, F09; F10, F10.0, F10.00, F10.01, F10.02, F10.03, F10.04, F10.05, F10.06, F10.07, F10.1, F10.2, F10.20, F10.21, F10.22, F10.23, F10.24, F10.25, F10.26, F10.4, F10.40, F10.41, F10.5, F10.50, F10.51, F10.52, F10.53, F10.54, F10.55, F10.56, F10.6, F10.7, F10.70, F10.71, F10.72, F10.73, F10.74, F10.75, F10.8, F10.9, F11.0, F11.00, F11.01, F11.02, F11.03, F11.04, F11.05, F11.06, F11.07, F11.1, F11.2, F11.20, F11.21, F11.22, F11.23, F11.24, F11.25, F11.26, F11.4, F11.40, F11.41, F11.5, F11.50, F11.51, F11.52, F11.53, F11.54, F11.55, F11.56, F11.6, F11.7, F11.70, F11.71, F11.72, F11.73, F11.74, F11.75, F11.8, F11.9, F12.0, F12.00, F12.01, F12.02, F12.03, F12.04, F12.05, F12.06, F12.07, F12.1, F12.2, F12.20, F12.21, F12.22, F12.23, F12.24, F12.25, F12.26, F12.4, F12.40, F12.41, F12.5, F12.50, F12.51, F12.52, F12.53, F12.54, F12.55, F12.56, F12.6, F12.7, F12.70, F12.71, F12.72, F12.73, F12.74, F12.75, F12.8, F12.9, F13.0, F13.00, F13.01, F13.02, F13.03, F13.04, F13.05, F13.06, F13.07, F13.1, F13.2, F13.20, F13.21, F13.22, F13.23, F13.24, F13.25, F13.26, F13.4, F13.40, F13.41, F13.5, F13.50, F13.51, F13.52, F13.53, F13.54, F13.55, F13.56, F13.6, F13.7, F13.70, F13.71,



	F13.72, F13.73, F13.74, F13.75, F13.8, F13.9, F14.0, F14.00, F14.01, F14.02, F14.03, F14.04, F14.05, F14.06, F14.07, F14.1, F14.2, F14.20, F14.21, F14.22, F14.23, F14.24, F14.25, F14.26, F14.4, F14.40, F14.41, F14.5, F14.50, F14.51, F14.52, F14.53, F14.54, F14.55, F14.56, F14.6, F14.7, F14.70, F14.71, F14.72, F14.73, F14.74, F14.75, F14.8, F14.9, F15.0, F15.00, F15.01, F15.02, F15.03, F15.04, F15.05, F15.06, F15.07, F15.1, F15.2, F15.20, F15.21, F15.22, F15.23, F15.24, F15.25, F15.26, F15.4, F15.40, F15.41, F15.5, F15.50, F15.51, F15.52, F15.53, F15.54, F15.55, F15.56, F15.6, F15.7, F15.70, F15.71, F15.72, F15.73, F15.74, F15.75, F15.8, F15.9, F16.0, F16.00, F16.01, F16.02, F16.03, F16.04, F16.05, F16.06, F16.07, F16.1, F16.2, F16.20, F16.21, F16.22, F16.23, F16.24, F16.25, F16.26, F16.4, F16.40, F16.41, F16.5, F16.50, F16.51, F16.52, F16.53, F16.54, F16.55, F16.56, F16.6, F16.7, F16.70, F16.71, F16.72, F16.73, F16.74, F16.75, F16.8, F16.9, F17.0, F17.00, F17.01, F17.02, F17.03, F17.04, F17.05, F17.06, F17.07, F17.1, F17.2, F17.20, F17.21, F17.22, F17.23, F17.24, F17.25, F17.26, F17.4, F17.40, F17.41, F17.5, F17.50, F17.51, F17.52, F17.53, F17.54, F17.55, F17.56, F17.6, F17.7, F17.70, F17.71, F17.72, F17.73, F17.74, F17.75, F17.8, F17.9, F18.0, F18.00, F18.01, F18.02, F18.03, F18.04, F18.05, F18.06, F18.07, F18.1, F18.2, F18.20, F18.21, F18.22, F18.23, F18.24, F18.25, F18.26, F18.4, F18.40, F18.41, F18.5, F18.50, F18.51, F18.52, F18.53, F18.54, F18.55, F18.56, F18.6, F18.7, F18.70, F18.71, F18.72, F18.73, F18.74, F18.75, F18.8, F18.9, F19.0, F19.00, F19.01, F19.02, F19.03, F19.04, F19.05, F19.06, F19.07, F19.1, F19.2, F19.20, F19.21, F19.22, F19.23, F19.24, F19.25, F19.26, F19.4, F19.40, F19.41, F19.5, F19.50, F19.51, F19.52, F19.53, F19.54, F19.55, F19.56, F19.6, F19.7, F19.70, F19.71, F19.72, F19.73, F19.74, F19.75, F19.8, F19.9, F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F21, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28, F29; F30.0, F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8, F33.9, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38.0, F38.1, F38.8, F39; F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9, F43.0, F43.1, F43.2, F43.20, F43.21, F43.22, F43.23, F43.24, F43.25, F43.28, F43.8, F43.9, F44.0, F44.1, F44.2, F44.3, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7, F44.8, F44.80, F44.81, F44.82, F44.88, F44.9, F45.0, F45.1, F45.2, F45.3, F45.30, F45.31, F45.32, F45.33, F45.34, F45.38, F45.4, F45.8, F45.9, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F51.0, F51.1, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9, F52.0, F52.1, F52.10, F52.11, F52.2, F52.3, F52.4, F52.5, F52.6, F52.7, F52.8, F52.9, F53.0, F53.1, F53.8, F53.9, F54, F55.0, F55.1, F55.2, F55.3, F55.4, F55.5, F55.6, F55.8, F55.9, F59, F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.30, F60.31, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61.0, F61.1, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F63.0, F63.1, F63.2, F63.3, F63.8, F63.9, F64.0, F64.1, F64.2, F64.8, F64.9, F65.0, F65.1, F65.2, F65.3, F65.4, F65.5, F65.6, F65.8, F65.9, F66.0, F66.1, F66.2, F66.8, F66.9, F68.0, F68.1, F68.8, F69, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.3, F80.8, F80.9, F81.0, F81.1, F81.2, F81.3, F81.8, F81.9, F82, F83, F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9, F88, F89, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.3, F93.8, F93.9, F94.0, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.0, F98.1, F98.2, F98.3, F98.4, F98.5, F98.6, F98.8, F98.9, F99
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicos-social Infante-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III
Procedimento:	03.01.08.035-6 - PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE
Descrição:	ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS EM CENÁRIOS DA VIDA COTIDIANA - CASA, TRABALHO, INICIATIVAS DE GERAÇÃO DE RENDA, EMPREENDIMENTOS SOLIDÁRIOS, CONTEXTOS FAMILIARES, SOCIAIS E NO TERRITÓRIO, COM A MEDIAÇÃO DE RELAÇÕES PARA A CRIAÇÃO DE NOVOS CAMPOS DE NEGOCIAÇÃO E DE DIÁLOGO QUE GARANTAM E PROPICIE A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS EM IGUALDADE DE OPORTUNIDADES, A AMPLIAÇÃO DE REDES SOCIAIS E SUA AUTONOMIA.

Complexidade:	MC – Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SP:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial SH:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 anos
Idade Máxima:	110 anos
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 223915, 515310, 515305, 322230, 322205, 239415, 7911*, 516220
CID:	F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8, F03, F04, F05.0, F05.1, F05.8, F05.9, F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.30, F06.31, F06.32, F06.33, F06.4, F06.5, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8, F07.9, F09; F10, F10.0, F10.00, F10.01, F10.02, F10.03, F10.04, F10.05, F10.06, F10.07, F10.1, F10.2, F10.20, F10.21, F10.22, F10.23, F10.24, F10.25, F10.26, F10.4, F10.40, F10.41, F10.5, F10.50, F10.51, F10.52, F10.53, F10.54, F10.55, F10.56, F10.6, F10.7, F10.70, F10.71, F10.72, F10.73, F10.74, F10.75, F10.8, F10.9, F11.0, F11.00, F11.01, F11.02, F11.03, F11.04, F11.05, F11.06, F11.07, F11.1, F11.2, F11.20, F11.21, F11.22, F11.23, F11.24, F11.25, F11.26, F11.4, F11.40, F11.41, F11.5, F11.50, F11.51, F11.52, F11.53, F11.54, F11.55, F11.56, F11.6, F11.7, F11.70, F11.71, F11.72, F11.73, F11.74, F11.75, F11.8, F11.9, F12.0, F12.00, F12.01, F12.02, F12.03, F12.04, F12.05, F12.06, F12.07, F12.1, F12.2, F12.20, F12.21, F12.22, F12.23, F12.24, F12.25, F12.26, F12.4, F12.40, F12.41, F12.5, F12.50, F12.51, F12.52, F12.53, F12.54, F12.55, F12.56, F12.6, F12.7, F12.70, F12.71, F12.72, F12.73, F12.74, F12.75, F12.8, F12.9, F13.0, F13.00, F13.01, F13.02, F13.03, F13.04, F13.05, F13.06, F13.07, F13.1, F13.2, F13.20, F13.21, F13.22, F13.23, F13.24, F13.25, F13.26, F13.4, F13.40, F13.41, F13.5, F13.50, F13.51, F13.52, F13.53, F13.54, F13.55, F13.56, F13.6, F13.7, F13.70, F13.71, F13.72, F13.73, F13.74, F13.75, F13.8, F13.9, F14.0, F14.00, F14.01, F14.02, F14.03, F14.04, F14.05, F14.06, F14.07, F14.1, F14.2, F14.20, F14.21, F14.22, F14.23, F14.24, F14.25, F14.26, F14.4, F14.40, F14.41, F14.5, F14.50, F14.51, F14.52, F14.53, F14.54, F14.55, F14.56, F14.6, F14.7, F14.70, F14.71, F14.72, F14.73, F14.74, F14.75, F14.8, F14.9, F15.0, F15.00, F15.01, F15.02, F15.03, F15.04, F15.05, F15.06, F15.07, F15.1, F15.2, F15.20, F15.21, F15.22, F15.23, F15.24, F15.25, F15.26, F15.4, F15.40, F15.41, F15.5, F15.50, F15.51, F15.52, F15.53, F15.54, F15.55, F15.56, F15.6, F15.7, F15.70, F15.71, F15.72, F15.73, F15.74, F15.75, F15.8, F15.9, F16.0, F16.00, F16.01, F16.02, F16.03, F16.04, F16.05, F16.06, F16.07, F16.1, F16.2, F16.20, F16.21, F16.22, F16.23, F16.24, F16.25, F16.26, F16.4, F16.40, F16.41, F16.5, F16.50, F16.51, F16.52, F16.53, F16.54, F16.55, F16.56, F16.6, F16.7, F16.70, F16.71, F16.72, F16.73, F16.74, F16.75, F16.8, F16.9, F17.0, F17.00, F17.01, F17.02, F17.03, F17.04, F17.05, F17.06, F17.07, F17.1, F17.2, F17.20, F17.21, F17.22, F17.23, F17.24, F17.25, F17.26, F17.4, F17.40, F17.41, F17.5, F17.50, F17.51, F17.52, F17.53, F17.54, F17.55, F17.56, F17.6, F17.7, F17.70, F17.71, F17.72, F17.73, F17.74, F17.75, F17.8, F17.9, F18.0, F18.00, F18.01, F18.02, F18.03, F18.04, F18.05, F18.06, F18.07, F18.1, F18.2, F18.20, F18.21, F18.22, F18.23, F18.24, F18.25, F18.26, F18.4, F18.40, F18.41, F18.5, F18.50, F18.51, F18.52, F18.53, F18.54, F18.55, F18.56, F18.6, F18.7, F18.70, F18.71, F18.72, F18.73, F18.74, F18.75, F18.8, F18.9, F19.0, F19.00, F19.01, F19.02, F19.03, F19.04, F19.05, F19.06, F19.07, F19.1, F19.2, F19.20, F19.21, F19.22, F19.23, F19.24, F19.25, F19.26, F19.4, F19.40, F19.41, F19.5, F19.50, F19.51, F19.52, F19.53, F19.54, F19.55, F19.56, F19.6, F19.7, F19.70, F19.71, F19.72, F19.73, F19.74, F19.75, F19.8, F19.9, F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F21, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28, F29; F30.0, F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8, F33.9, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38.0,

	F38.1, F38.8, F39; F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9, F43.0, F43.1, F43.2, F43.20, F43.21, F43.22, F43.23, F43.24, F43.25, F43.28, F43.8, F43.9, F44.0, F44.1, F44.2, F44.3, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7, F44.8, F44.80, F44.81, F44.82, F44.88, F44.9, F45.0, F45.1, F45.2, F45.3, F45.30, F45.31, F45.32, F45.33, F45.34, F45.38, F45.4, F45.8, F45.9, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F51.0, F51.1, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9, F52.0, F52.1, F52.10, F52.11, F52.2, F52.3, F52.4, F52.5, F52.6, F52.7, F52.8, F52.9, F53.0, F53.1, F53.8, F53.9, F54, F55.0, F55.1, F55.2, F55.3, F55.4, F55.5, F55.6, F55.8, F55.9, F59, F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.30, F60.31, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61.0, F61.1, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F63.0, F63.1, F63.2, F63.3, F63.8, F63.9, F64.0, F64.1, F64.2, F64.8, F64.9, F65.0, F65.1, F65.2, F65.3, F65.4, F65.5, F65.6, F65.8, F65.9, F66.0, F66.1, F66.2, F66.8, F66.9, F68.0, F68.1, F68.8, F69, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.3, F80.8, F80.9, F81.0, F81.1, F81.2, F81.3, F81.8, F81.9, F82, F83, F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9, F88, F89, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.3, F93.8, F93.9, F94.0, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.0, F98.1, F98.2, F98.3, F98.4, F98.5, F98.6, F98.8, F98.9, F99
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação:	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

\* Os procedimentos poderão ser realizados por qualquer CBO da família

§ 1º Os procedimentos descritos neste Artigo destinam-se ao atendimento de pessoas com transtornos mentais incluindo aqueles com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

§ 2º Estes procedimentos somente poderão ser realizados em estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES, como Tipo de estabelecimento: 70 - Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e habilitados como: 06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS

III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPSi ou 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III

§ 3º Os estabelecimentos habilitados nas modalidades acima descritas receberão incentivo financeiro de custeio anual de acordo com o disposto no Art. 1º da Portaria nº 3.089/GM, de 23 de dezembro de 2011.

§ 4º As APACS registradas pelos estabelecimentos 70 - Centro de Atenção Psicossocial serão automaticamente encerradas por versão obrigatória do SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais), com o motivo de encerramento 51-Encerramento Administrativo, na competência Setembro de 2012.

§ 5º Os procedimentos objeto desta portaria deverão ser registrados a partir da competência Outubro de 2012, posterior à publicação de portaria específica de normatização dos novos Instrumentos de Registro apontados.

Art. 3º Fica definido que, em acordo com §2º do Artigo 2º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, os tipos de estabelecimentos: 70 - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) preenchem obrigatoriamente Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde (FCES) Complementar número 35, no SCNES e atualizem as informações de endereço e de equipe vinculada à unidade, a partir da competência Agosto de 2012, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexos I e II desta Portaria.

Parágrafo único. Caberá às SES, SMS e ao Distrito Federal efetivarem a adequação dos cadastros dos estabelecimentos de saúde: 70 - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no SCNES que se enquadrem no disposto deste artigo, nas competências Agosto e Setembro de 2012. Após este período os cadastros que não forem adequados ficarão com "status" de inconsistentes/pendentes na base de dados do SCNES local e nacional.

Art. 4º Ficam excluídos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde os seguintes procedimentos, a partir da competência Outubro de 2012:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
03.01.08.006-2	ACOMPANHAMENTO INTENSIVO DE PACIENTE EM SAUDE MENTAL
03.01.08.012-7	ACOMPANHAMENTO SEMI-INTENSIVO DE PACIENTES EM SAUDE MENTAL
03.01.08.010-0	ACOMPANHAMENTO NAO INTENSIVO DE PACIENTE EM SAUDE MENTAL
03.01.08.005-4	ACOMPANHAMENTO INTENSIVO DE CRIANCA E ADOLESCENTE C/ TRANSTORNOS MENTAI S
03 01 08 011-9	ACOMPANHAMENTO SEMI-INTENSIVO DE CRIANCA E ADOLESCENTE C/ TRANSTORNOS
03.01.08.008-9	ACOMPANHAMENTO NÃO INTENSIVO DE CRIANCA E ADOLESCENTE C/ TRANSTORNOS MENTAIS
03.01.08.007-0	ACOMPANHAMENTO INTENSIVO P/ USUÁRIO DE ALCOOL / DROGAS
03.01.08.013-5	ACOMPANHAMENTO SEMI-INTENSIVO P/ USUÁRIO DE ALCOOL / DROGAS
03.01.08.009-7	ACOMPANHAMENTO NAO INTENSIVO DE PACIENTE USUÁRIO DE ALCOOL / DROGAS
03.01.08.018-6	ACOLHIMENTO NOTURNO DE PACIENTE DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS III

Art. 5º Fica definida a utilização do instrumento de registro RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais e Saúde) da Atenção Psicossocial, que tem por objetivo registrar mensalmente as ações de saúde realizadas durante o período de atendimento ao usuário do SUS.

§ 1º Os procedimentos que serão registrados no RAAS estão especificados na Tabela de Procedimentos, Medicamento e OPM do SUS com o instrumento de registro: 09 - RAAS (Atenção Psicossocial).

§ 2º Os procedimentos objeto desta portaria passarão a ser registrados nos instrumentos de registro indicados a partir da competência Outubro/2012.

§ 3º Os formulários, manuais, orientações técnicas e o aplicativo RAAS estão disponíveis no endereço eletrônico <http://sia.datasus.gov.br>.

Art. 6º Caberá à Coordenação-Geral de Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde, adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS/SGEP/MS, para o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 7º Os recursos orçamentários relacionados à implantação desta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

ANEXO I



3.2 - Esta unidade possui parceria com ONG/OS/OSCIP?

Responder Não ou SIM, se a resposta for sim, deverá ser indicado o nome da com ONG/OS/OSCIP (campo com preenchimento obrigatório).

4 - VAGAS PARA ACOLHIMENTO NOTURNO

Deverá ser informado o número de vagas de acolhimento noturno correspondente ao número de leitos de atenção integral disponíveis na unidade: campo com preenchimento obrigatório para os CAPSad e CAPSad III.

5 - DADOS DO COORDENADOR

Deverá ser identificado o Coordenador do CAPS lotado no estabelecimento de saúde Na ficha deverão ser preenchidos os campos de NOME, CPF, CNS, E-MAIL, TELEFONE, CBO e CHS com base no cadastro Existente do profissional. No SCNES, essas informações serão importadas do cadastro do profissional, através da opção de Pesquisa de Profissional existente (campo com preenchimento obrigatório).

6 - HOSPITAL GERAL DE REFERÊNCIA

Deverá ser informado o CNES e nome fantasia do hospital geral de referência ao qual o CAPS está vinculada: campo com preenchimento obrigatório para os CAPSad e CAPSad III.

7 - UNIDADE REGIONAL (se sim, indique os municípios que compõem a área de abrangência)

Responder se sim, ou não. Caso a resposta seja sim, deverá ser indicado os municípios que compõem a área de abrangência (deverá ser indicado no mínimo um município). Preencher o código do IBGE e nome do município (se a resposta indicada for sim, este campo será obrigatório).

8 - RESPONSÁVEL PELO CADASTRO

O cadastro dos CAPS deverá ser realizado pelo gestor municipal/estadual ou pelo próprio estabelecimento se assim for delegado pelo gestor