

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

DANIELA LINS CARNEIRO

ROSANA CAMPOS ALVES

DIÁLOGO E CAMINHOS POSSÍVEIS PARA ESTUDANTES

DE PSICOLOGIA DENTRO EM UM CAPSAD

RECIFE

2018

DANIELA LINS CARNEIRO

ROSANA CAMPOS ALVES

**DIÁLOGO E CAMINHOS POSSÍVEIS PARA ESTUDANTES
DE PSICOLOGIA DENTRO DE UM CAPSAD**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Andrea Cristina Tavelin Biselli

RECIFE

2018

RESUMO

Este estudo tem como objetivo propor, através de um guia de orientações para prática de observação, possibilidades para atuação de estudantes da Oficina de Saúde Mental do 6º. Período de Psicologia dentro dos serviços de Saúde Mental em um CAPSad (Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Outras Drogas). Durante a experiência prática vivenciada no decurso da graduação que tem por método a Aprendizagem Baseada em Problemas, surgiu o interesse na temática. Este estudo tornou-se relevante a partir da necessidade da criação de uma intervenção para o cumprimento de um dos pré-requisitos da Oficina de Saúde Mental. Para o desenvolvimento deste estudo foi necessário revisar a literatura a respeito do consumo do álcool e outras drogas no Brasil e os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, bem como realizar um levantamento sobre o surgimento dos CAPS e as práticas preventivas e de promoção de saúde propostas pelo Ministério da Saúde para o CAPSad. Devido às dificuldades encontradas no planejamento das intervenções, na organização e preparo da equipe de psicologia do CAPSad, que impactaram o fazer da Psicologia, pretende-se com este estudo nortear possíveis práticas a serem desenvolvidas neste contexto pelas estudantes.

Palavras Chave: guia de prática clínica, serviços de saúde mental, aprendizagem baseada em problemas, transtornos relacionados ao uso de substâncias.

ABSTRACT

This study aims to propose, through some guidelines to clinical observation, possibilities for the performance of 6th Period students of Psychology within the mental health services, in particular, in a CAPSad (Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs). During the practical experience lived in the course of the graduation that has by method the Learning Based on Problems, appeared the interest in the thematic one. This study has become relevant from the need to create an intervention to meet one of the prerequisites of the Mental Health Workshop. For the development of this study it was necessary to review the literature on the consumption of alcohol and other drugs in Brazil and the disorders related to the use of psychoactive substances, as well as make a survey on the emergence of CAPS and preventive and health promotion practices proposed by the Ministry of Health for CAPSad. Due to the difficulties encountered in the planning of the interventions, in the organization and preparation of the CAPSad psychology team that impacted the work on psychology by the students, the intention of this study is to show possible practices to be developed in this context by them.

Keywords: Practice guideline, mental health services, problem-based learning, substance-related disorders

LISTA DE SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CREPOP	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Política Públicas
DSM	Manual de Diagnósticos e Estatística
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
OMS	Organização Mundial de Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UEL	Universidade Estadual de Londrina

Tabacaria

*Não sou nada.
Nunca serei nada.
Não posso querer ser nada.
À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.
Janelas do meu quarto,
Do meu quarto de um dos milhões do mundo,
que ninguém sabe quem é
(E se soubessem quem é, o que saberiam?),
Dais para o mistério de uma rua cruzada constantemente por gente,
Para uma rua inacessível a todos os pensamentos,
Real, impossivelmente real, certa, desconhecidamente certa,
Com o mistério das coisas por baixo das pedras e dos seres,
Com a morte a por umidade nas paredes
e cabelos brancos nos homens,
Com o Destino a conduzir a carroça de tudo pela estrada de nada.
Estou hoje vencido, como se soubesse a verdade.
Estou hoje lúcido, como se estivesse para morrer,
E não tivesse mais irmandade com as coisas
Senão uma despedida, tornando-se esta casa e este lado da rua
A fileira de carruagens de um comboio, e uma partida apitada
De dentro da minha cabeça,
E uma sacudidela dos meus nervos e um ranger de ossos na ida.
Estou hoje perplexo, como quem pensou e achou e esqueceu.
Estou hoje dividido entre a lealdade que devo
À Tabacaria do outro lado da rua, como coisa real por fora,
E à sensação de que tudo é sonho, como coisa real por dentro.
Falhei em tudo.
Como não fiz propósito nenhum, talvez tudo fosse nada.
A aprendizagem que me deram,
Desci dela pela janela das traseiras da casa.*

(Fernando Pessoa)

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	01
II. BREVE HISTÓRICO DO USO DE SUBSTÂNCIAS NO BRASIL.....	02
III. O USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS E TRANSTORNOS RELACIONADOS.....	04
IV. A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	09
V. A REDE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....	11
VI. O PAPEL ESTRATÉGICO DOS CAPS.....	13
VII. A POLÍTICA DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS.....	16
VIII. O PSICÓLOGO EM UM CAPSAD.....	18
IX. O ESTUDANTE DE PSICOLOGIA EM UM CAPSAD.....	20
X. DIFICULDADES ENCONTRADAS NA PRÁTICA EM UM CAPSAD.....	22
XI. OBJETIVOS.....	24
XII. MÉTODO.....	25
XIII. RESULTADO.....	26
XIV. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
XV. REFERÊNCIAS.....	35

I - INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) surgiu a partir das experiências vivenciadas pelas estudantes do curso de Psicologia em um Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) e destina-se, especialmente, a estudantes da Oficina de Saúde Mental neste contexto, a fim de auxiliar no manejo com pessoas dependentes de álcool e outras drogas dentro do serviço de saúde mental.

Como parte da formação em Psicologia na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), existe a obrigatoriedade de observação prática no 6º. Período, dentro do método adotado pela faculdade - a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).

Em nosso caso, esta experiência prática foi, como dito acima, vivenciada em serviços de Saúde Mental em um CAPSad. Após alguns encontros com objetivo de observar e conhecer as pessoas e o local no qual estávamos inseridas, foram percebidas diversas possibilidades de atuação neste Centro, mesmo com algumas das dificuldades que o serviço apresenta. Não querendo (e nem cabe aqui) diminuir o trabalho realizado por este CAPSad - de forma alguma - foi observado porém, nos encontros realizados, que na maioria das vezes não havia, por parte da equipe de psicologia do local, nenhum tipo de organização e programação anterior, seja de estudo prévio, elaboração de atividades ou escuta do grupo de usuários ali presente.

Os questionamentos e reflexões foram se desvelando ao acompanhar o preceptor em seu cotidiano com um grupo de pessoas dependentes de álcool e outras drogas. Tal preceptor demonstrava em seu manejo falta de preparo prévio das atividades e uma atuação prática carregada de preconceitos, despreparada e desatualizada. Diante desse contexto,

surgiu a ideia deste estudo como guia de possíveis caminhos e possibilidades de atuação para estudantes de psicologia nestes Centros.

II - BREVE HISTÓRICO DO USO DE SUBSTÂNCIAS NO BRASIL

Para um melhor entendimento quanto à temática, torna-se necessário conhecer a história do álcool e outras drogas em nosso país.

O uso de plantas medicinais e psicoativas como tabaco, cauins, fermentados de mandioca e de frutas, a copaíba, a jurema e outras, já existia entre as populações indígenas no Brasil.¹

De acordo com a Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), os portugueses, que trouxeram ao Brasil o vinho e a cerveja, puderam mais tarde aprender também que a partir da cana-de-açúcar, mais especificamente do caldo, surge através do processo de fermentação, o melaço, conhecida popularmente como cachaça.²

A propagação do tabaco indígena ocorreu devido à da erva pelos soldados e religiosos da época colonial. A erva-mate (*ylex paraguayensis*), por exemplo, foi um importante produto nas missões jesuítas, sendo consumida nos dias atuais mais comumente no sul do Brasil, no Paraguai e na bacia do Rio da Prata. O guaraná era utilizados pelos índios Maués como estimulante, tornando-se mais tarde o refrigerante, bebida típica do nosso país.¹

Já, a maconha, droga de uso predominante entre os escravos, ficou estigmatizada devido à perseguição dos senhores de escravos até os dias de hoje é conhecida como substância dos afrodescendentes, dos pobres e dos moradores de favelas. Em 1932 a maconha foi proibida nacionalmente, devido ao uso popular das grandes cidades e nas áreas do interior do país.²

Na história econômica, social e cultural brasileira, a droga mais importante foi e ainda é, a bebida alcoólica, principalmente a cachaça e a cerveja, seguindo-se o tabaco e por fim outras drogas como maconha e, mais recentemente, a cocaína e similares. Em paralelo, o uso inadequado e excessivo de psicofármacos industrializados vem crescendo bastante no mercado brasileiro, atualmente.²

III - O USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS E OS TRANSTORNOS RELACIONADOS

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)³ é considerado como doença crônica o por uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, as quais provocam sérias consequências pessoais e sociais para aqueles que delas fazem uso, sendo nos dias de hoje um grave problema de saúde pública e uma grande preocupação mundial, ainda que seja um fenômeno antigo na história da humanidade.

Com o uso abusivo do álcool e outras drogas foi necessário criar critérios diagnósticos para classificar as doenças ou transtornos relacionados ao uso abusivo de substâncias, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da OMS, onde, o número 10 indica a versão, ou seja, foram feitas dez atualizações e revisões desse código; e o manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da American Psychiatric Association, e onde o número cinco é também usado para indicar o número de atualizações e/ou revisões.^{3, 4}

A CID-10 é o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pois ela abarca todas as doenças que foram elaborados pela OMS. Já o DSM-5 abarca apenas os transtornos mentais e é o mais utilizado para pesquisas sendo elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria.^{3, 4}

Inicialmente, para melhor compreensão é necessário conhecer a diferença entre o uso nocivo ou prejudicial e dependência, segundo os critérios da CID-10. Para o uso nocivo ou prejudicial, o padrão de uso é aquele que causa prejuízo físico e/ou mental à saúde;

enquanto que para a dependência de substância, considera-se dependente o usuário em que três ou mais dos seguintes critérios tenham sido atendidos nos últimos 12 meses.³

São eles:

1. Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo;
3. Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
5. Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou ingerir a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como: danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas; estados de humor depressivos, consequentes a períodos de consumo excessivo da substância; ou comprometimento do funcionamento cognitivo, relacionado à droga. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano.

Ainda de acordo com a CID-10, são transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas:

F10 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool;

F11 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de opioides;

F12 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de canabinoides (maconha);

F13 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de sedativos e hipnóticos;

F14 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de cocaína;

F15 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de outros estimulantes, incluindo a cafeína;

F16 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de alucinógenos;

F17 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de fumo (tabaco);

F18 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de solventes voláteis;

F19 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de múltiplas drogas e do uso de outras substâncias psicoativas.

O Manual de Diagnósticos Estatísticos DSM-5 irá classificar os Transtornos do Uso de Substâncias como leves, moderados ou graves, dependendo do número de critérios a serem preenchidos. Quando o padrão de uso se torna problemático, levando ao

comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um período de 12 meses e atendendo pelo menos dois dos seguintes critérios.⁴

São eles:

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado; acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;

2. Síndrome de abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos: síndrome de abstinência característica para a substância; a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

3. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;

4. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;

5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização ou na recuperação de seus efeitos;

6. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância;

7. Uso recorrente da substância, resultando no fracasso em desempenhar papéis importante no trabalho, na escola ou em casa;

8. Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos;

9. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;

10. Uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física;

11. O uso da substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo uso da mesma.

Sendo assim, podemos observar que a CID-10 e o DSM-5 diferem na terminologia, a CID-10 classifica os usuários com problema em uso nocivo ou prejudicial ou dependência e os transtornos de acordo com a substância utilizada. Enquanto o DSM-5 os classifica somente quanto à gravidade do transtorno por uso de substâncias.^{3, 4}

É ainda fundamental notar que, embora se refiram ao excesso, nenhum dos dois critérios menciona a quantidade ingerida de álcool ou de qualquer outra droga, pois os efeitos desse aspecto são extremamente variados e estão relacionados a diferenças individuais.⁵

IV - A REFORMA PSIQUIÁTRICA

De acordo com o modelo proposto anteriormente por Philippe Pinel⁶ que começou a se interessar pela psiquiatria por volta de 1780, ao tornar-se médico e chefe do asilo para homens Bicetrê, em Paris, foi desenvolvida uma forma diferente de tratamento aos pacientes, que muitos autores atualmente consideram como tendo sido a primeira reforma da psiquiatria. Ele propôs separar os doentes mentais dos marginalizados, acreditando que havia diferença entre doente e não doente. Aboliu tratamentos como sangria, purgações, e vesicatórios, em favor de uma terapia que incluía contato próximo e amigável com o paciente, discussão de dificuldades pessoais e um programa de atividades dirigidas. Preocupou-se também em que o pessoal auxiliar recebesse treinamento adequado e que a administração das instituições fosse competente.

No século XX, quase duzentos anos após, apesar dos pressupostos propostos por Pinel, esta ainda não era a realidade do tratamento psiquiátrico. Na Itália em 1961 são propostas por Franco Basaglia⁷ a criação de medidas que visavam à humanidade do paciente, resgatando sua dignidade e direitos de cidadãos, diante de sua insatisfação em relação ao sistema psiquiátrico adotado na época, que trancafiava o então considerado louco, dependentes de álcool e outras drogas, toda e qualquer pessoa que se apresentasse desorganizada, com lapsos de memória, com perda de sentidos, e/ou todos aqueles que fugissem do padrão de comportamento considerado "normal".

A proposta inicial de Basaglia era de transformar o manicômio em local de cura, através de mudanças internas que possibilitassem a humanização dos pacientes. Ele passa a entender a questão da loucura para além da patologia em si, defendendo a desinstitucionalização como forma de negação da psiquiatria como ideologia.

No Brasil, a Lei Federal nº 10.216/2001⁸ conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica, é reconhecida como um marco ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais. Anteriormente as legislações estavam preocupadas em excluir as pessoas com transtornos mentais, que eram considerados “alienados” e “psicopatas” – do convívio em sociedade e da família com objetivo de evitar a “perturbação da ordem”, e não em oferecer um tratamento adequado para a melhora do paciente.

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica, as legislações mudaram o objetivo central para a pessoa portadora de transtorno mental. Hoje as leis não mais regulamentam a “assistência a alienados e psicopatas” e sim a proteção, o atendimento médico e o modelo assistencial às “pessoas com transtornos mentais”⁹. A partir da Lei de Reforma Psiquiátrica passa a ser reconhecida pela primeira vez a pessoa com transtorno mental como cidadão. Com o intuito de desinstitucionalizar a pessoa com transtorno mental, a reforma criou projetos de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas e leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais.⁸

V - A REDE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, através da Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992, regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde. A Rede de Atenção à Saúde Mental brasileira constitui-se como uma rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, regulando e organizando em todo o território nacional suas ações e serviços de forma regionalizada e hierarquizada.¹⁰

São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.¹¹

Compartilhando destes princípios, a rede de atenção à saúde mental é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.¹²

É crucial a articulação em rede dos variados serviços substitutiva ao hospital psiquiátrico para a realização de um serviço de referência que seja capaz de acolher aquele que está em sofrimento mental. Desta forma, a Rede de Atenção à Saúde Mental do SUS define-se como de base comunitária, onde, somente uma organização em rede seja capaz de

fazer face à complexidade das demandas e a inclusão de pessoas em um país de acentuadas desigualdades sociais. Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora.¹²

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos.¹²

VI - O PAPEL ESTRATÉGICO DOS CAPS

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo. Os CAPS, assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que foram surgindo no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram ao SUS. Essa portaria vem reconhecer e ampliar o funcionamento e a complexidade dos CAPS que tem como missão dar atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, desta forma, evitar as internações e favorecer o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.¹³

Para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, os CAPS e os outros dispositivos de atenção à saúde mental têm valor estratégico. Com o surgimento destes serviços foi possível demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, é uma das funções dos CAPS, que visa: evitar internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica de saúde. Portanto, é função dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios.¹³

Os CAPS são diferente devido seu porte, capacidade de atendimento, clientela atendida, organizando-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios. Sendo assim, estes serviços diferenciam-se em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.¹³

a) CAPS I

São de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Estes serviços têm equipe mínima de 9 profissionais, e têm como clientes/pacientes adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Este serviço funciona durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

b) CAPS II

São serviços de médio porte que oferecem cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. Recebem adultos com transtornos mentais severos e persistentes contando com uma equipe mínima de 12 profissionais, e com capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês, funcionando durante os cinco dias úteis da semana.

c) CAPS III

São os serviços de maior porte da rede CAPS, previsto para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, estando presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras. Seus serviços são de grande complexidade, uma vez,

funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados, possuem no máximo cinco leitos, realizando, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias). A equipe mínima para estes serviços conta com 16 profissionais, e uma equipe noturna e de final de semana. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês.

d) CAPSi

São serviços especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, oferecendo suporte a municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, com uma equipe mínima para estes serviços de 11 profissionais, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês.

e) CAPSad

São serviços especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, estão previstos em cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes que necessitam deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. A equipe mínima é composta por 13 profissionais, funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades, devendo ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde. De fato, é o gestor

local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município.¹³

VII - A POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas do uso de drogas não são consideradas na compreensão global do problema e a percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas acabou por promover a disseminação de uma cultura que associa o uso de drogas à criminalidade, fazendo que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante.¹⁴

Assim, historicamente, no Brasil a temática do uso do álcool e de outras drogas vinha sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de "tratamentos" inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. As iniciativas governamentais restringiam-se a poucos serviços ambulatoriais ou hospitalares, em geral vinculados a programas universitários. Não havia uma política de alcance nacional, no âmbito da saúde pública.¹⁴

Atualmente o Ministério da Saúde passou a adotar eixos norteadores para o conceito de redução de danos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, que vem sendo favorável na prevenção de doenças transmissíveis, como por exemplo, a AIDS. No campo do álcool e outras drogas o direcionamento atual visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, na tentativa de resgatar o usuário em seu papel autorregulador, sem a exigência imediata e automática da abstinência, e incentivando-o à mobilização social.¹⁴

Desta forma, a estratégia de redução de danos e riscos associados ao consumo prejudicial de drogas vem permitindo que as áreas e os profissionais de saúde acolham, sem julgamento, as demandas de cada situação, de cada usuário, oferecendo o que é possível e o

que é necessário, sempre estimulando a sua participação e sua autonomia. Ou seja, reconhecendo cada usuário em sua singularidade, traçando com ele estratégias que possibilitam a retomada de sua vida.¹⁴

VIII - O PSICÓLOGO EM UM CAPSad

Ainda nos dias de hoje a inclusão do psicólogo em uma equipe de saúde é algo novo, visto que começou a surgir em hospitais gerais pouco antes dos anos 90. Devido à sua recente inclusão, a função e o papel do psicólogo neste contexto permanecem em constante construção, com algumas incertezas, mas com permanentes avanços. Ainda assim, os profissionais da Psicologia encontram dificuldades em elaborar um plano de trabalho que dialogue com o conhecimento teórico das práticas psicológicas e com a atuação neste campo, ou seja, há um desencontro das possibilidades de ações dentro do contexto de políticas públicas na saúde.¹⁵

Geralmente os psicólogos que entram no campo da saúde adotam o modelo clínico tradicional que historicamente era privilegiado na graduação, sem buscar atualização, revisão ou mudanças nas suas formas tradicionais de atuar. Nota-se a necessidade de modelos teóricos que embasem a atuação do psicólogo de forma que sejam flexíveis para discussões neste contexto tão desafiador. É possível perceber que os profissionais em Psicologia, neste espaço, possuem dificuldade em se adaptar às exigências estabelecidas, as quais nem sempre contribuem para a formulação e implantação de novas políticas.^{15, 16}

De acordo com Dimenstein¹⁷, o profissional da saúde tem um compromisso social com a população e, por isso, deve estar comprometido com os princípios e diretrizes que regem o SUS. Desta forma, este profissional precisa ter uma visão clara sobre as diversidades sociais, econômicas e culturais dos usuários para que possa realizar práticas humanizadas que estão para além do diagnóstico e do sintoma em direção à atenção integral a saúde.

A prática clínica que está fortemente relacionada a Psicologia, precisa dar espaço à uma atuação que deixa a técnica e o lugar de “expert” para atuar junto à uma equipe multidisciplinar com ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde.¹⁶

O Código de Ética do Profissional de Psicologia ampara sua prática, conforme o II Princípio Fundamental o qual diz que “o psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. De acordo com este princípio a prática do psicólogo em uma unidade de saúde tem caráter colaborativo na busca da minimização e/ou eliminação da opressão e da marginalização do ser humano.¹⁸

O psicólogo que trabalhar em uma unidade de saúde, como o CAPSad, passará a ser membro pertencente de uma equipe multiprofissional, que nela haverá outros profissionais das mais diversas áreas da saúde (conforme Art. 1º j) “Ter, para com o trabalho dos psicólogos e de outros profissionais, respeito, consideração e solidariedade, e, quando solicitado, colaborar com estes, salvo impedimento por motivo relevante”.¹⁸

IX - O ESTUDANTE DE PSICOLOGIA EM UM CAPSad

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), utilizado na graduação da FPS, é um método formativo, que consiste numa estratégia centrada no aluno, em que o ensinamento é discutido em grupos de aproximadamente oito a dez estudantes para que o conhecimento seja construído com base em casos reais.¹⁹ É um método cada vez mais utilizado, por conseguir englobar conhecimentos básicos e conhecimentos mais avançados, a fim de que o aluno busque desenvolver habilidade técnica, raciocínio crítico e habilidade para lidar com as diversas situações da vida real.²⁰

O objetivo principal da prática educativa do Método ABP é criar possibilidades ao educando de aprender e conseqüentemente se desenvolver pela ampliação permanente da consciência, como sujeito e como cidadão.²⁰

Visto dessa forma, a ABP possui objetivos educacionais mais amplos, com uma base de conhecimentos estruturada em torno de problemas reais e integrada com o desenvolvimento de habilidades de aprendizagem autônoma e de trabalho em equipe, favorecendo a adaptabilidade a mudanças, habilidade na solução de problemas em situações não rotineiras, pensamento crítico e criativo, trabalho em equipe e o compromisso com o aprendizado e aperfeiçoamento contínuo.²¹

O método ABP permite satisfazer uma formação que integre teoria à prática, promovendo o domínio do conhecimento específico e o desenvolvimento de habilidades e atitudes profissionais e cidadãos.²¹

Neste método, o aluno irá desenvolver a capacidade de descobrir e usar informações, construir suas próprias habilidades para resolver problemas e aprender o

conteúdo necessário. O currículo que melhor prepara o futuro cidadão e profissional do mercado não é aquele somente baseado em teoria, mas o que, além dos conhecimentos teóricos, mostra como aprender por conta própria e como usar as informações que são adquiridas. Os discentes precisam de um conjunto de conhecimentos essenciais para o uso de forma eficaz na solução de problemas dentro e fora da universidade, ampliação ou melhora do seu conhecimento e desenvolvimento de estratégias para lidar com problemas futuros.²¹

Desta forma, desde o 6º. Período da graduação em Psicologia da FPS, os alunos são inseridos no campo da prática e, dentre as opções existentes, escolhemos o CAPSad. Esta inserção dos graduandos em uma unidade de atendimento à Saúde Mental visa permiti-los compreender o funcionamento de um CAPS e sua complexidade enquanto equipamento na Rede de Saúde; discutir estratégias e ferramentas utilizadas para a atenção integral aos usuários da rede de Saúde Mental; observar atuação do Psicólogo em um CAPSad, conhecer como se dá a atuação do psicólogo junto aos pacientes, as famílias e a equipe interdisciplinar a partir da complexidade da relação com o território de saúde e entender a dinâmica de seu funcionamento.

X - DIFICULDADES ENCONTRADOS NA PRÁTICA EM UM CAPSad

A experiência de prática em um CAPSad possibilitou reflexões sobre as dificuldades da atuação do psicólogo neste local como por exemplo a capacitação defasada da equipe de psicologia com o contexto atual, que demonstrou falta de conhecimento por parte de alguns psicólogos sobre o seu papel e sua função dentro da rede pública da saúde. Pudemos observar que há também uma grande dificuldade em reformular e elaborar novas formas de atuação considerando as relações entre indivíduos, e entre estes e a sociedade. Para que a mudança ocorra, é preciso integrar outros métodos, abandonar antigos paradigmas e perceber o paciente como alvo único da intervenção, e o profissional como único recurso possível, além de levar em conta as especificidades de seu contexto social.

Os psicólogos em um CAPSad precisam assumir a responsabilidade de aceitar a demanda, sem enquadrá-la ou transformá-la e evitar práticas alienadas. Deve trabalhar visando não somente dar suporte a dependência de álcool e outras drogas, mas ter a preocupação com o fortalecimento da rede de apoio do usuário. O tratamento em si, não deve ficar restrito à lógica da abstinência como único resultado desejável. Para que isso aconteça é preciso ampliar, estar atento às demandas, tão ou mais urgentes como, necessidades de emprego, moradia ou melhoria na relação familiar, ou seja, compreender o dependente químico como um todo e não só a doença. Para isso, é importante que o psicólogo escute os usuários e discuta os casos com os profissionais de saúde da equipe e se necessário acionar outros serviços como, assistência social, ONGs, por exemplo, que possam fazer parte da rede apoio de tal usuário.

A partir destes questionamentos, as estudantes desenvolveram um guia com o objetivo de facilitar a integração, a vivência e a produção de resultados pelos estudantes do 6º período de psicologia em um CAPSad.

XI - OBJETIVOS

a) GERAL

Elaborar um guia de orientação da observação prática para estudantes do 6º. Período de Psicologia em um CAPSad com intuito de facilitar e ampliar a possibilidade de atuação dos mesmos.

b) ESPECÍFICOS

Orientar os estagiários por meio da psicoeducação, sobre a prática no CAPSad;

Elaborar estratégias de atuação para estudantes em Psicologia em um CAPSad junto à equipe de Saúde Mental;

Discutir outras possibilidades de atuação do estudante de psicologia durante a observação prática em um CAPSad.

XII - MÉTODO

Elaboração de um guia de prática de observação. Pode ser entender por guia como um manual de orientação, um livreto, folheto ou arquivo eletrônico que possibilite ensinar uma operação.

XIII - RESULTADOS

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

DANIELA LINS CARNEIRO

ROSANA CAMPOS ALVES

GUIA DE PRÁTICA DE OBSERVAÇÃO PARA ESTUDANTES

DE PSICOLOGIA EM UM CAPSAD

RECIFE

2018

DANIELA LINS CARNEIRO

ROSANA CAMPOS ALVES

**GUIA DE PRÁTICA DE OBSERVAÇÃO PARA ESTUDANTES
DE PSICOLOGIA EM UM CAPSAD**

Proposta de projeto elaborado como resultado do Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS. Orientadora: Andrea Cristina Tavelin Biselli.

RECIFE

2018

GUIA DE PRÁTICA DE OBSERVAÇÃO

PARA ESTUDANTES DA OFICINA DE SAÚDE MENTAL DO 6º
PERÍODO DO CURSO DE PSICOLOGIA EM UM CAPSAD

OBJETIVO E EXPECTATIVA

Este guia tem como objetivo possibilitar aos estudantes de psicologia uma atitude de abertura para escuta e manifestações dos fenômenos que se desvelam no campo da prática.

Espera-se que este material possibilite aos estudantes um pré-conhecimento do contexto e do espaço de um CAPSad.

AO CHEGAR

DESENVOLVA A OBSERVAÇÃO

Na Psicologia, uma das opções metodológicas diz respeito ao método observacional. Esse método mostra-se relevante especialmente para entender o que os organismos fazem e sob que circunstâncias - nos estudos que envolvem interações humanas, há situações que dificilmente poderiam ser captadas ou apreendidas de outra forma.¹ Os dados coletados a partir da observação fornecem subsídios para identificar uma situação problema, possibilitando a escolha das técnicas e procedimentos empregados na pesquisa e na avaliação da sua eficácia.²

“A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade.” – Paulo Freire



O QUE FAZER?

O método observacional possibilita compreender e estudar as interações interpessoais. Nas Oficinas a partir das observações, reflexões e diálogos com as preceptoras sobre o campo da prática, desenvolver projetos de intervenção eficazes e que alcancem os objetivos esperados.

OS USUÁRIOS

É necessário reconhecer o usuário como responsável e participante ativo no processo de produção da sua saúde. Cabe ao psicólogo compreender o contexto do surgimento e/ou o agravamento do alcoolismo e/ou outras drogas, conhecer o contexto social, a dinâmica familiar, e, além disso, entender as condições individuais de cada usuário. Ou seja, é necessário que a forma de olhar o fenômeno da dependência química vá ao encontro da perspectiva da Clínica Ampliada.³

OS FAMILIARES

Considerando que a família e/ou aqueles que convivem com alguém que faz uso abusivo de álcool e outras drogas, estão vulneráveis ao ter que compartilhar a situação de dependente químico, eles são prioridades no que se refere às Políticas Públicas de Saúde e, especialmente, das Políticas de Saúde Mental. Cabe aqui, desconstruir e reelaborar conceitos e ideias acerca do uso e/ou abuso de álcool e outras drogas, “situar” o percurso daquele diante deste fenômeno e proporcionar apoio e acolhimento também aos familiares. Com isto motivar ainda mais a comparecerem ao serviço e a assumirem a coparticipação no tratamento do familiar, melhorando o funcionamento e o ajustamento da família.⁴

COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Os usuários quando chegam ao serviço passam pelo acolhimento. Este é o momento em que deve ocorrer a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com cada profissional de saúde numa atitude de acolher em suas diferenças, dores, alegrias e seus modos de viver e sentir a vida. Possibilitando a equipe de saúde compreender melhor a história do usuário, conhecer seus compromissos, a dinâmica familiar, se já foi internado outras vezes, entre outros. Para que a terapêutica aconteça é necessário abarcar todas as necessidades dos usuários, é preciso pensar em uma perspectiva interdisciplinar, considerando desde aspectos psiquiátricos, sociais, psicológicos, econômicos e políticos, sem valorizar uma mais que a outra.⁴

PRINCÍPIOS QUE FUNDAMENTAM⁵

A **UNIVERSALIDADE** é considerar a que saúde é um direito de cidadania de todos, devendo o acesso às ações e serviços devem ser garantidos a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

A **EQUIDADE** tem por o objetivo diminuir as desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Aqui a equidade significa tratar desigualmente os desiguais.

A **INTEGRALIDADE** parte do princípio de considerar as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. A integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

1. Dessen MAC, Borges LM. Estratégias de observação do comportamento em psicologia do desenvolvimento. Diálogo metodológicos sobre prática de pesquisa. 1998; 31-50.
2. Danna MF, Matos MF. Ensinando observação: uma introdução. 4. ed. São Paulo: Edicon, 1999.
3. Cerutti MG. A Atuação do Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial Voltado para Álcool e Outras Drogas (Capsad): Os Desafios da Construção de uma Clínica Ampliada. Revista Eletrônica de Extensão. Florianópolis. Out 2014; 11 (101-113).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília. 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas. Brasília: Secretaria Executiva; 2000.

XIV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao nos propormos a estudar as possibilidades de atuação do estudante de Psicologia em um CAPSad, isto também possibilitou-nos compreender a vivência do sujeito alcoolista ou usuário de drogas e as diversas implicações causadas na sua vida. Temática fundamental para contribuir com a psicoterapia como forma de cuidado com os pacientes. Os alcoolistas sofrem prejuízos profissionais, falta de credibilidade nos ambientes em que circulam, na vida conjugal e/ou familiar. Desde épocas remotas existia a preocupação quanto ao uso de substâncias que alteravam a forma do homem ver e se relacionar com o mundo, porém, nos dias de hoje a questão com o álcool e outras drogas se ampliou e se tornou um sério problema social.

Ainda nos dias de hoje, não há um consenso sobre os motivos que levam à dependência do álcool ou de outras drogas. Não é possível responder por que algumas pessoas experimentam e outras não? Por que umas continuam a usar e outras não? Por que umas, mas não todas, tornam-se dependentes? Tudo isto nos convoca a pensar qual o sentido deste uso.

É importante não perder de vista a história que marca a trajetória do álcool e outras drogas na vida daquele que faz uso de tais substâncias, já que é quase impossível uma sociedade sem drogas. Em parte, a dependência revela-se como uma das possibilidades de aliviar a dura tarefa que é existir. São inúmeros os motivos que levam uma pessoa a fazer uso de substâncias: por curiosidade, para fugir de alguma situação, para pertencer a um grupo, para relaxar, para comemorar algo, para distanciar um sofrimento emocional e muitos outros, fazendo-se necessário ao psicólogo aproximar-se do como se instala tal dependência.

Alguém que chega em busca de cuidado e tratamento, relata seu envolvimento com álcool, com drogas e sua dependência, trazendo muitas vezes em seu discurso um modo restrito de movimentar-se na vida, de cuidar de seu mundo e com grande dificuldade de desempenhar suas tarefas cotidianas. Diante da inquietação e angústia das estudantes em como cuidar e tratar alguém que faz uso de tais substâncias e dos problemas encontrados na atuação em um CAPSad, foi pensado neste trabalho para demonstrar caminhos possíveis de atuação da Psicologia neste contexto.

Finalmente, este guia tenta aclarar ao estudante de psicoterapia as ferramentas possíveis para aplicação em um CAPSad de forma a construir o caminho em que o psicoterapeuta será aquele que vai se aproximar do sofrimentos de seus pacientes, cuidando de acolher seus medos, incertezas, vergonhas, com uma escuta e um olhar que o permita a este paciente aproximar-se de si mesmo, possibilitando vislumbrar novos modos de ser no mundo.

XV - REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.
2. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil. Ministério da Justiça e Cidadania. O uso de substâncias psicoativas no Brasil. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2017.
3. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
4. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. American Psychiatric Association. Tradução: Maria Inês Correa Nascimento, et al. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli, et al. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
5. Medeiros KT; et al. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. *Psicol. estud. Maringá* . 2013 Jun; 18 (269-279).
6. Cherubim KG. Modelos históricos de compreensão da loucura. Da Antiguidade Clássica a Philippe Pinel. *Jus Navigandi*. Teresina. 2006 ago 10; 10.
7. Andreoli SB. Serviços de saúde mental no Brasil. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Organização: Mello MF, Mello AAF, Kohn R. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
8. Brasil. Presidência da República. Lei 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União; 2001 abr 9.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

10. Brasil. Poder Executivo. Portaria GM nº 224. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 1992 jan 29.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas. Brasília: Secretaria Executiva; 2000.
12. Brasil. Ministério da Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2005.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2004.
14. Brasil. Portaria 3.088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
15. Boing E, Crepaldi MA. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicol. Ciênc. Prof.* Brasília. Sept 2010; 30 (634-649).
16. Cerutti MG. A Atuação do Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial Voltado para Álcool e Outras Drogas (Capsad): Os Desafios da Construção de uma Clínica Ampliada. *Revista Eletrônica de Extensão.* Florianópolis. Out 2014; 11 (101-113).
17. Macedo JP, Dimenstein M. Modos de inserção dos psicólogos na saúde mental e suas implicações no comprometimento com a reforma psiquiátrica. *Rev. Mal-Estar Subj.* Fortaleza. 2012; 12 (419-456).
18. CFP - Conselho Federal de Psicologia. Prática profissionais dos(as) psicólogos(as) nos centros de atenção psicossocial. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2009.
19. Perrenoud PH. A Prática Reflexiva no Ofício de Professor: Profissionalização e razão pedagógicas. Porto Alegre: Artmed Editora; 2002.
20. Gomes R; et al. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. *Rev. bras. educ. Med.* Rio de Janeiro; 2009 set; 33 (433-440).

21. Luckesi CC. Avaliação de aprendizagem: componente do ato pedagógico. São Paulo: Cortez; 2011.