

Aline de Barros Ramos Fernandes

Sandra Soares Simões de Carvalho

Portas abertas ou portas fechadas: como adentrar a Saúde Mental?

Duque de Caxias

2020

Aline de Barros Ramos Fernandes
Sandra Soares Simões de Carvalho

Portas abertas ou portas fechadas: como adentrar a Saúde Mental?

Artigo apresentado ao Curso de Psicologia, da
Universidade do Grande Rio Prof. José de
Souza Herdy, como requisito parcial para
obtenção do título de Formação em Psicologia.

Orientador: Flávio Lopes Guilhon

Duque de Caxias

2020

Aline de Barros Ramos Fernandes
Sandra Soares Simões de Carvalho

Portas abertas ou portas fechadas: como adentrar a Saúde Mental?

Artigo apresentado ao Curso de Psicologia, da
Universidade do Grande Rio Prof. José de
Souza Herdy, como requisito parcial para
obtenção do título de Formação em Psicologia
Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Suelen Oliveira
Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy UNIGRANRIO

Prof^a. Ma. Fabiane de Souza Vieira
Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy UNIGRANRIO

Prof. Me. Flávio Lopes Guilhon (Orientador)
Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy UNIGRANRIO

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer, primeiramente à Deus, eu, Aline, aos meus familiares, especialmente a Hannah, ao Jonathan. Eu, Sandra, gostaria de agradecer aos meus familiares, em especial, ao Ricardo e aos meus filhos, Natacha e Vinícius, pessoas que acreditaram e muito nos apoiaram em função da dificuldade de recursos tecnológicos para finalizar este trabalho. E para concluir, gostaríamos de agradecer à todos aqueles que permaneceram conosco nesta caminhada que durou exatamente 5 anos. Nossa eterna gratidão a cada um de vocês. E que venham os próximos desafios.

Gostaríamos de agradecer a Coordenação do curso Prof^a. Roberta Barzaghi, por estar junto conosco nessa caminhada acadêmica, a Prof^a. Suelen e a Prof^a. Fabiane pelo empenho e carinho de fazerem parte dessa jornada acadêmica. Bem como ao nosso querido Prof. e orientador Flávio Lopes Guilhon, que tanto nos ajudou e se empenhou para que este trabalho fosse realizado da melhor forma possível durante o período de pandemia.

Nossos agradecimentos se dirigem também ao excelentíssimo Prof. Antônio Reguete que nos acompanhou com tanto zelo e carinho desde o início de nossa jornada em busca da titulação na área da psicologia.

À vocês nossa eterna gratidão.

“A vontade de formar o mundo é muito mais profunda nas expressões do inconsciente. ”
(PEREIRA, 1995, p. 15)

RESUMO

Criado no Brasil na década de 1920, o Ambulatório de Psiquiatria foi implementado a partir da política assistencial de higiene mental, que tinha como pretensão a prevenção de doenças mentais na sociedade. Especificamente no que tange ao Ambulatório de Saúde Mental cabe salientar que a implantação de dispositivos substitutivos em Saúde Mental conformou um novo tipo de ambulatório, influenciado pela proposta da Reforma Psiquiátrica e prestador de uma atenção diária baseada no modelo psicossocial e na construção de modalidades de cuidado que focalizam o usuário e não a doença. O objetivo do trabalho foi descrever as experiências das autoras enquanto estagiárias do ambulatório de saúde mental no município de Magé, com seus questionamentos, inquietações e atravessamentos que direcionaram a construção desta pesquisa. O relato de suas vivências no estágio supervisionado básico no campo da Psicologia e dos Processos Comunitários, ocorrido no ano de 2018, associado à realização de uma pesquisa bibliográfica na literatura científica, acerca do funcionamento do ambulatório de saúde mental, dão corpo a este artigo. Utilizou-se Revisão de Literatura nos períodos entre 2010 e 2020 e observação participativa a partir de uma experiência de estágio. A partir desses métodos de análise, observou-se a caracterização do ambulatório no território, na rede e como ocorria a atuação do psicólogo na Saúde Mental. Discutiu-se sobre as vivências das autoras durante o processo de estágio. Concluiu-se que apesar do ambulatório não fazer parte da RAPS, de acordo com o município estudado, ele ainda equivale a um serviço importante dentro da rede. E salienta-se a necessidade de ampliação de pesquisas na área.

Palavras-chave: Ambulatório de Saúde Mental. Política Nacional de Humanização. Sistema Único de Saúde. Rede de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Created in Brazil in the 1920s, the Psychiatric Outpatient Clinic was implemented based on the mental health care policy, which was intended to prevent mental illness in society. Specifically with regard to the Mental Health Outpatient Clinic, it is worth noting that the implantation of substitute devices in Mental Health has shaped a new type of outpatient clinic, influenced by the Psychiatric Reform proposal and providing daily care based on the psychosocial model and the construction of care modalities that focus on the user and not the disease. The objective of the work was to describe the authors' experiences as interns at the mental health clinic in the municipality of Magé, with their questions, concerns and crossings that guided the construction of this research. The report of their experiences in the basic supervised internship in the field of Psychology and Community Processes, which took place in 2018, associated with the performance of a bibliographic research in the scientific literature, about the functioning of the mental health clinic, give form to this article. Literature review was used between 2010 and 2020 and participatory observation from an internship experience. From these methods of analysis, the outpatient's characterization was observed in the territory, in the network and how the psychologist's performance in Mental Health occurred. The authors' experiences during the internship process were discussed. It was concluded that although the clinic is not part of the RAPS, according to the municipality studied, it is still equivalent to an important service within the network. And the need to expand research in the area is emphasized.

Keywords: Mental Health Clinic. National Humanization Policy. Unified Health System. Psychosocial Care Network.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	MÉTODO.....	19
3	DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	21
3.1	ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO.....	21
3.1.1	Descrição do Campo.....	21
3.1.2	Caracterização da atuação da Psicologia.....	25
3.2	ANÁLISE DOS DADOS.....	28
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
	REFERÊNCIAS.....	35
	APÊNDICE - A	38

INTRODUÇÃO

A história da assistência psiquiátrica no Brasil é a narrativa das desassistências, fatos tristes que envolvem maus tratos, violências, vidas desperdiçadas e descaso com o sofrimento das pessoas que eram internadas nos hospitais psiquiátricos (SANTOS, 2007, p. 14). E nestas instituições asilares, os loucos encontravam-se recolhidos junto com outros marginalizados da sociedade (TENÓRIO, 2002, p. 26). Neste contexto, as práticas de contenção da loucura pautavam em tratamentos caracteristicamente asilares, excludentes e iatrogênicos, ou seja, que geram sofrimento e concomitantemente o adoecimento mental do sujeito.

Criado no Brasil na década de 1920, o ambulatório de psiquiatria foi implementado a partir da política assistencial de higiene mental, que tinha como pretensão a prevenção de doenças mentais na sociedade (SANTOS, 2007). Nas décadas de 1960 e 1970, ocorreu o processo de ambulatorização no Brasil, pois, percebia-se que os ambulatórios eram utilizados como porta de entrada aos serviços asilares, sendo referência pelo extenso número de possíveis encaminhamentos para internações (SANTOS, 2007).

Especificamente no que tange ao Ambulatório de Saúde Mental cabe salientar que a implantação de dispositivos substitutivos em Saúde Mental conformou um novo tipo de ambulatório, influenciado pela proposta da Reforma Psiquiátrica e prestador de uma atenção diária baseada no modo psicossocial e na construção de modalidades de cuidado que focalizam o usuário e não a doença (SANTOS, 2007, p. 15)

No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concretamente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação

político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 91). Uma das vertentes que fomentou a discussão em torno da Reforma Psiquiátrica corresponde ao movimento da psiquiatria comunitária e preventiva, que institui as ideias de saúde mental (por oposição à doença mental) e de intervenção na comunidade, inclusive com intenção preventiva (TENÓRIO, 2002, p. 28).

Neste contexto, a psiquiatria discute um programa mais amplo de intervenção pautado no território no qual o sujeito está inserido. Tratava-se não só de perceber precocemente as situações críticas, ou apenas resolvê-las sem que chegassem à internação, mas de organizar o espaço social garantindo a prevenção do adoecimento mental em uma perspectiva preventivista e de promoção à saúde mental (TENÓRIO, 2002). É importante salientar também que a Reforma Psiquiátrica tem sua influência a partir do movimento dos trabalhadores de saúde mental e da própria sociedade.

Em relação a discussão do acesso à saúde de caráter integral e biopsicossocial, percebe-se a importância de refletir essa temática a partir do seu contexto histórico. Desta forma, com uma linha histórica que se inicia em 1966, desde a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), à Constituição Federal de 1988 e perpassando até os anos de 1990, quando assim se consolida uma nova concepção de saúde.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 instituiu uma série de fatores para assegurar a construção de um Estado Democrático, destinado a garantir o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos (BRASIL, 1988). De acordo com a Constituição, disposto na Lei, os artigos de 196 a 200 que correspondem a Seção II da Saúde, se pressupõe um sistema único que seja de direito para todos os cidadãos, sendo dever do estado cuidar e garantir o acesso universal,

descentralizado, o atendimento integral nos serviços e ações de saúde atuantes em uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo a participação da comunidade (BRASIL, 1988). Nesta perspectiva, a Constituição reconhece o direito universal à toda população por meio da construção de um Sistema Único de Saúde.

Este SUS, que oficialmente é escrito em 1988 com a luta que parte da base de uma sociedade que reivindicava por garantia de direitos em todas as esferas sociais, como saúde, educação, moradia, e outras conquistas; e que neste ano de 2020, completa 32 anos de sua criação e luta por um sistema de saúde que funcione plenamente assegurando qualidade de vida e dignidade para toda a população (GONDIM, 2011). Segundo o Conselho Nacional de Saúde, (CNS), o SUS é o maior sistema universal de saúde do mundo (BRASIL, 2008).

Neste cenário de mudanças sociais, é instituída a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 que regulamenta o serviço, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS, bem como seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2011, p. 23). Essa lei que regulamenta, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990).

Desta forma, a presente Lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e garante a criação do SUS e que viabiliza a participação da iniciativa privada em caráter complementar (BRASIL, 1990). Seus princípios e diretrizes implicam nas ações e serviços de saúde conveniados ou não integrados ao SUS que prezam no total cuidado ao cidadão assegurando um modelo voltado à promoção de saúde (BRASIL, 2011), ou seja, uma atenção integral (GONDIM, 2011).

Na organização e construção do SUS, se apresenta uma preocupação com o indivíduo a partir da sua necessidade e contexto de vida (OLIVEIRA, 2009, p. 95). Para tal, requer uma elaboração de estrutura em níveis de complexidade para ratificar o bem-estar físico, mental e social das pessoas (BRASIL, 1990). Essa estruturação demanda ações que se dá em três níveis de atenção: a atenção básica ou atenção primária, (AGUILERA, 2013, p. 1024) que constitui a porta de entrada para o SUS, tendo caráter preventivo, que tem dentre vários objetivos direcionada para “o alcance de certo grau de resolução de problemas” (OLIVEIRA, 2009, p. 95); o nível secundário ou de média complexidade, cujo o direcionamento é voltado para atendimento em áreas específicas nos ambulatorios e hospitais; e o nível terciário ou de /alta complexidade, em que a busca se faz em grandes hospitais com casos em que não puderem ser cuidados pelos os níveis citados (AGUILERA, 2013).

A Lei 8.080/90 possibilitou também um impacto no direcionamento de se pensar os cuidados em Saúde mental e assim, tem-se a criação da Lei 10.216/01, que traz uma mudança de paradigma no cuidado à pessoa que apresenta transtorno mental, e que revela em seu art. 2º ser direito do sujeito ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, livre de iniquidades, e que seja realizado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, dentre outros (BRASIL, 2001).

A Lei 8080/90 foi um importante marco para que, posteriormente, no ano de 2003 fosse lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), tendo em seu escopo, a “política do cuidado, diretrizes ética e da gestão que se caracterizam no acolhimento[...]” (BRASIL, 2015, p. 27). E que chega para pôr em prática a comunicação entre os gestores, trabalhadores e os usuários desses mesmos serviços (BRASIL, 2015). Um trabalho que tem com objetivo construir processos de enfrentamento nas relações de poder e que tem como uma das diretrizes de

acolhimento, o “estar com”, potencializando assim, o protagonismo do sujeito. A PNH vai dizer que Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado (BRASIL, 2013). Portanto, pensar em humanização é dialogar práticas que remetem o “fazer junto” e coletivamente propondo novas formas de garantir e produzir o cuidado ao indivíduo independente do nível de atenção e complexidade do serviço de saúde.

Em relação aos avanços da Política Nacional de Saúde Mental, houve a criação da Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e foi criada com a finalidade de direcionar o funcionamento da rede de atenção da saúde mental a partir dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), dentre outros (BRASIL, 2011). Rede esta que concentra esforços na garantia do tratamento e atendimento humanizado ao sujeito, centrado no território e livre de qualquer iniquidade, aqui compreendida pelo princípio do SUS, na qual reafirma a necessidade que se deve dar também por meio das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2000, p. 32).

Voltando ao ambulatório de saúde mental, parece que o mesmo está pouco presente nas discussões tanto no âmbito micro da clínica, que perpassa os dispositivos da rede de atenção psicossocial, quanto no macro, no que tange à política pública de saúde. Esta ausência se expressa nitidamente na Portaria 3.088/11, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na qual o ambulatório foi excluído do quadro de dispositivos de cuidados (DAMOUS, 2017, p. 913).

Entretanto, apesar de o ambulatório de saúde mental não constar como um dispositivo pertencente à RAPS, este continua em funcionamento em grande parte do território nacional, realizando intervenções, que em diálogo com os pressupostos e novo paradigma apontados pela

Reforma Psiquiátrica no Brasil, constituem um importante espaço de cuidado no âmbito da saúde mental.

Nesse contexto, justamente as experiências das autoras enquanto estagiárias do ambulatório de saúde mental no município de Magé, com seus questionamentos, inquietações e atravessamentos, direcionaram a construção deste trabalho. Logo, o relato de suas vivências no estágio supervisionado básico no campo da Psicologia e dos Processos Comunitários, ocorrido no ano de 2018, associado à realização de uma pesquisa bibliográfica na literatura científica, acerca do funcionamento do ambulatório de saúde mental, dão corpo a este artigo.

Desta forma, o relatório de experiência no Estágio Básico foi o principal norteador para a construção desse trabalho, pois trata-se de inquietações vivenciadas nesse processo de observação participativa e supervisionada no ambulatório de saúde mental que nos impulsionou o interesse em escrever esse artigo.

MÉTODO

Este trabalho fundamenta-se em uma revisão de literatura e no relato de experiência das autoras, a partir da sua vivência de estágio supervisionado básico no campo da Psicologia e dos Processos Comunitários, realizado no segundo semestre letivo do ano de 2018, no único ambulatório de saúde mental localizado na cidade de Magé, situado no estado do Rio de Janeiro.

Em relação à revisão de literatura, utilizou-se a base de dados das plataformas Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia (BVSPsi), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) com os descritores “ambulatório de saúde mental” e “política nacional de humanização”, entre os anos de 2010 e 2020, em língua portuguesa.

A partir do descritor “ambulatório de saúde mental”, o algoritmo da base de dados BVS-Psi apresentou 19 (dezenove) artigos, destes 14 (quatorze) artigos foram descartados, pois, a data de publicação dos mesmos era anterior ao ano de 2010, de modo que 05 (cinco) artigos foram selecionados.

Com base no descritor “política nacional de humanização”, o algoritmo da base de dados BVS- Psi listou 04 (quatro) artigos, destes, todos foram utilizados, pois, corresponderam-se aos critérios de inclusão que foram aplicados.

Segundo os descritores “ambulatório de saúde mental” e “política nacional de humanização”, o algoritmo da base de dados Lilacs apresentou 00 (zero) artigos, com isso, a presente plataforma foi desconsiderada como fonte de busca para o estudo.

A partir do descritor “ambulatório de saúde mental”, o algoritmo da base de dados Scielo expôs 04 (quatro) artigos, destes, 02 (dois) foram escolhidos, pois, se adequaram aos critérios

de inclusão e 02 (dois) foram descartados, porque, se referiam a outras temáticas, como por exemplo, itinerários terapêuticos de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos.

Com base no descritor “política nacional de humanização”, o algoritmo da base de dados Scielo listou 12 (doze) artigos, destes foram eleitos 08 (oito), pois, atendiam aos critérios de inclusão, e 04 (quatro) foram excluídos, porque, desses artigos 03 (três) continham apenas o resumo, logo, o artigo completo encontrava-se indisponível na plataforma e em 01(um) destes artigos, a data de publicação era anterior ao ano de 2010.

Portanto, o total de artigos encontrados utilizando os respectivos descritores foram 39 (100%), destes 19 (48,72%) foram selecionados, pois abordavam diretamente o assunto pesquisado neste estudo, relacionados às pesquisas feitas em torno do ambulatório de saúde mental e a política nacional de humanização nos princípios do SUS dentro da área de Ciências da Saúde.

Em síntese, 20 artigos (51,28%) foram excluídos, pois os mesmos atenderam aos critérios de exclusão e não aos de inclusão. Diante disso, os 19 artigos que corresponderam a todos os critérios passaram a representar os 100% de nossa análise.

Através da utilização de revisão bibliográfica foram criadas as seguintes categorias: área/campo teórico, tipo de pesquisa utilizada, autor pertencente da área da psicologia, autor pertencente de outras áreas de estudo, descritor utilizado, base de dados, ano de publicação, discussão do estudo e finalmente, se o artigo atendia os critérios para ser usado ou não.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Análise da experiência de estágio

O objetivo do estágio realizado no segundo semestre letivo do ano de 2018, entre os meses de agosto e dezembro, foi observar e acompanhar a atuação do profissional de Psicologia no âmbito da política pública de saúde mental, especificamente no Ambulatório de Saúde Mental do município de Magé. Enfatizando a descrição e a caracterização desta prática no campo da política pública. Nesse sentido, foi realizada a descrição do campo de estágio, concomitante com a caracterização, tanto da política pública no qual este dispositivo de saúde está inserido.

A síntese do Diagnóstico psicossocial, solicitado na elaboração do relatório de estágio, retrata as experiências das autoras frente ao processo de estágio, as dificuldades enfrentadas e superadas e a discussão baseada nos problemas estruturais, de recursos humanos e organizacionais encontrados no dispositivo ambulatorial.

Descrição do campo

Na disciplina Estágio Supervisionado Básico em Psicologia e Processos Comunitários a turma foi dividida em dois campos: área da Assistência Social e Saúde. Inicialmente, nos primeiros dois meses, agosto e setembro de 2018, os grupos foram orientados a conhecer os dois campos de atuação e decidir em qual deles vivenciar a prática de atuação do psicólogo nas Políticas Públicas. Feita a escolha do campo, nos meses de outubro e novembro, do mesmo ano, começaram as visitas às instituições na Política Pública escolhida.

As presentes autoras decidiram por conhecer a atuação da psicologia no campo da saúde, e assim, iniciamos nossas idas às instituições de modo a consolidar nossas experiências frente ao processo de Estágio Supervisionado Básico em Psicologia e Processos Comunitários. Diante desse processo, realizaram o estágio, como citado anteriormente, no Ambulatório de Saúde Mental, localizado em Magé.

Especificamente sobre o município de Magé, um município do Estado do Rio de Janeiro, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sinalizam que este possui área territorial de 390,775 km² e tem seus gentílicos intitulados de Mageense. Seu atual prefeito é o Rafael Santos de Souza. Sua população estimada, de acordo com o IBGE do ano de 2020, é de 246.433 pessoas e sendo sua densidade demográfica de 585,13 hab/km². Em 2016, o salário médio mensal era de 1,8 salários mínimos (IBGE, 2020).

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 4.5 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3.9. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 83 de 92. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 63 de 92. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97,7 em 2010. Em 2017, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita era de R\$ 16.240,43. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) feito em 2010 da cidade de Magé é de 0.709. No ano de 2017, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13.25 óbitos para cada 1,000 nascidos vivos (IBGE, 2020).

O levantamento atual segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referente ao número de Estabelecimentos de Saúde no município, contabilizou 207 Estabelecimentos (IBGE, 2020). De acordo com os dados do Censo de 2010, Magé apresenta 63,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado. 54,1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 24,5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2020).

Os dados mais atuais do DATASUS de 2013 apontam Magé com uma média de 27,11 óbitos/100 mil hab., estando 0,12 acima da média nacional que é de 26,99 óbitos/100 mil hab.

O Ambulatório de Saúde Mental, em sua definição caracteriza-se pelo trabalho multiprofissional, especificamente, no município de Magé, a instituição na qual atuamos funcionava com uma equipe composta por médicos psiquiatras e psicólogos, que não interagiam entre si. Diferente do que ocorria nos CAPS desta localidade, que trabalhavam a partir de uma perspectiva multidisciplinar, conforme preconizam as orientações das políticas públicas no âmbito da saúde mental.

O Ambulatório, o CAPSad e o CAPS II se localizavam no mesmo imóvel e compartilhavam o mesmo espaço físico de modo e a justificativa para essa junção seria a de facilitar a comunicação dos serviços e também agilizar o processo de atendimento. No entanto, isso não ocorreu ocasionando dificuldade de locomoção e circulação entre os profissionais e os usuários destes dispositivos.

A respeito do tempo de aguardo para início dos acompanhamentos e a sua duração, observamos que verificou-se um aumento expressivo no número de usuários aguardando atendimento nas filas de espera para realização de consulta, os atendimentos ocorriam em um espaço limitado de tempo o que comprometia a escuta do sofrimento do usuário e a construção da aliança terapêutica. Em relação ao agendamento das consultas, muitas das vezes, esse período de espera era de seis meses para atendimento nos serviços de psicologia e psiquiatria e caso o usuário esquecesse a data, o mesmo retornava para a fase de agendamento onde esperava mais seis meses para ser atendido.

No Ambulatório, seu espaço era reduzido e fechado, pois não havia janela, os consultórios por serem distribuídos por divisórias eram apertados, sem ventilação e que dificultavam a acústica do local, visto que ao transitar próximo ao espaço de atendimento era possível escutar tudo o que era falado, o que poderia prejudicar a preservação do sigilo entre profissional e usuário.

No que tange o sistema de controle das consultas realizadas pelos profissionais, o manejo dos números ocorria por meio de prontuário de papel que eram encaminhados à secretaria de saúde, onde não se tinha um arquivamento para acesso dos profissionais ocasionando um não conhecimento desses dados, o que poderia comprometer o processo de cuidado do usuário e também possibilitar a melhoria na qualidade do serviço prestado ao usuário.

Diferentemente, havia um CAPSi, localizado em uma área mais afastada estando distante dos outros dispositivos de Saúde Mental citados anteriormente, funcionando de outra forma em comparação a esses serviços. O CAPSi se situava em um imóvel próprio, mais arejado, o espaço era colorido, havia árvores e um parque para as crianças utilizarem e foi observado do lado de fora do serviço práticas de dinâmicas de acolhimento aos usuários e rodas de conversa.

Retornando especificamente ao Ambulatório, foi narrado pelos profissionais a existência de expressiva rotatividade profissional, visto que de dois em dois meses os mesmos eram realocados para outros lugares e com a chegada desses novos profissionais não havia o armazenamento dos dados dos usuários, tendo assim, que recomeçar tudo de novo, o que prejudicava todo o processo de acompanhamento do usuário.

Percebemos que as demandas que chegavam ao Ambulatório de Saúde Mental de Magé diziam respeito aos encaminhamentos realizados pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Entretanto, não era observada a continuidade dos acompanhamentos daquelas pessoas que foram encaminhadas ao Ambulatório de Saúde Mental e ao CAPSad e o CAPS II. No que tange o ambulatório foi observado uma atuação individual e sem articulação com os outros dispositivos da rede. Em relação ao atendimento, este acontecia por demanda espontânea, ou seja, qualquer pessoa que buscasse atendimento no serviço,

independente do seu local de origem, deveria ser atendida e por isso, os profissionais intitulavam essa prática de política de portas abertas.

Caracterização da atuação da Psicologia

É relevante citar que, toda a prática do profissional da Psicologia é sustentada pelo Código de Ética da profissão. Em relação aos princípios fundamentais que preconizam o código de ética do(a) psicólogo(a) é comentado em seu Artigo I, que o psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos (CFP, 2005, p. 7). Portanto, a prática do profissional da psicologia deve ser pautada sobretudo na prestação do atendimento livre de toda e qualquer iniquidade, negligência, violência, opressão, exploração e discriminação respeitando integralmente a subjetividade e o modo de viver do sujeito (CFP, 2005).

Assim, o psicólogo em sua prática atua segundo o tratamento e convívio entre diferentes, a partir da possibilidade de realização de trocas simbólicas e culturais, enfim, lugares e práticas que desconstroem, em seu fazer cotidiano, uma arraigada cultura de exclusão, invalidação e silenciamento dos ditos loucos, ao promover intervenções no território que revelam possibilidades de encontro, gerando conexões, e questionando os preconceitos (CFP, 2012, p. 93).

A prática clínica que permeia os serviços de Saúde Mental são orientados pelos princípios de liberdade e responsabilidade, desse modo, tem-se o reconhecimento da responsabilidade e vontade em relação a vivência da loucura (CFP, 2012). Para tratar, rigorosamente, é necessário ser livre para decidir quando e porque tratar-se, sendo igualmente importante, para esta clínica, tratar sem trancar, tratar dentro da cidade, buscando os laços

sociais, o fortalecimento ou a reconstrução das redes que sustentam a vida de cada usuário (CFP, 2012, p. 95).

Quando se trata da atuação do profissional da Psicologia em um serviço de Saúde Mental é importante refletir em uma atuação que promova a realização do trabalho em equipe de modo integrado e articulado, a partir do envolvimento de todos os atores sociais, como os gestores do serviço, os profissionais de saúde, os usuários e também a população local. Desta forma, se percebe a importância de um trabalho que ocorra no território e em rede (CFP, 2012).

Como forma de exemplificar a prática do profissional da Psicologia no campo das políticas públicas, pode-se citar que esse profissional ao compor equipes do CAPS e/ou do NASF, realiza atividades, como: participação no acolhimento, a construção de projetos terapêuticos, a produção do cuidado, a realização de atividades de sala de espera, o atendimento em grupo, as visitas domiciliares, as oficinas terapêuticas e realização de ações de fortalecimento comunitário e de controle social etc (BOARINI & BORGES, 2009).

Em nosso campo de estágio, dentre tantas funções que poderiam ser realizadas pelo psicólogo, evidenciou-se uma prática centrada na clínica tradicional. E no serviço médico especializado foi percebido maior atenção ao processo de medicalização.

Ao longo do processo de estágio foram observados fatores facilitadores que permitiram nossa ida a campo. Apesar de neste ano, ter ocorrido o processo de eleições municipais e de observar certa resistência tanto por parte da gestão do dispositivo quanto por parte de outros níveis da gestão em obter autorização para realização do estágio, nossa ida ao Ambulatório de Saúde Mental foi recebida com grande entusiasmo e alegria pela equipe. Tivemos a oportunidade de entrevistar duas psicólogas que nos acolheram e receberam sem qualquer

distinção, e através de suas narrativas, tivemos acesso ao funcionamento de toda dinâmica do dispositivo.

Mesmo com os empecilhos vivenciados pelo caminho, presenciamos no Ambulatório de Saúde Mental profissionais pertencentes às áreas de Psicologia e Psiquiatria impulsionados em realizar a sua prática da melhor forma possível. Ou seja, esses profissionais se encontravam implicados e comprometidos na realização de um trabalho que fosse além da clínica tradicional, na percepção do sujeito como sintoma, para perspectiva de uma clínica ampliada, no qual o usuário é visto como protagonista no seu processo de cuidado.

Percebeu-se que os profissionais eram interessados no desenvolvimento de uma prática engajada na superação das adversidades que atravessavam o serviço ambulatorial. Logo, os profissionais acreditavam no seu trabalho, percebiam a importância da participação da comunidade no serviço e eram comprometidos com as diretrizes e princípios do SUS que refletiam suas práticas sustentadas através dos ideais oriundos do processo de desinstitucionalização e os fundamentos da Reforma Psiquiátrica.

Salienta-se que, os próprios profissionais investiam em sua capacitação profissional, pois, muitos se encontravam em um processo de constante formação, seja na modalidade *lato sensu* e/ou na modalidade *stricto sensu*. E apesar das condições precarizadas vivenciadas no dispositivo, esses profissionais estavam preocupados em exercer uma clínica alicerçada no cuidado ampliado e na compreensão do usuário como sujeito ativo e garantindo o melhor tratamento possível na condição do território e junto da comunidade.

Dessa forma, se por um lado, presenciamos a política de sucateamento do serviço ambulatorial de Saúde Mental, por outro lado, vimos que mesmo nessa situação os profissionais

se encontravam dispostos a lutar por um atendimento humanizado, acolhedor e integral resultando na promoção e recuperação da saúde total do usuário.

Análise dos dados

Os trabalhos analisados sinalizam que na categoria área/campo teórico tem-se um percentual significativo da Análise Institucional como referencial teórico com 31,60%. Por conseguinte, a área da Saúde Coletiva representou 26,32% dos artigos, seguido dos respectivos campos da Farmacologia, Psicologia Social e a Epidemiologia com o percentual de 10,52%. E as áreas de: Abordagem Cognitivo Comportamental e Fenomenologia Existencial com percentuais de 5,26%.

Percentual (%) versus Área/Campo Teórico

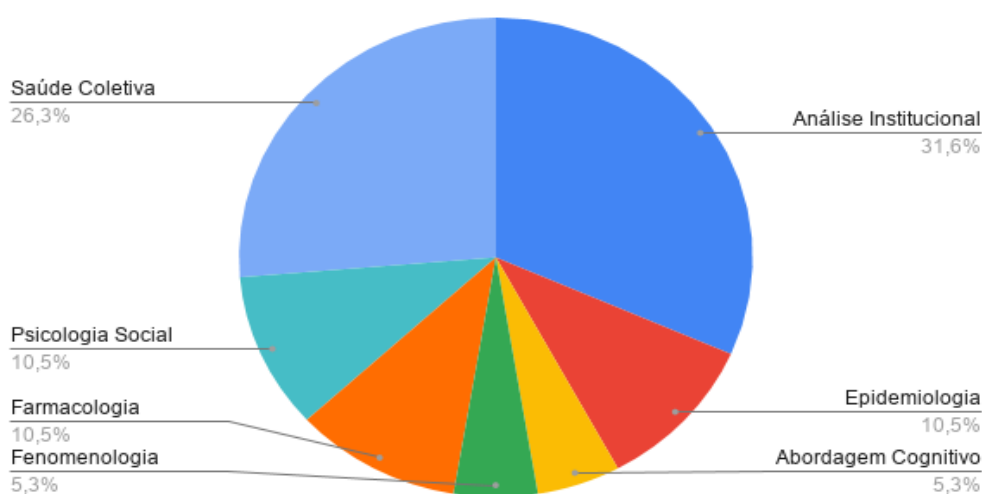


Tabela 1: fonte própria.

Em relação ao tipo de Abordagem utilizada, os resultados apontam que 31,60% dos artigos equivalem a pesquisa qualitativa, seguida da pesquisa bibliográfica com 26,32%, o uso de Relato de Experiência, Cartografia, e pesquisa quantitativa com percentuais de 10,52% cada, e por último a pesquisa intervenção e Estudo Transversal, correspondentes a 5,26% dos artigos.

Percentual (%) versus Tipo de Pesquisa

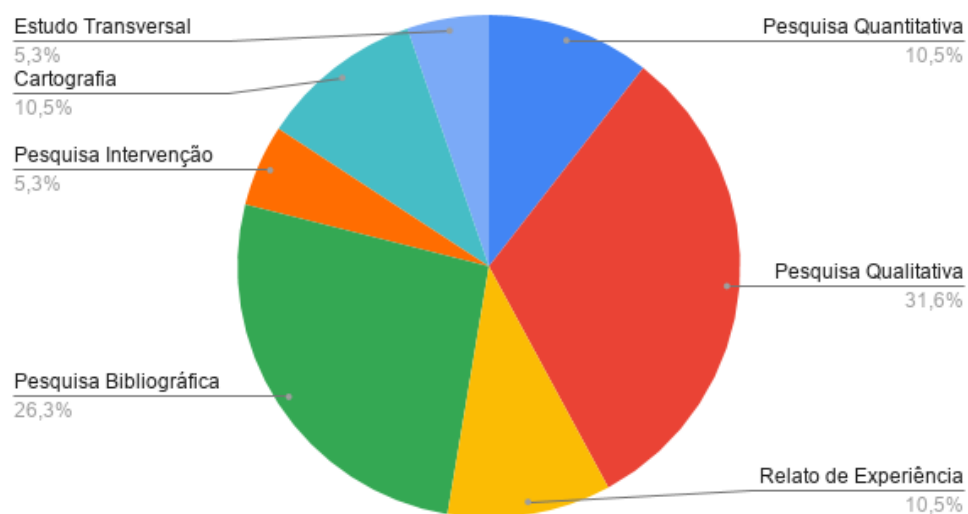


Tabela 2: fonte própria.

Analisando a categoria autores da Psicologia, em primeira posição se encontra a opção autores não identificados que corresponde a 84,22% dos achados da literatura, seguido de Serge Moscovici e Ibáñez Gracia com 5,26% cada, e Ignacio Martín-Baró que representa 5,26% dos artigos.

Percentual (%) versus Autores da Psicologia

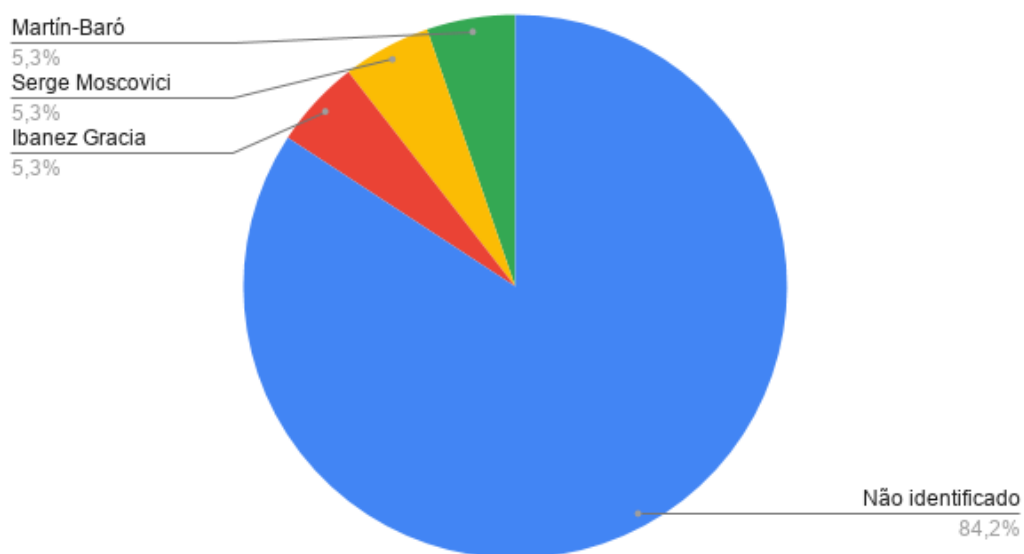


Tabela 3: fonte própria.

Na categoria Autores de outras áreas, em maior escala se deu os autores não identificados que foi equivalente a 31,60% dos artigos, por conseguinte Michel Foucault, que representou 26,32%, seguidos de Félix Guattari com 15,78%, e Lourau e Deleuze com 10,52% cada, e Franco Basaglia também com 5,26%.

Percentual (%) versus Autores de outras áreas

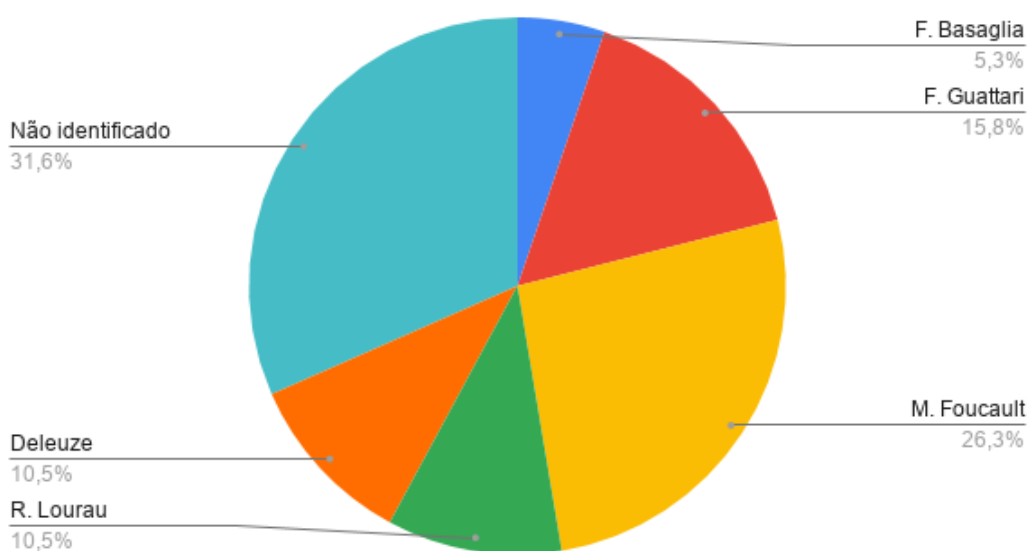


Tabela 4: fonte própria

Percebeu-se na categoria ano de publicação um número acentuado de pesquisas equivalentes ao ano de 2016, com percentual de 31,60%, seguido de 2011 com 21,06%, e os anos de 2013, 2014 e 2015, com valores igualitários de 10,52%. E os anos de 2010 e 2012, com os percentuais de 5,26%.

Percentual (%) versus Ano de Publicação

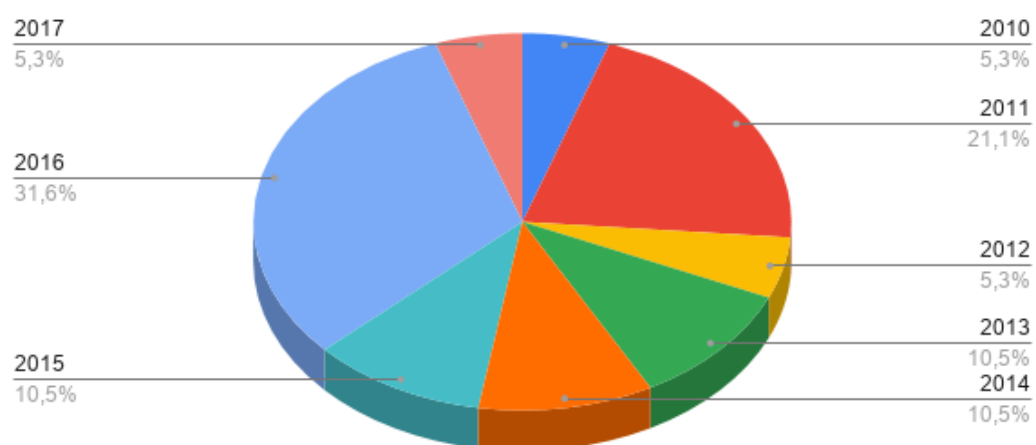


Tabela 5: fonte própria

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das experiências de estágio das autoras, devidamente descritas no relatório de estágio da Disciplina Estágio Supervisionado Básico em Psicologia e Processos Comunitários, evidenciou-se tanto situações de fragilidades, quanto de potencialidades do serviço ambulatorial de saúde mental do município de Magé.

Acerca das fragilidades, destacam-se a rotatividade profissional; as longas filas de espera por consultas nas áreas de psicologia e psiquiatria; a falta de infraestrutura física para realização dos atendimentos; a baixa quantidade de profissionais; ausência de um sistema de formação constante que possibilite melhor qualificação dos profissionais conforme orienta a Política Nacional de Humanização (2003).

No que se refere às potencialidades encontradas no serviço, pode-se observar um grande comprometimento dos profissionais que amplia o escopo de suas intervenções e a organização do trabalho, uma busca constante dos próprios profissionais em relação à educação permanente e continuada na área de formação.

Observamos que, na prática clínica, o usuário era percebido e atendido segundo as suas reais necessidades favorecendo um cuidado individualizado, subjetivo, e de forma integral, visto que, o vínculo durante as consultas especializadas aconteciam, todavia, se perdia pelo motivo da recolocação do profissional. Logo, o usuário não era só percebido pelo seu sintoma e havia também o exercício de emprego da humanização nos atendimentos garantindo o protagonismo e cuidado centrado no usuário do serviço ambulatorial.

Apesar do ambulatório de saúde mental não fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de acordo com o cenário atual do município estudado, ele equivale a um serviço importante dentro da presente rede de assistência. Isso acontece tanto pelo ambulatório ser uma

referência para todos os atendimentos nas áreas de psiquiatria e psicologia daquela localidade, quanto por trabalhar com o atendimento por demanda espontânea, visto que, todas as pessoas que chegam no serviço são atendidas independente de pertencer ou não a aquela área.

Todavia, por conta das vulnerabilidades apontadas pelos profissionais que nele atuam, seu papel precisa ser repensado, pois, as precariedades do serviço acontecem tanto na esfera micro quanto macro política, e sobretudo por falarmos de questões relacionadas à gestão.

Salienta-se que, de acordo com os resultados coletados na literatura científica, há poucos estudos que discutem a prática profissional e de funcionamento do ambulatório, assim como, há uma carência de pesquisas pautadas na política de humanização dentro do respectivo dispositivo de saúde mental.

Ressaltamos que o presente estudo sinaliza parte de questões evidenciadas em um único ambulatório, salientando a necessidade de ampliação de pesquisas na área. Desta forma, pode-se concluir que, se torna necessário a continuidade da realização desse estudo evidenciando a importância do Ambulatório de Saúde Mental no município, no sentido de possibilitar a garantia de construção de um serviço potente, com prestação de assistência adequada e humanizada e também de um trabalho em rede efetivamente integrado, articulado e que proporcione acesso e dignidade para todos aqueles que precisam. Assegurando com isso a continuidade das portas abertas no serviço.

REFERÊNCIAS

AGUILERA, Sandra Lúcia Vieira Ulinski et al . **Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores.** *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro , v. 47, n. 4, p. 1021-1040, Aug. 2013 . disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000400010&lng=en&nrm=iso> . Acesso em 24 outubro. 2020.

AMARANTE, Paulo (org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Ano de Publicação - 1995 Rio de Janeiro, SDE/ENSP.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf > acesso em 29 de outubro de 2020.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal. 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 30 de outubro de 2020.

BRASIL. LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 13 de novembro de 2020.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. All rights reserved Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B. Sala 104B CEP:70.058-900 Brasília-DF - "**Efetivando o Controle Social**".

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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. OPAS. Brasília, novembro de 2005. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria n 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília. 2002. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html > . Acesso em 24 de outubro de 2020.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes**

e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 15 de maio de 2020.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. CNS. **Dia Nacional de luta é comemorado no País**. Brasília. Ministério da Saúde. 18 de maio de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/18_mai_luta_antimanicomial.html#:~:text=Em%202001%2C%20a%20Lei%20n%C2%BA,em%2> Acesso em 23 de outubro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 15 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS. Princípios e conquistas. Brasília. Distrito Federal**. 2000. pp 6-9. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios> Acesso em 20 de outubro de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos (IDB) - Brasil 2013. DATASUS**. Disponível em: <<http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/idb2013/matriz.htm>> Acesso em: 02 /11/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização PNH. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso em: 13 de novembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 548 p. : il. (**Caderno HumanizaSUS** v. 5). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf> Acesso em: 24 de outubro de 2020.

BOARINI, Maria.Lucia., BORGES, Roselania Francisconi. **O psicólogo na atenção básica à saúde. Psicologia Ciência e Profissão**, 29 (3). 602-613.2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932009000300013&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 13 de novembro de 2020.

Conselho Federal de Psicologia. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, Agosto de 2005.

Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>>
Acesso em: 13 de novembro de 2020.

CFP. Conselho Federal de Psicologia Referências técnicas para Prática de Psicólogas(os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS - Brasília: CFP, 2012. 58 p. ISBN: 978-85-89208-56-7. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/08/CREPOP_CREAS_.pdf> Acesso em: 13 de novembro de 2020.

DAMOUS, Issa; ERLICH Hilana. **O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária.** **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27 [4]: 911-932, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312017000400911&script=sci_abstract&tlng=pt>
Acesso em 15 de maio de 2020.

GONDIM, Roberta (Org.) **Qualificação de gestores do SUS.** – Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2011. 480 p. <<https://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf>> Acesso em: 23 de outubro de 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados.**, 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/mage.html>> Acesso em: 13 de novembro de 2020.

SANTOS, Yalle Fernandes., **O Ambulatório de Saúde Mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Biblioteca Setorial Especializada do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA. CDU 614.39:613.86(813.2). Disponível em: <file:///C:/Users/pc/Downloads/YalleFS%20(1).pdf> Acesso em: 02/11/2020.

TENÓRIO, F. (2002). **A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** História, Ciências, Saúde - Manguinhos, 9(1), 25-59. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702002000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>Acesso em: 02/11/2020.

Universidade do Grande Rio - Prof. José de Souza Herdy

Autores:

Aline de Barros Ramos Fernandes – Mat: 3700119
Athilla Henrique Carvalho de Sousa – Mat: 3700131
Sandra Soares Simões de Carvalho – Mat: 3700228
Karoline Pereira Carvalho – Mat: 3700369
Vitor Costa de Souza – Mat: 3700133

Relatório Final

ESTÁGIO SUPERVISIONADO BÁSICO EM PSICOLOGIA E PROCESSOS COMUNITÁRIOS

Relatório final de estágio apresentado ao curso de Psicologia da UNIGRANRIO como requisito para o cumprimento das exigências da Unidade Curricular Estágio Supervisionado Básico em Psicologia e Processos Comunitários.

TURMA PSI018-01

**Duque de Caxias
2018-2**

Folha de Aprovação

Os alunos abaixo relacionados apresentaram ao Curso de Psicologia da Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy” o relatório final do Estágio Supervisionado Básico em Psicologia e Processos Comunitários como parte dos requisitos parciais na formação do Psicólogo.

Aline de Barros Ramos Fernandes – Mat: 3700119
Athilla Henrique Carvalho de Sousa – Mat: 3700131
Sandra Soares Simões de Carvalho – Mat: 3700228
Karoline Pereira Carvalho – Mat: 3700369
Vitor Costa de Souza – Mat: 3700133

Aprovados em _____ de _____ de _____.

Supervisor Acadêmico

Antonio Reguete Monteiro de Souza
Psicólogo – CRP 20/22073

AGRADECIMENTOS

Agradecer a Deus primeiramente, e as Psicólogas Tatiana, Amanda e Ana Paula e aos órgãos públicos que nos atenderam.

Sumário

1. Introdução	05
2. Descrição do campo	06
2.1. Caracterização da política pública	06
2.2. Caracterização da instituição.	07
2.3. Caracterização do território	08
2.4. Caracterização da rede	09
2.5. Caracterização da atuação da Psicologia	10
3. Fundamentação Teórico-metodológica	12
4. Síntese do diagnóstico psicossocial	15
4.1. Discussão	15
4.2. Proposta de intervenção	16
Referências Bibliográficas	19

1. Introdução

O presente trabalho tem por objetivo descrever a caracterização da política pública no campo da saúde enfatizando a atuação do profissional da psicologia com ênfase na função junto ao dispositivo Ambulatorial de Saúde Mental. No decorrer do trabalho é feito a descrição do campo da saúde e saúde mental, a caracterização da política pública e da instituição escolhida - O Ambulatório de Saúde Mental situado em Magé, no estado do Rio de Janeiro. A seguir é feito a caracterização do território e da rede.

A fundamentação teórica baseou-se na perspectiva da Psicologia Sócio Histórica e a atuação do profissional na política pública pautado na ética profissional e aspectos sociais. A síntese do Diagnóstico psicossocial retrata as experiências do grupo frente o processo de estágio, as dificuldades enfrentadas e superadas e a criação de uma proposta de intervenção baseada nos problemas estruturais, de recursos humanos, e organizacionais encontrados nos dispositivos Ambulatoriais.

2. Descrição do campo

Na disciplina Estágio Supervisionado Básico em Psicologia e Processos Comunitários a turma foi dividida em dois campos: Área da Assistência Social e Saúde. Inicialmente, nos primeiros dois meses - agosto e setembro - os grupos foram impulsionados a conhecer os dois campos de atuação e decidir em qual vivenciar a prática de atuação do psicólogo nas Políticas Públicas. Feita a escolha do campo, nos meses de outubro e novembro começaram as visitas às instituições na Política Pública escolhida.

O presente grupo escolheu conhecer a atuação do psicólogo no campo da saúde. E assim, iniciamos nossa ida às instituições de modo a consolidar nossas experiências frente ao processo de Estágio Supervisionado Básico em Psicologia e Processos Comunitários.

2.1. Caracterização da política pública

A Política nacional do ministério da saúde, tem como principal diretriz norteadora, a ampliação do cuidado em saúde no território, com base comunitária, visando a articulação entre os diversos dispositivos da rede de atenção primária em saúde, e psicossocial, dentre os principais dispositivos estão as NASF e PSF junto o ESF, demonstram papel fundamental, com matricialmente e a educação permanente, favorecendo a atuação dos CAPs e ambulatório de saúde Mental. este modelo de integração vem inicialmente sendo desenvolvido no Rio de Janeiro, e apesar da sua eficácia apresenta seus inpassses no que diz respeito a organização do ambulatório de saúde mental, e a clientela a ser Acompanhada, nos levando a questionar os critérios utilizados para os atendimentos.

Entendendo as novas demandas a partir da articulação de rede, e o redesenhar da rede de atenção psicossocial o ambulatório de saúde mental procura se situar no seu reordenamento, proposto dentro do projeto de expansão, dos cuidados em saúde, para o potencializar dentro do modelo estabelecido para o território, que precisa que haja a consolidação dos dispositivos para que sua articulação seja eficaz, em outras palavras, é preciso haver um processo de organização de dispositivos para que a política pública funcione e alcance seus objetivos.

As dificuldade de implementação de políticas públicas perpassam aos problemas de estruturação física, e entram no âmbito dos modelos de gestão, principalmente do que diz

respeito a formação das equipes de saúde tanto dos ESF, quanto dos ambulatórios de saúde mental, que apresentam grande rotatividade de profissionais, o que dificulta o trabalho contínuo de acompanhamento, dos casos que chegam até as unidades, que não tem conseguido atingir a construção do matriciamento e muito menos manter uma regularidade no trabalho clínico, que interrompe o acompanhamento do projeto terapêutico, e os vínculos estabelecidos.

A consequências das falhas nos modelos de organização dos dispositivos de forma individual e também articulada, tem se notabilizado pela sobrecarga na média e alta complexidade, de caso que devido ao manejo nas condições atuais, permite que atuação dos profissionais de saúde tenha baixo alcance e eficácia. tudo isso nos evidencia que as políticas públicas devem ser moldadas pensando-se nas peças de engrenagem, que as compõem para uma melhor organização institucional, e de gestão do cuidado em saúde que esbarra em empecilhos de resolutividade que estão dentro de uma realidade possível em uma projeção de melhoria a curto, médio e longo prazo.

2.2. Caracterização da instituição.

A Instituição que decidimos visitar para realizar o estágio foi o Ambulatório de Saúde Mental, situado na cidade de Magé, localizado no estado do Rio de Janeiro. Os Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental são serviços compostos por médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, enfermeiro e outros profissionais que atuam no tratamento de pacientes que apresentam transtornos mentais. Esses serviços devem prestar atendimento integrado e multiprofissional, por meio de consultas.

Funcionam em ambulatórios gerais e especializados, policlínicas e/ou em ambulatórios de hospitais, ampliando o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, mas de gravidade moderada, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade, atendendo às necessidades de complexidade intermediária entre a atenção básica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A Instituição escolhida, o Ambulatório de Saúde Mental, em sua definição se caracteriza pelo trabalho multiprofissional. Na cidade de Magé, a instituição que

conhecemos atua com uma equipe que é composta de médicos psiquiatras e psicólogos, somente nos diversos tipos de CAPS é que estão concentrados este trabalho em equipe multidisciplinar.

A estrutura da instituição equivale a uma casa alugada, e os espaços (cômodos) são divididos entre o Ambulatório de Saúde Mental, o CAPS AD e o CAPS II. O local apresenta um espaço precário, com pouca ventilação tendo apenas um ventilador em um dos consultórios de atendimento e recentemente foi colocado um ar condicionado no segundo consultório onde alguns profissionais atuam.

A forma de controle dos pacientes se dá pelos prontuários, que segundo a fala dos profissionais, são encaminhados a secretaria de saúde e não se tem um controle do que acontece com essa informação. Então, não há um controle do número de atendimentos realizados pelos profissionais do serviço Ambulatorial. Além do espaço estreito e fechado, o atendimento sofre com a falta de privacidade do indivíduo, pelo motivo que o revestimento das paredes não efetua o isolamento do som, logo, ao prestar o atendimento do paciente, mesmo com a porta fechada, há a predominância de quem estiver passando ouvir, então o sigilo profissional nesta perspectiva fica prejudicado.

2.3. Caracterização do território

Magé é uma cidade do Rio de Janeiro que tem seus gentílicos intitulados de Mageense. Seu atual prefeito é o Rafael Santos de Souza. Sua população no último censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 227.322, sendo sua densidade demográfica de 585,13 hab/km². Em 2016, o salário médio mensal era de 1,8 salários mínimos. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 38,2% da população nessas condições, o que colocava na posição 10 de 92 dentre as cidades do estado e na posição 2980 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 4.5 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3.9. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 83 de 92. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 63 de 92. A taxa de escolarização (para pessoas

de 6 a 14 anos) foi de 97,7 em 2010. Isso posicionava o município na posição 45 de 92 dentre as cidades do estado e na posição 2574 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Em 2015, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita era de R\$ 15,026,60. Na comparação com cidades do mesmo estado, o PIB per capita colocava a cidade na posição 82 de 92. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) feito em 2010 da cidade de Magé é de 0.709, o que coloca a cidade na posição de 51 de 92.

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 17,09 para 1,000 nascidos vivos. O levantamento feito em 2009 referente ao número de Estabelecimentos de Saúde SUS no município, contabilizou 78 Estabelecimentos. Na esfera administrativa, existem 358 leitos para internação em estabelecimentos de saúde, sendo 180 leitos na rede pública enquanto que a rede privada conta com 178 leitos. Apresenta 63,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado. 54,1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 24,5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 71 de 92, 60 de 92 e 73 de 92, respectivamente.

Os dados mais atuais do DATASUS de 2013 apontam Magé com uma média de 27,11 óbitos/100 mil hab., estando 0,12 acima da média nacional que é de 26,99 óbitos/100 mil hab.

2.4. Caracterização da rede

Os Ambulatórios de Saúde Mental se caracterizam como sendo o último resquício da Reforma Psiquiátrica. Segundo PAIANO et al (2016), no Brasil, a Reforma Psiquiátrica foi marcada pela extinção progressiva dos manicômios e tendo como eixo orientador das ações dos profissionais a inclusão e a reabilitação social da pessoa em sofrimento psíquico.

De acordo com essa reforma, os estados e municípios devem implementar uma política de saúde mental equânime, inclusiva, extra-hospitalar e com base comunitária. Para tanto, faz-se necessária a organização de uma rede de atenção integral à saúde mental, de modo a suprir as necessidades de cuidado, favorecer a integração social e qualificar a existência dessas pessoas. (PAIANO et al 2016).

Diante disso, com a necessidade de haver uma mudança na Política de Saúde Mental, a Portaria 3.088/11 criou a RAPS - Rede de Atenção Psicossocial. Segundo o Ministério da Saúde, o modo psicossocial é a proposta da clínica ampliada, da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso significa que a proposta conjuga o trabalho transdisciplinar, uma compreensão do processo saúde-doença que supera o critério diagnóstico a um projeto terapêutico com características singulares que contemple as necessidades específicas de cada usuário.

De acordo com a Portaria 3.088/11, os ambulatorios foram excluídos do quadro de dispositivos de cuidado e por isso, atuam isoladamente na Política de Saúde Mental. Então, a demanda que chega hoje nos Ambulatórios de Saúde Mental são resultados de encaminhamentos realizados pelo PSF - Programa de Saúde da Família - e UBS - Unidades Básicas de Saúde, logo não há articulação do ambulatório com a Rede de Atenção Psicossocial; e esse sistema pode ser observado no funcionamento do Ambulatório de Saúde Mental em Magé.

2.5. Caracterização da atuação da Psicologia

Percebe-se que a atuação do psicólogo nas políticas públicas deve ser pautado, principalmente, no código de ética profissional de modo que venha prestar atendimento livre de toda e qualquer discriminação respeitando a integridade e subjetividade do indivíduo. Dessa forma, o código de ética do psicólogo segue o princípio dos direitos humanos, garantindo direitos ao sujeito de forma universal e sem distinção zelando pela dignidade, bem estar e qualidade de vida do ser humano.

Há aproximadamente 20 anos, o mercado de trabalho para o profissional da Psicologia foi ampliado, e o SUS - Sistema Único de Saúde - é um dos locais de maior empregabilidade do Psicólogo junto às Políticas Públicas.

Anteriormente, o sistema de saúde centrava na alta complexidade, agora houve uma expansão na atenção primária, tem-se ocorrido alterações das ações, serviços e programas do SUS, por meio da significativa ampliação e fortalecimento da rede e das ações na atenção básica, mediante a Estratégia Saúde da Família (ESF), que articula equipes do Programa Saúde da Família (PSF) em conjunto com o Nasf, além das equipes de Apoio Matricial e Unidades Básicas/Centros de Saúde e Unidades Mistas; e do crescimento das equipes multiprofissionais nos serviços especializados, notadamente nos Caps, Serviços Residenciais Terapêuticos, Consultórios de Rua, hospitais geral e especializado,

unidades de referência em medicina física e reabilitação e ambulatórios multidisciplinares especializados. (BOING, 2009).

Portanto, podemos dizer que em quase todos os serviços vinculados a Políticas Públicas no campo da Saúde e também Saúde Mental apresentam atuação profissional do psicólogo, ou seja, o psicólogo engloba suas práticas, fornece seu serviço nesses locais. A criação e fortalecimento desses serviços retratam a consolidação do trabalho do psicólogo no SUS.

Segundo MACEDO (2012) o psicólogo atualmente tem sua inserção no desenvolvimento de cuidados primários, com ações da clínica ampliada, do matriciamento das equipes da saúde da família e do desenvolvimento de ações na promoção e prevenção de agravos à saúde, incluindo a saúde mental. Então, na literatura, os autores vão dizer que nesses locais, o profissional não faz psicoterapia, e sim um processo de clínica diferenciada com a utilização da escuta qualificada e/ou clínica.

Em relação à prática da psicologia na instituição escolhida, o Ambulatório de Saúde Mental, o psicólogo apresenta diversas funções.

o psicólogo participa do acolhimento, da construção de projetos terapêuticos, da produção do cuidado, da realização de atividades de sala de espera, do atendimento em grupo, das visitas domiciliares, das oficinas terapêuticas, do matriciamento das equipes e das ações de fortalecimento comunitário e do controle social etc.(BOARINI & BORGES et al 2009).

Dentre tantas funções que podem ser feitas pelo psicólogo, o que foi observado no processo de estágio foi que a principal atividade desenvolvida no serviço Ambulatorial é a clínica tradicional.

4. Fundamentação Teórico-metodológica

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DO CÓDIGO DE ÉTICA DO PSICÓLOGO

I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

II. 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 e opressão.

O compromisso social do psicólogo

O acolhimento em um sentido variado, passa de tema para a lema sobre a profissão do psicólogo, que Ana Bock, será uma referência. Para desenvolvimento da profissão, é discutido no que tange ao debate envolvendo a responsabilidade social, ou seja, as condições históricos-sociais presentes.

Em qualquer papel que envolve a Psicologia, tanto na direção de uma prestação pública de serviços a uma parcela mais ampla da população brasileira, com conservação das posturas e práticas tradicionais definidas ou o desenvolvimento de novos modelos de intervenção, todas necessitam ser colocadas em contexto.

Os psicólogos precisam ter a percepção da dimensão coletiva do indivíduo e suas subjetividades. Carecem inspirar-se nos Direitos Humanos e na Democracia, para a construção de Políticas Públicas.

O Contexto Ético nas políticas públicas

Ao contemplar sobre o cuidado que o Estado tem com sua população, implica o estudo sobre as exclusões, pois elas são fatores comprometimento com a tribulação do homem, tantos nos aspectos por parte do Estado, quanto da sociedade civil, e do cidadão.

Segundo Bourdieu (1998), sem o questionamento do sofrimento que mutila o cotidiano, a capacidade de autonomia e a subjetividade dos homens, a política, inclusive a

revolucionária, torna-se mera abstração. Essa ideia defendida por ele, implica em manifestar-se o conhecimento dos homens, de seu cotidiano e seu sofrimento.

Isso faz refletir sobre o contexto ético e o sofrimento, Vygotsky é um autor que colocou esses pontos como categorias de análise da exclusão. A sua preocupação teórica foi de buscar uma análise do comportamento humano capaz de fluir todas as manifestações psicológicas, das mais complementares a mais elementares. Essa análise, segundo o autor, é o significado qual foi desempenhado a importante interligação das diferentes funções psicológicas, e destas com o corpo e a sociedade. (Vygotsky, 1993).

O conceito é o princípio construtivo de desenvolvimento da consciência. Como componente da linguagem, concentra em si as riquezas de desenvolvimento social de seu autor - o povo, e vive-se na comunicação. Os processos psicológicos, o organismo biológico e os vínculos exteriores, se conectam pelo meio de mediações semióticas, caracterizando motivos, que são estados portadores de um valor emocional desencadeadores da ação e do pensamento.

É necessário realçar que na percepção de Vygotsky, o conceito é intersubjetivo, portanto, social e histórico, que se retorna em ideologia e funções psicológicas distintas. (Vygotsky 1993:127)

O sofrimento ético político abrange múltiplas disfunções do corpo e da alma, que mutilam a vida em várias formas. Por conseguinte, esse sofrimento retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes, em cada época histórica, principalmente a dor que assoma da situação social, como ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade. Ele indica a tonalidade ética da vivência cotidiana e da desigualdade social do desprezo imposto socialmente às possibilidades da maioria de apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar em espaço público e de expressar desejo e afeto. (Sawaia,1995)

O contraponto é a felicidade pública, que é diferente do prazer e da alegria. Estes últimos são emoções imediatas e contingentes, manifestações que Heller, define como dor, circunscritas ao instantes de sua ocorrência, e aparecem como flashes na vivência do sofrimento ético-político.

A felicidade pública e o sofrimento ético-político, não se tornam fim em si mesmo. Para explicar a distinção do sofrimento e da felicidade de dor e sofrimento, tomemos como exemplo, as emoções experimentadas por participantes de movimentos sociais. Isto é, todos sentem alegria e prazer com as conquistas das reivindicações, mas nem todos sentem a

felicidade pública. É vivenciada apenas por pelos que sentem vitória como conquista de cidadania, e não apenas de bens materiais circunscritos. A felicidade ético política é sentida quando se ultrapassa a prática do individualismo e do corporativismo.

Consoante as essas análises, conhecer o sofrimento ético político é analisar as formas sutis de resíduos humanos por trás da aparência da integração social, portanto, entender a exclusão e a inclusão como duas faces modernas da desigualdade social e injustiça.

5. Síntese do diagnóstico psicossocial

5.1. Discussão

Ao longo do processo do Estágio Supervisionado Básico em Psicologia e Processos Comunitários foram observados fatores que dificultaram e que facilitaram a ida do grupo à campo. Desse modo, vimos uma certa resistência tanto por parte das instituições (gestores) quanto dos órgãos públicos. Nas Secretarias de Saúde e Coordenadorias de Saúde Mental, foi notório o rigor quanto a documentação necessária para efetivar as visitas às instituições, e mesmo com a documentação em situação regular o entrave permaneceu. A ida nesses locais também resultou em longos períodos de espera, e respostas desfavoráveis quanto à autorização.

Outro ponto a ser analisado, é a falta de comunicação entre as secretarias, coordenadorias e instituições, visto que cada serviço prestado dava uma resposta distinta em função de como proceder na efetivação do estágio, por isso, tivemos de retornar diversas vezes aos mesmos lugares e ouvíamos as mesmas respostas. Cabe ressaltar que este ano foi voltado ao período político eleitoral e isso impactou na tomada de decisão dos órgãos públicos quanto a não autorização das visitas e por isso éramos vistos com desconfiança e certa cautela. Diante disso, durante a época eleitoral foi necessário fazer uma breve pausa e que foi retomada após a finalização da mesma.

Apesar dos momentos de dificuldades também presenciamos conquistas no decorrer do percurso, inicialmente fomos ao CAPS AD em Magé, e os profissionais que encontramos neste dispositivo são extremamente envolvidos e participantes na sua função, eram solícitos ao diálogo e nos ouvir, e mesmo em meio os déficits financeiros e cortes de gastos que o serviço vem sofrendo, os profissionais se fazem atuantes e dedicados ao trabalho junto a população.

A ida do grupo ao Ambulatório de Saúde Mental foi recebida com grande entusiasmo pela equipe de atuação do dispositivo. Tivemos a oportunidade de entrevistar duas psicólogas que nos acolheram e receberam sem qualquer distinção, através do discurso das mesmas conhecemos um pouco do trabalho que é realizado em relação a escuta do sofrimento dos pacientes que passam por ali, o fato de precisarem realizar o atendimento dos sujeitos em meia hora como é exigido pela Secretaria, e que muitas das vezes, esta exigência

precisa ser superada, pelo motivo que em meia hora é impossível fazer um atendimento humanizado dependendo do grau de sofrimento do indivíduo.

Nos ambulatorios presenciamos muitos problemas quanto a estrutura física, como: espaço estreito, consultórios sem ventilação e cadeiras em bom estado, falta de privacidade nas salas mesmo com as portas fechadas que atrapalham na questão do sigilo entre psicólogo e paciente, rotatividade de profissionais, extensas filas para atendimento, poucos profissionais para atendimento de inúmeras pessoas, dentre outros problemas. Apesar de todas essas questões, encontramos por lá profissionais capacitados, interessados, e em processo de educação permanente - realizando pós graduação, doutorado - preocupados em realizar o trabalho da melhor forma possível, mesmo sendo em condições precárias ambientais.

O grupo buscou também participar de eventos, fóruns e atividades de extensão voltadas a ministrar palestras em instituições - ONGS -, para perpetuar o conhecimento aprendido no campo acadêmico sobre educação em saúde de modo a compartilhar informações com o público alvo presente. Isso proporcionou um imenso enriquecimento no processo de estágio.

Retratando novamente a ida ao serviço Ambulatorial de Saúde Mental foi constatado que o ambulatório trabalha com a política de portas abertas, ou seja, toda pessoa que chega procurando atendimento deve ser recebida. Então, não se tem um controle do número de atendimentos, pois, nesse contexto não se tem uma Política de Território e nem população adscrita como na AP - Política de Atenção Primária. Logo, nota-se aumento do número de atendimentos, filas cada vez mais extensas resultando em profissionais que não conseguem dar conta de atender toda a população local.

Por um lado, presenciamos a política de sucateamento da Rede de Saúde Mental, e por outro lado, vimos que mesmo nesse estado, os profissionais se encontram engajados e dispostos a prestar atendimento humanizado da melhor forma possível. O CAPS AD, o CAPS II e o Ambulatório ocupam o mesmo espaço físico nos seus atendimentos, e a justificativa para essa junção seria o facilitamento para receber atendimento, mas o que aconteceu foi a perda da qualidade no acesso ao serviço de forma digna e integral.

Portanto, é necessário que haja uma articulação e integração entre as Políticas de Atenção Psicossocial, Rede de Saúde Mental e Sistemas Único de Saúde de modo que o diálogo aconteça, e a promoção e prevenção a saúde seja a realidade do sistema. Fazendo do

cuidado integral, desinstitucionalizado e de qualidade uma prática que ultrapasse as fronteiras utópicas tornando-se concreto.

5.2. Proposta de intervenção

Após a vivência do grupo no contexto do Ambulatório de Saúde Mental criou-se como proposta de intervenção um projeto que consiste na criação de estratégias vinculadas à Política de Humanização, Acolhimento, Promoção e Prevenção de Saúde de modo que sejam associados ao modelo de organização e funcionamento do Ambulatório de Saúde Mental.

Essas estratégias visam promover a qualidade no atendimento do ambulatório no âmbito do profissional que trabalha, do indivíduo que recebe o atendimento, dos familiares, e também da população em geral e dos gestores administrativos. Sendo assim, o projeto se baseará na fundamentação de 14 propostas de modo a melhorar o sistema de atendimento do ambulatório de saúde mental impulsionando-o como um serviço de cuidado desinstitucionalizado.

1. Modificação na estrutura física: separar o espaço físico do CAPS - Centro de Atenção Psicossocial - com o dos Ambulatórios. De modo que cada lugar apresente sua estrutura adequada e todas as instalações necessárias para que as equipes de saúde possam trabalhar com integridade;
2. Modificação na forma de Acesso: Proporcionar comunicação direta entre os Ambulatórios, a RAPS, e os Sistema de Saúde de forma que haja uma integralidade e compartilhamento de informações para que o serviço consiga ter um diálogo entre todas as partes - visão sistêmica -, e possa estar associado como dispositivo de cuidado desinstitucionalizado;
3. Através da integralidade entre os sistemas, proporcionar foco no sistema da atenção primária, expandir o diálogo, afinal, se realizarmos um trabalho de prevenção e promoção contínuo junto ao PSF e UBS reduziria-se o número extenso de pessoas na fila de atendimento;
4. Criação de grupos de Roda de Conversa e Oficinas sobre direitos humanos e Direitos dos usuários de Saúde nas filas de espera para atendimento junto aos pacientes e familiares;

5. Realizar programas de Treinamento para o funcionário que inicia seu trabalho junto ao serviço, de modo que ele conheça as suas atividades realizadas e conhecimento do seu trabalho;
6. Levar oficinas lúdicas para que as pessoas conheçam a atividade do serviço e conheçam seu serviço;
7. Reduzir a rotatividade dos profissionais, como médicos, psicólogos, de modo que haja a preservação da aliança terapêutica e rapport com os sujeitos que são atendidos;
8. Programas de Capacitação e Educação permanente online e presencial para todos os profissionais do dispositivo, de modo que estejam familiarizados com política de humanização, acolhimento, direitos humanos e entre outros;
9. Plano de carreira para os profissionais: esta estratégia visa valorizar o trabalho do profissional, de modo a reduzir a rotatividade e estimulá-lo a sempre estar em busca de aprimoramento profissional.
10. Reuniões mensais no contexto de matriciamento entre as equipes dos serviços de Saúde, Ambulatório de saúde mental, e RAPS.
11. Ampliação do PMAQ - AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) de modo que venha inserir a Rede de Atenção Psicossocial e os Ambulatório de Saúde Mental com a denominação PMAQ - RAPS.
12. Aumentar a demanda de profissionais pelo motivo que são poucos profissionais para uma demanda muito grande, visto que os Ambulatórios não trabalham com uma política de território e população adscrita como na atenção primária, dessa forma, vê-se a necessidade de aumentar o número de profissionais.
13. O e-SUS Atenção Básica e o SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica) permite o diálogo de informação entre os sistemas Atenção Básica a nível nacional, composto por sistemas de software que instrumentalizam o sistema de trabalho nas UBS garantindo a criação de dados epidemiológicos. Neste sentido, visa-se ampliar este serviço de modo a incluir a RAPS e o Ambulatório de Saúde Mental, pois, pensar em política pública só é possível quando se tem comparação de dados científicos, proporcionando desta forma aos ambulatórios a obtenção de recursos necessários junto às secretarias de saúde e de saúde mental para realização de suas atividades junto à população.
14. Inclusão do Ambulatório de Saúde Mental na RAPS - Rede de Atenção Psicossocial, pois, de acordo com a portaria 3.088/11 quando houve a criação da RAPS, os Ambulatórios

foram retirados do serviço de cuidado desinstitucionalizados, dessa forma os mesmos atuam sozinhos, não pertencentes à Rede.

6. Referências Bibliográficas

BOARINI, M. L., & Borges, R. F. **O psicólogo na atenção básica à saúde**. Psicologia Ciência e Profissão, 29(3), 602-613. 2009.

BOING, E. O psicólogo na atenção básica: **Uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras**. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 2009.

BOURDIEU, P. **Contrafogos. Táticas para enfrentar a invasão neoliberal**, Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar. 2009.

Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>

HELLER, A. **Teoría de los sentimientos**. 3ªed. Madridi Editorial FontamaraS.A. 1979.

MACEDO, João Paulo., **Modos de Inserção dos Psicólogos na Saúde Mental e suas Implicações no Comprometimento com a Reforma Psiquiátrica?** Revista Mal estar e subjetividade - Fortaleza - vol. Xii - Nº 1-2 - p. 419 - 456 - Mar/Jun 2012.

PAIANO, Marcelly Et Al; **Ambulatório de Saúde Mental – Fragilidades apontadas por profissionais; Texto Contexto Enferm** , 2016; 25 (3): e 0040014.

SAWAIA, Bader. **As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 2a Edição. Editora Vozes. Petrópolis . 2001.

VYGOTSKY, B. **El Problema y el método de Investigación**. In Obras Escogidas. Vol II, Visor Distribución S.A., Madrid. 1993.

VYGOTSKY, B. **Pensamiento y Linguagem**. In Obras Escogidas. Vol II. Visor Distribución S.A., Madrid. 1997ª.

YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. **Políticas Sociais, “Terceiro Setor” e “Compromisso Social”**: Perspectivas e Limitantes do Trabalho do Psicólogo. Psicologia & Sociedade.; 19 (1): 30-37; jan/abr. 2007

O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: **reflexões sobre a clínica e a expansão das política de atenção primária** Rio de Janeiro: Physis Revista de Saúde Coletiva, v. 1, n. 1, 27 abr. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-00911.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Panorama Geral Magé. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/mage/panorama>. Acesso em 03 de Dezembro 2018.

DATASUS - Atualização dos dados dos Municípios. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10br.def>. Acesso em 03 de Dezembro 2018.