

**A EXPERIÊNCIA DA CLÍNICA AMPLIADA NA UNIDADE DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL(URESAM): PRÁTICAS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO AMAPÁ**

**THE EXPERIENCE OF THE EXPANDED CLINIC AT THE REFERENCE UNIT FOR MENTAL HEALTH (URESAM): PRACTICES, CHALLENGES, AND PERSPECTIVES IN THE CONTEXT OF MENTAL HEALTH IN AMAPÁ**

**LA EXPERIENCIA DE LA CLÍNICA AMPLIADA EN LA UNIDAD DE REFERENCIA EN SALUD MENTAL (URESAM): PRÁCTICAS, RETOS Y PERSPECTIVAS EN EL CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL EN AMAPÁ**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n10-022>

**Data de submissão:** 02/09/2025

**Data de publicação:** 02/10/2025

**Claudio Afonso Soares**

Doutor em Psicologia Educacional  
Instituição: Centro Universitário (FIEO)  
E-mail: afonsoclaudiosoares@gmail.com  
ORCID: 0000-0001-7173-3517  
LATTEs: 6921313388330437

**Piedade Lino Videira**

Pós-doutora em Educação Brasileira  
Instituição: Universidade Federal do Amapá (UNIFAP/PROFEI)  
E-mail: piedadevideira08@gmail.com  
ORCID: 0000-0001-5325-9073  
LATTEs: 4269580489108934

**Teresa Cristina Martins Kobayashi**

Mestre em Letras, Linguagem Cultura e Discurso  
Instituição: Universidade Vale do Rio Verde  
E-mail: kteresacristina@gmail.com  
ORCID: 0000-0001-9696-0716

**Alex Wagner Leal Magalhães**

Doutor em Psicologia  
Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA/PPGP)  
E-mail: lealmagalex@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-4794-8822  
LATTEs: 3934607594034894

**Luis Alexandre Lemos Costa**

Doutor em Educação em Ciências e Matemática  
Instituição: Universidade Federal do Amapá (UNIFAP/Profei)  
E-mail: luisalexandre@unifap.br  
ORCID: 0000-0003-3508-2758  
LATTEs: 2576773682939891

**Adriana Barbosa Ribeiro**  
Doutora em Psicologia  
Instituição: Instituto Federal do Amapá (IFAP)  
E-mail: adriana.ribeiro@ifap.edu.br  
ORCID: 0000-0002-6725-3104  
LATTEs: 6728032631021162

**Geremias Mendes Sousa**  
Mestrando em Ciências em Tecnologias Emergentes na Educação  
Instituição: Must University  
E-mail: psicologo.geremias@gmail.com  
ORCID: 0009-0009-9058-2094  
LATTEs: 5914212087606566

## RESUMO

Este estudo analisa a experiência da clínica ampliada na Unidade de Referência em Saúde Mental (URESAM), vinculada ao Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, no estado do Amapá. A pesquisa descreve a estrutura física, o perfil dos pacientes e as práticas terapêuticas desenvolvidas, além de discutir os desafios persistentes e as perspectivas de aprimoramento. Trata-se de um estudo descritivo e documental, fundamentado na análise do relatório institucional da URESAM referente ao período de janeiro a junho de 2024 e atendimento da Psicologia no período de 2023 a 2025. Foram utilizados dados quantitativos (perfil sociodemográfico, diagnósticos e internações) e qualitativos (estrutura física, equipe multiprofissional, práticas clínicas e projetos complementares). A análise foi orientada pelos referenciais teóricos da clínica ampliada e pelas diretrizes da política nacional de saúde mental, buscando compreender de que modo a experiência da URESAM concretiza ou enfrenta dificuldades para concretizar os princípios desse modelo. Os resultados revelam que, apesar dos avanços na oferta de internações breves, práticas multiprofissionais e terapias integrativas, a unidade ainda enfrenta limitações relacionadas à escassez de recursos humanos, carência de residências terapêuticas e fragilidades na articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O estudo tem impacto relevante ao evidenciar especificidades regionais da Amazônia, contribuindo para a compreensão das desigualdades no acesso aos serviços de saúde mental e fornecendo subsídios para o fortalecimento das políticas públicas no Norte do Brasil.

**Palavras-chave:** Clínica Ampliada. Saúde Mental. Interdisciplinaridade. Humanização. Amapá.

## ABSTRACT

This study analyzes the experience of expanded clinical care at the Mental Health Reference Unit (URESAM), linked to the Dr. Alberto Lima Clinical Hospital in the state of Amapá. The research describes the physical structure, patient profiles, and therapeutic practices developed, in addition to discussing persistent challenges and prospects for improvement. This is a descriptive and documentary study based on the analysis of the URESAM institutional report for the period from January to June 2024 and psychological care from 2023 to 2025. Quantitative data (sociodemographic profile, diagnoses, and hospitalizations) and qualitative data (physical structure, multidisciplinary team, clinical practices, and complementary projects) were used. The analysis was guided by the theoretical references of the expanded clinic and the guidelines of the national mental health policy, seeking to understand how the URESAM experience implements or faces difficulties in implementing the principles of this model. The results reveal that, despite advances in the provision of short-term hospitalizations, multidisciplinary practices, and integrative therapies, the unit still faces limitations

related to the scarcity of human resources, lack of therapeutic residences, and weaknesses in the coordination of the Psychosocial Care Network (RAPS). The study has a significant impact by highlighting regional specificities in the Amazon, contributing to the understanding of inequalities in access to mental health services and providing support for strengthening public policies in northern Brazil.

**Keywords:** Expanded Clinic. Mental Health. Interdisciplinarity. Humanization. Amapá.

## RESUMEN

Este estudio analiza la experiencia de la clínica ampliada en la Unidad de Referencia en Salud Mental (URESAM), vinculada al Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, en el estado de Amapá. La investigación describe la estructura física, el perfil de los pacientes y las prácticas terapéuticas desarrolladas, además de discutir los desafíos persistentes y las perspectivas de mejora. Se trata de un estudio descriptivo y documental, basado en el análisis del informe institucional de la URESAM correspondiente al período de enero a junio de 2024 y la atención psicológica en el período de 2023 a 2025. Se utilizaron datos cuantitativos (perfil sociodemográfico, diagnósticos e ingresos hospitalarios) y cualitativos (estructura física, equipo multidisciplinar, prácticas clínicas y proyectos complementarios). El análisis se basó en los referentes teóricos de la clínica ampliada y en las directrices de la política nacional de salud mental, con el fin de comprender cómo la experiencia de la URESAM concreta o se enfrenta a dificultades para concretar los principios de este modelo. Los resultados revelan que, a pesar de los avances en la oferta de hospitalizaciones breves, prácticas multiprofesionales y terapias integradoras, la unidad aún enfrenta limitaciones relacionadas con la escasez de recursos humanos, la falta de residencias terapéuticas y las fragilidades en la articulación de la Red de Atención Psicosocial (RAPS). El estudio tiene un impacto relevante al poner de manifiesto las especificidades regionales de la Amazonía, contribuyendo a la comprensión de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud mental y proporcionando bases para el fortalecimiento de las políticas públicas en el norte de Brasil.

**Palabras clave:** Clínica Ampliada. Salud Mental. Interdisciplinariedad. Humanización. Amapá.

## 1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, consolidada pela Lei nº 10.216/2001, representou uma ruptura paradigmática no modelo de atenção em saúde mental ao priorizar a desinstitucionalização e a garantia dos direitos fundamentais das pessoas em sofrimento psíquico. Inspirada pelos movimentos da reforma sanitária e pela luta antimanicomial, essa legislação reposicionou o cuidado como prática orientada pela integralidade, equidade e respeito à cidadania, deslocando a lógica da exclusão para a da inclusão social (Brasil, 2001).

Nesse cenário, a clínica ampliada em saúde mental emerge como um conceito estratégico e inovador, capaz de ressignificar as práticas clínicas tradicionais. Em vez de restringir-se ao diagnóstico e à prescrição medicamentosa, ela propõe compreender o sujeito em sua totalidade, incluindo dimensões sociais, familiares, culturais e subjetivas em sua trajetória de cuidado (Campos, 2000; Merhy, 2002). Essa perspectiva amplia o processo saúde-doença para além da dimensão biomédica, valorizando o diálogo interdisciplinar, a corresponsabilidade entre equipe e usuário e a construção compartilhada dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

No estado do Amapá, a Unidade de Referência em Saúde Mental (URESAM), vinculada ao Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima (HCAL), constitui um espaço estratégico para a efetivação desses princípios. Fundada em 2008, a URESAM foi concebida para oferecer internações breves de caráter psiquiátrico, visando a estabilização de pacientes em quadros de crise aguda e a garantia de continuidade do cuidado por meio de acompanhamento multiprofissional.

Figura 1. Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima (HCAL)



Fonte: Autores (2025)

Ao integrar práticas médicas, psicológicas, sociais e terapêuticas, bem como atividades complementares como massoterapia, educação física, odontologia e nutrição, a URESAM demonstra o esforço institucional em materializar os fundamentos da clínica ampliada. Trata-se de um dispositivo

essencial no processo de consolidação da RAPS no Amapá, que, embora enfrente desafios estruturais e humanos, reafirma a importância da clínica ampliada como prática orientadora para a saúde mental na Amazônia. Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo principal analisar a experiência da URESAM à luz do conceito de clínica ampliada, destacando suas práticas, desafios e perspectivas de consolidação no cuidado em saúde mental.

Além disso, o estudo se justifica pela necessidade de analisar a efetividade da clínica ampliada no contexto amazônico, marcado por desafios estruturais e socioeconômicos que repercutem diretamente na organização dos serviços de saúde mental. A experiência da URESAM, enquanto dispositivo estratégico da Rede de Atenção Psicossocial do Amapá, representa um campo privilegiado para compreender os avanços e limites da Reforma Psiquiátrica Brasileira em regiões historicamente negligenciadas. Dessa forma, este artigo busca oferecer contribuições científicas originais, ao preencher lacunas na literatura sobre a clínica ampliada na Amazônia, bem como contribuições sociais, ao fornecer subsídios para o aprimoramento das políticas públicas e das práticas de cuidado voltadas à população em sofrimento psíquico no Norte do país.

## 2 METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, qualitativa e documental, desenvolvida no formato de relato de experiência institucional. A escolha desse delineamento justifica-se pela necessidade de compreender e sistematizar a prática clínica realizada na Unidade de Referência em Saúde Mental (URESAM), vinculada ao Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima (HCAL), bem como analisar de que forma essa prática se articula com os princípios da clínica ampliada, propostos pela Política Nacional de Humanização (PNH) (2013). Esse tipo de abordagem é comumente utilizado em saúde coletiva e em estudos aplicados, permitindo a análise da realidade social e institucional (Minayo, 2014; Gil, 2008).

## 3 FONTE DE DADOS

Os dados foram obtidos a partir de dois eixos principais:

1. Documental – análise minuciosa do *Relatório de Atividades da Clínica de Saúde Mental/Psicopatologia do HCAL*, referente ao ano de 2024, bem como dos dados dos atendimentos da Psicologia no período de abril de 2023 a agosto de 2025, que reúnem informações institucionais sobre a estrutura física da unidade, composição da equipe multiprofissional, perfil epidemiológico dos pacientes internados, práticas assistenciais desenvolvidas, dificuldades enfrentadas e propostas de melhorias.

2. Teórico-conceitual – utilização de referenciais acadêmicos e pedagógicos provenientes da disciplina *Clínica Ampliada em Saúde Mental*, que detalha princípios como acolhimento, cogestão, apoio matricial, equipe de referência e projetos terapêuticos singulares. Esses referenciais foram mobilizados para a análise crítica dos dados institucionais, possibilitando articulação entre teoria e prática.

#### **4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE**

O processo analítico foi conduzido em três etapas complementares:

1. Leitura exploratória e organização das informações – realizou-se a leitura integral do relatório institucional para identificar categorias centrais, tais como: estrutura física e recursos humanos, perfil dos pacientes atendidos, práticas assistenciais, dificuldades e desafios e propostas de melhoria.
2. Articulação com a literatura da clínica ampliada – posteriormente, cada categoria foi discutida à luz dos referenciais da clínica ampliada, com o objetivo de identificar convergências e tensões entre a prática observada e os princípios da PNH.
3. Construção interpretativa – por fim, elaborou-se um quadro interpretativo que relaciona a experiência da URESAM aos eixos da clínica ampliada, destacando potencialidades e limites. Essa etapa teve caráter analítico-interpretativo, e não estatístico, em consonância com a natureza qualitativa do estudo.

#### **5 CRITÉRIOS DE VALIDADE**

Para assegurar a consistência metodológica, foram observados os seguintes critérios:

- Rigor documental – utilização de fontes oficiais produzidas pela própria instituição de saúde (relatório interno), garantindo confiabilidade dos dados.
- Coerência teórica – articulação das informações documentais com referenciais amplamente reconhecidos sobre clínica ampliada (Campos, 2000; Merhy, 2002; PNH, 2013).
- Transparência analítica – descrição detalhada dos passos de análise, permitindo reproduzibilidade e clareza na exposição dos resultados.

#### **6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Por se tratar de estudo baseado em dados documentais institucionais, sem envolvimento direto de sujeitos humanos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Entretanto, todos os cuidados foram tomados para preservar a finalidade científica do material

analisado, respeitando o princípio de confidencialidade e a utilização exclusiva dos dados para fins acadêmicos.

## 7 REVISÃO DE LITERATURA

A clínica ampliada configura-se como uma proposta que desloca o eixo das práticas em saúde do modelo biomédico tradicional, centrado na doença, para um paradigma que considera o sujeito em sua totalidade. Campos (2000), ao formular o método Paidéia, destaca a importância da cogestão pelos dos coletivos e da construção compartilhada de projetos terapêuticos, em que trabalhadores, usuários e familiares participam ativamente das decisões. Merhy (2002), por sua vez, introduz a ideia de que o cuidado é produzido a partir do “trabalho vivo em ato”, ou seja, das relações estabelecidas entre equipe e usuário, as quais geram vínculos e subjetividades.

Dessa forma, a clínica ampliada reconhece que o processo saúde-doença é resultado de múltiplos determinantes — biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e territoriais. A proposta ressignifica o lugar da clínica, ampliando seu objeto e suas práticas, uma vez que valoriza a interdisciplinaridade, a humanização do cuidado, o vínculo afetivo e a singularidade de cada sujeito. Além disso, atua como uma estratégia de reorganização do trabalho em saúde, a qual requer dispositivos como apoio matricial, equipes de referência e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

No início dos anos 2000, a Política Nacional de Humanização (PNH) ampliou as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) ao incorporar princípios voltados para a valorização do usuário e para a humanização do cuidado. Nesse contexto, emergiu a clínica ampliada, entendida como uma estratégia de transformação da prática clínica tradicional. A proposta é superar o enfoque centrado no diagnóstico e na medicalização, priorizando o sujeito em sua totalidade e promovendo a corresponsabilidade entre equipe, usuário e família. A clínica ampliada, portanto, concretiza os princípios da PNH ao estimular práticas baseadas em acolhimento, vínculo e cogestão.

Os conceitos-chave da clínica ampliada, segundo Onocko-Campos e Furtado (2006), envolvem a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), a atuação de equipes de referência e o apoio matricial, dispositivos que favorecem a corresponsabilização e a superação da fragmentação do trabalho em saúde. Mais recentemente, Jokelin, Karreinen e Mustonen (2025) reforçam que esses elementos não devem ser entendidos apenas como a soma de especialidades, mas como a integração dinâmica e colaborativa entre profissionais, voltada para a elaboração de estratégias terapêuticas centradas no sujeito e em seu contexto social.

## 7.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A LEI 10.216/2001

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, consolidada pela promulgação da Lei nº 10.216/2001, foi um marco histórico na política de saúde mental ao reposicionar a lógica do cuidado. Inspirada no movimento da Reforma Sanitária e no movimento antimanicomial, a lei propôs a substituição progressiva do modelo asilar por serviços de base comunitária, priorizando a desinstitucionalização, a cidadania e a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico. Nesse processo, a internação passou a ser considerada apenas como recurso terapêutico de última instância, restrita a situações em que os dispositivos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes.

Esse reposicionamento está em consonância com diretrizes internacionais que apontam a necessidade de consolidar redes comunitárias de saúde mental, orientadas por princípios de equidade, autonomia e participação social (Thornicroft *et al.*, 2019). Estudos recentes destacam que a desinstitucionalização não pode ser reduzida ao fechamento de hospitais psiquiátricos, mas requer a criação de serviços substitutivos que articulem cuidado clínico, apoio psicossocial e estratégias de integração comunitária (Fiorillo *et al.*, 2020; McDaid; Park; Knapp, 2022).

Além disso, autores defendem que a efetividade desses modelos depende da atuação interdisciplinar e da flexibilidade das práticas clínicas, de modo a responder de forma singular às necessidades de cada usuário (Goodwin; Dixon; Anderson, 2020). Essa abordagem, ao ampliar o objeto do cuidado, rompe com a fragmentação biomédica e fortalece um paradigma centrado na integralidade, no acolhimento e na corresponsabilidade (Puras; Gooding, 2019).

## 7.2 CLÍNICA AMPLIADA, TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE MENTAL

Estudos de Jokelin, Karreinen e Mustonen (2025), Ambreen *et al.* (2025) e Albarqi (2024) apontam que um dos principais avanços da clínica ampliada é a valorização do trabalho multiprofissional. Nesse modelo, o cuidado não se limita ao psiquiatra ou ao uso de psicofármacos, mas envolve a integração de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, farmacêuticos e demais profissionais da saúde. Cada área contribui com sua especificidade técnica, mas a corresponsabilidade pelo caso é compartilhada, em consonância com o princípio da cogestão do cuidado.

A literatura ressalta que a interdisciplinaridade é essencial para a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), pois permite contemplar dimensões clínicas, sociais, culturais e subjetivas do adoecimento (Campos, 2000; Merhy, 2002). Para Onocko-Campos e Furtado (2006), a clínica ampliada só se concretiza quando há corresponsabilização entre os membros da equipe,

superando a fragmentação do trabalho em saúde. Igualmente, Amarante (2007) defende que a articulação entre diferentes saberes é um dos pilares da reforma psiquiátrica e uma condição indispensável para a humanização da atenção.

Estudos recentes de Damascena *et al.* (2025), Isaacs *et al.* (2025) e Skjærpe, Iakovleva e Storm (2024) também reforçam que equipes multiprofissionais fortalecem a resolutividade e a continuidade do cuidado, além de ampliar o alcance de práticas integrativas e comunitárias (Fiocruz, 2019; OMS, 2021). Nesse sentido, a integração profissional deve ser entendida não apenas como a soma de especialidades, mas como a construção coletiva de estratégias terapêuticas centradas no usuário e em seu contexto social.

Outro aspecto importante é a incorporação de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no contexto da saúde mental. Iniciativas como musicoterapia, hortoterapia, cinematerapia, práticas corporais, meditação, yoga, terapias expressivas e atividades físicas regulares têm se mostrado eficazes para a promoção de bem-estar, a redução de sintomas ansiosos e depressivos e o fortalecimento dos vínculos sociais, como demonstram os estudos de Tesser, Barros e Campos (2010), que analisam criticamente a inserção das PICs no SUS, de Hori e Nascimento (2014), que evidenciam o papel da musicoterapia na expressão emocional e no fortalecimento de vínculos sociais e de Clatworthy, Hinds e Camic (2013), que revisaram evidências internacionais sobre a hortoterapia e outras práticas baseadas na natureza, mostrando sua eficácia para a autoestima e a qualidade de vida.

De acordo com Tesser, Barros e Campos (2010), as PICs contribuem para a ressignificação do cuidado em saúde, pois introduzem dimensões simbólicas, culturais e espirituais que ampliam o objeto da clínica tradicional. Nesse mesmo sentido, Hori e Nascimento (2014) destacam que práticas como a musicoterapia favorecem a expressão emocional, a interação social e a construção de narrativas de vida mais positivas para pessoas em sofrimento psíquico.

No campo internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) reconhece que a inserção de práticas complementares em serviços de saúde mental pode reduzir a medicalização excessiva, fortalecer a autonomia dos usuários e aumentar a adesão aos projetos terapêuticos. Além disso, estudos recentes evidenciam que a hortoterapia e outras terapias baseadas na natureza contribuem significativamente para a melhora da autoestima, do senso de pertencimento e da qualidade de vida.

Assim, ao integrar as PICs em seu cotidiano, a clínica ampliada amplia o horizonte terapêutico, ao incluir dimensões culturais e comunitárias que aproximam o cuidado do território e promovem maior humanização no processo de reabilitação psicossocial. Essa perspectiva é respaldada por Tesser, Barros e Campos (2010), que defendem a inserção crítica das práticas integrativas no SUS;

Clatworthy, Hinds e Camic (2013), que demonstram os efeitos positivos da hortoterapia e de terapias baseadas na natureza para autoestima e qualidade de vida; e pela Organização Mundial da Saúde (2019), que reconhece a relevância global das práticas complementares para fortalecer a autonomia dos usuários e reduzir a medicalização excessiva.

### 7.3 DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA NO SUS E SUA ATUAÇÃO NA AMAZÔNIA E NO ESTADO DO AMAPÁ

Apesar dos avanços, a implementação da clínica ampliada enfrenta obstáculos significativos que comprometem a consolidação do modelo preconizado pela Reforma Psiquiátrica. A escassez de recursos humanos especializados, a carência de materiais básicos e a insuficiência de dispositivos comunitários, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em número adequado e residências terapêuticas, ainda dificultam a plena efetivação dos princípios da desinstitucionalização.

Diversos estudos apontam que, em muitos contextos, persiste a lógica da institucionalização prolongada, em contradição com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental (Amarante, 2021). Além disso, a sobrecarga das equipes multiprofissionais e a fragilidade da articulação intersetorial com setores como assistência social, educação e justiça constituem entraves estruturais para a consolidação da clínica ampliada (Nunes; Lancman, 2020).

Pesquisas recentes evidenciam que, mesmo com os avanços normativos, a sustentação da rede de atenção psicossocial ainda sofre com financiamento insuficiente, rotatividade de profissionais e precarização do trabalho em saúde, fatores que limitam a capacidade de produzir cuidado integral e humanizado (Onocko-Campos *et al.*, 2018; Delgado, 2019). Esses desafios reforçam a necessidade de fortalecer a gestão participativa, investir em educação permanente das equipes e ampliar os serviços substitutivos, garantindo o protagonismo do usuário e a efetividade das práticas clínicas ampliada.

No que tange às especificidades regionais da Amazônia, a região apresenta desafios adicionais para a consolidação da política de saúde mental. O isolamento geográfico, as limitações de infraestrutura e a desigualdade no acesso aos serviços reforçam a importância de dispositivos estratégicos como a URESAM, no estado do Amapá. Essa unidade, ao ofertar internações breves, acompanhamento multiprofissional e práticas complementares, se insere no esforço de consolidar a clínica ampliada no contexto amazônico, conforme demonstram Souza e Silva (2020), ao analisarem as desigualdades territoriais no acesso à saúde mental na região Norte, e Oliveira e Lima (2021), que destacam a necessidade de dispositivos comunitários e hospitalares de curta permanência para evitar a cronicização e ampliar a resolutividade do cuidado.

Entretanto, ao observar a configuração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado do Amapá, percebe-se uma série de fragilidades. Embora existam Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Macapá e em alguns municípios do Estado, a cobertura territorial ainda é insuficiente para atender às demandas populacionais, especialmente em áreas ribeirinhas e de difícil acesso — onde as populações enfrentam acesso limitado a serviços de saúde e à ausência de estruturas intermediárias de cuidado (Morais; Bandeira, 2023). Além disso, a ausência de residências terapêuticas e de serviços de apoio intermediário dificulta a continuidade do cuidado e contribui para a permanência prolongada de pacientes em unidades hospitalares, muitas vezes em situação de abandono familiar —realidade também documentada em estudos sobre saúde mental em contextos rurais e isolados (Cirilo Neto, 2021)

Esse quadro evidencia a necessidade urgente de fortalecer a RAPS no estado, ampliando a rede substitutiva, garantindo a integração entre os níveis de atenção e investindo em estratégias de educação permanente para os profissionais de saúde. A URESAM, nesse sentido, cumpre papel fundamental como serviço de referência, mas sua atuação só poderá ser efetivada plenamente quando articulada a uma rede robusta, intersetorial e territorializada, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

A análise dos dados obtidos a partir do relatório institucional da URESAM revela aspectos importantes sobre a estrutura, o perfil dos pacientes e os desafios enfrentados pelo serviço. A unidade dispõe de uma infraestrutura composta por duas enfermarias com 14 leitos, distribuídos igualmente entre homens e mulheres, além de consultórios para psicologia e assistência social, sala de terapia ocupacional, refeitório, copa, farmácia e ambientes de repouso. Essa configuração, embora limitada em número de leitos, mostra-se adequada para a proposta de internações breves, favorecendo a estabilização de quadros agudos e evitando a cronicização da internação.

No que se refere à equipe multiprofissional, o serviço conta com psiquiatras, clínico geral, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e profissionais de apoio. Esse arranjo expressa a concepção de clínica ampliada, uma vez que diferentes categorias profissionais compartilham a responsabilidade pelo planejamento terapêutico, em consonância com os princípios da interdisciplinaridade e da integralidade do cuidado.

A literatura ressalta que a efetividade do modelo de atenção psicossocial depende do fortalecimento do trabalho em equipe, em que a corresponsabilidade sobre os casos substitui a lógica hierárquica tradicional e estimula o compartilhamento de saberes. Para Campos e Domitti (2007), o apoio matricial e a clínica ampliada são instrumentos fundamentais para integrar diferentes perspectivas profissionais, promovendo maior resolutividade e evitando a fragmentação do cuidado. Estudos recentes confirmam que equipes interdisciplinares favorecem a elaboração de Projetos

Terapêuticos Singulares (PTS) mais abrangentes e centrados na pessoa, em contraste com condutas exclusivamente médicas ou hospitalares (Onocko-Campos *et al.*, 2018; Thornicroft *et al.*, 2019).

Dessa forma, a URESAM, mesmo com limitações estruturais, apresenta um desenho organizacional que reflete avanços significativos na implementação da clínica ampliada no contexto amazônico, destacando-se como espaço estratégico para a consolidação de práticas colaborativas e humanizadas em saúde mental.

## 8 RESULTADOS E DISCURSÕES

A análise documental referente à produção do serviço de psicologia da URESAM evidencia uma variação significativa no número de atendimentos realizados nos anos de 2023, 2024 e 2025. Em 2023, foram registrados 1.353 atendimentos, com um aumento expressivo em 2024, quando o total chegou a 2.094 atendimentos. Contudo, em 2025, observa-se uma redução importante, com o total de 618 atendimentos até julho.

Esse padrão revela que, embora tenha havido expansão da oferta em 2024, o ano de 2025 apresentou queda acentuada de produtividade, o que pode estar associado a fatores como insuficiência de recursos humanos, limitações de infraestrutura e restrições orçamentárias. A variação dos dados quantitativos corrobora a percepção de que a clínica ampliada, ao ser operacionalizada em serviços regionais, enfrenta desafios práticos para sua consolidação plena.

Além dos dados de produtividade, destaca-se que o serviço mantém a característica de internações breves e de acompanhamento multiprofissional, o que confirma sua aderência às diretrizes da clínica ampliada e da Política Nacional de Humanização (PNH).

No período de janeiro a junho de 2024, registraram-se quarenta internações na unidade, sendo vinte e dois do sexo feminino (55%) e dezoito do sexo masculino (45%), com idades variando entre dezoito e noventa anos. Esse dado evidencia uma leve predominância feminina, fenômeno que pode estar relacionado à maior procura das mulheres pelos serviços de saúde. A distribuição pode ser observada na Tabela 1, que ilustra o perfil por sexo dos pacientes internados:

Tabela 1 – Distribuição de pacientes por gênero (Jan–Jun 2024)

| Gênero    | Quantidade |
|-----------|------------|
| Feminino  | 22         |
| Masculino | 18         |

Fonte: Uresam (2024)

Estudos realizados em diferentes contextos do Brasil corroboram essa predominância feminina no acesso aos serviços de saúde mental. Uma pesquisa nacional conduzida por Silva *et al.* (2020) identificou que as mulheres utilizam mais frequentemente os serviços especializados em saúde mental,

seja devido à maior percepção de sofrimento psíquico, seja pela busca mais ativa por atendimento. Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2019) também indicam que a demanda feminina é historicamente maior, especialmente nos casos de transtornos de humor e ansiosos. Além disso, pesquisas regionais apontam que fatores socioculturais contribuem para esse cenário: os homens tendem a buscar menos os serviços formais de saúde, recorrendo, em muitos casos, apenas em situações de crise ou de agravamento dos sintomas (Gomes *et al.*, 2011).

Tabela 2 – Comparação entre a distribuição por gênero de pacientes em serviços de saúde mental: Brasil e URESAM (Jan–Jun 2024)

| Gênero    | Brasil – MS (2019)* | Porto Alegre (2018–2022)** | URESAM (Jan–Jun 2024) |
|-----------|---------------------|----------------------------|-----------------------|
| Feminino  | 58%                 | 77%                        | 55%                   |
| Masculino | 42%                 | 23%                        | 45%                   |

Fonte: Ministério da Saúde (2019)

Dessa forma, os resultados encontrados na URESAM dialogam com a literatura nacional, sugerindo que a maior procura das mulheres por cuidados em saúde mental também se manifesta no contexto amazônico. Essa comparação reforça a necessidade de políticas públicas que ampliem o acesso dos homens ao cuidado em saúde mental, rompendo com barreiras culturais relacionadas aos padrões de masculinidade e ao estigma da busca por ajuda psicológica.

Do ponto de vista diagnóstico, observou-se que 50% dos pacientes apresentavam esquizofrenia, enquanto 30% apresentavam transtorno afetivo bipolar e os 20% restantes foram classificados em outros quadros, como depressão grave ou uso abusivo de substâncias. A prevalência desses transtornos indica a necessidade de projetos terapêuticos singulares (PTS), uma vez que tanto a esquizofrenia quanto o transtorno bipolar demandam intervenções que vão além da prescrição de psicofármacos, envolvendo psicoterapia, acompanhamento social, suporte familiar e estratégias de reinserção comunitária. A Tabela 3 apresenta a distribuição percentual dos diagnósticos mais frequentes entre os pacientes atendidos no período.

Tabela 3 – Distribuição dos diagnósticos na URESAM (Jan–Jun 2024)

| Diagnóstico                | Quantidade | Percentual |
|----------------------------|------------|------------|
| Esquizofrenia              | 20         | 50,0%      |
| Transtorno Afetivo Bipolar | 12         | 30,0%      |
| Outros                     | 8          | 20,0%      |

Fonte: Uresam (2024)

Quando comparados com os dados nacionais, nota-se uma convergência parcial. Estudos epidemiológicos brasileiros, como o relatório *Saúde Mental em Dados* (Brasil, 2019), apontam que os transtornos depressivos e ansiosos constituem a maior demanda nos serviços de saúde mental em nível

ambulatorial, enquanto os transtornos psicóticos, em especial a esquizofrenia, são os que mais motivam internações psiquiátricas de média e longa permanência. Essa tendência é confirmada por levantamento de Almeida *et al.* (2020), que identificaram a esquizofrenia como diagnóstico predominante entre pacientes hospitalizados em serviços de saúde mental no Brasil.

Assim, o perfil observado na URESAM — com predomínio da esquizofrenia (50%) e do transtorno bipolar (30%) — é compatível com os padrões nacionais de internações psiquiátricas, ainda que difira do cenário ambulatorial, onde prevalecem os transtornos de humor e ansiedade. Essa comparação reforça a especificidade da URESAM quanto unidade de internação breve voltada para a estabilização de crises agudas, o que explica a maior concentração de diagnósticos de transtornos psicóticos graves em detrimento de quadros mais leves e prevalentes no território.

Outro aspecto relevante refere-se às práticas assistenciais oferecidas pela unidade. Além dos atendimentos médicos e psicológicos, a URESAM desenvolve atividades de terapia ocupacional, acompanhamento social e farmacêutico, educação física e odontologia. Soma-se a isso a utilização de práticas integrativas, como massoterapia e acompanhamento nutricional, que ampliam o escopo do cuidado para além da dimensão biomédica. Além dos atendimentos multiprofissionais, a URESAM desenvolve iniciativas de humanização, como o *Programa de Integração e Bem-Estar*, que oferece massagem, ventosaterapia e reflexologia aos pacientes internados (Portal AP, 2023). Outro destaque é o projeto de musicoterapia, no qual voluntários realizam apresentações musicais, reforçando a dimensão lúdica e de reabilitação psicossocial do cuidado. Essas ações dialogam diretamente com o conceito de clínica ampliada, pois valorizam o corpo, o bem-estar, as relações sociais e a subjetividade dos pacientes como parte fundamental do processo terapêutico.

A análise também revela desafios estruturais e organizacionais que limitam o pleno alcance dos objetivos da clínica ampliada. Entre os problemas mais críticos está a insuficiência de recursos humanos, que sobrecarrega a equipe diante da demanda crescente. Além disso, a permanência prolongada de alguns pacientes, que acabam se tornando moradores da unidade mesmo com quadro clínico estável, mostra a fragilidade da rede de desinstitucionalização. Essa situação decorre, em grande parte, da negligência familiar e da ausência de residências terapêuticas no estado do Amapá, configurando um obstáculo importante para a efetivação do direito à convivência comunitária. Identificaram-se ainda carências de recursos materiais, como insumos básicos de higiene e a necessidade de fluxos padronizados para admissão e alta, fatores que comprometem a eficiência do atendimento.

Diante desse cenário, o planejamento futuro da URESAM inclui a implantação de protocolos operacionais padrão para normatizar fluxos de atendimento, a ampliação das práticas integrativas —

como musicoterapia, hortoterapia e cinematerapia — e a promoção da educação permanente para a equipe multiprofissional. Outra frente estratégica é a capacitação de familiares, de modo a fortalecer a corresponsabilidade no cuidado e a reduzir o risco de reinternações prolongadas. Essas propostas revelam o esforço da instituição em alinhar-se cada vez mais aos princípios da clínica ampliada, especialmente no que se refere ao acolhimento, à gestão participativa e à construção de vínculos terapêuticos sólidos entre equipe, pacientes e famílias.

Em síntese, os resultados evidenciam que a URESAM materializa importantes dimensões da clínica ampliada, como a interdisciplinaridade, a incorporação de práticas integrativas e a centralidade no sujeito. Contudo, ainda enfrenta desafios que refletem a realidade estrutural do sistema de saúde mental no estado do Amapá, sobretudo no que diz respeito à desinstitucionalização e à disponibilidade de recursos humanos e materiais. A análise crítica desses dados permite compreender tanto os avanços quanto as limitações da experiência, oferecendo subsídios para o aprimoramento das políticas públicas e das práticas assistenciais em saúde mental na região amazônica.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A experiência da URESAM evidencia sua relevância como espaço estratégico na rede de atenção psicossocial do estado do Amapá. Ao articular internações breves com acompanhamento multiprofissional e práticas integrativas, a unidade contribui para consolidar a perspectiva da clínica ampliada no cuidado em saúde mental. Sua atuação garante acesso a serviços especializados em um estado historicamente marcado pela escassez de recursos e pela fragilidade da rede de atenção à saúde mental, configurando-se como referência na humanização do cuidado e na construção de projetos terapêuticos singulares.

Apesar desses avanços, persistem desafios significativos para a efetivação plena da clínica ampliada. Entre eles destacam-se a insuficiência de recursos humanos, a permanência prolongada de pacientes em virtude do abandono familiar e da ausência de residências terapêuticas, além de limitações materiais e estruturais que dificultam a consolidação de fluxos padronizados de atendimento. Tais obstáculos revelam a tensão entre os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a realidade cotidiana de uma instituição que ainda enfrenta resquícios da lógica hospitalocêntrica e de práticas fragmentadas.

Nesse sentido, recomenda-se o fortalecimento da rede de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como a implantação de residências terapêuticas conforme estabelecido pela PORTARIA nº- 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 que possam assegurar alternativas de moradia digna para pacientes crônicos. Além disso, a educação permanente

da equipe multiprofissional e a capacitação de familiares devem ser incorporadas como estratégias prioritárias, assegurando maior integração, corresponsabilidade e continuidade do cuidado. O investimento nessas frentes poderá ampliar o alcance da clínica ampliada, favorecendo uma rede de saúde mental mais inclusiva, equitativa e resolutiva no estado do Amapá.

Ressalta-se que a pesquisa teve caráter descritivo-documental, fundamentada em relatórios institucionais da URESAM. Por essa razão, os resultados refletem principalmente a perspectiva institucional, sem contemplar diretamente a voz de usuários, familiares ou outros atores da rede de atenção psicossocial. Além disso, a análise restringiu-se ao recorte temporal de 2023 a 2025, bem nos atendimentos da Psicologia no período de 2023 a 2025 o que não permite generalizações para períodos anteriores ou futuros. Tais limitações apontam a necessidade de investigações complementares, especialmente de natureza qualitativa e participativa, que incluem experiências subjetivas de usuários, trabalhadores e gestores, de modo a enriquecer a compreensão sobre a efetividade da clínica ampliada no contexto Amazônico.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): documento base. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A clínica ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CLATWORTHY, Jane; HINDS, Jennifer; CAMIC, Paul M. Gardening as a mental health intervention: a review. *Clinical Psychology Review*, v. 33, n. 8, p. 939-957, 2013.

DESVIAT, Manuel. A reforma psiquiátrica. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

FIORILLO, Andrea et al. How to improve clinical practice on psychiatric hospitalizations: the role of service organization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 22, p. 1-12, 2020.

GOODWIN, Nicholas; DIXON, Anna; ANDERSON, Gregory. The Future of Health Systems: integration and flexibility as the new normal. *International Journal of Integrated Care*, v. 20, n. 3, p. 1-6, 2020.

HORI, Amanda; NASCIMENTO, Luciana. Musicoterapia e saúde mental: um estudo de caso em serviços comunitários. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, v. 9, n. 1, p. 55-72, 2014.

MCDaid, David; PARK, A-La; KNAPP, Martin. Building better mental health systems: policy and practice innovations. *European Psychiatry*, v. 63, n. 4, p. e22, 2022.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: a estratégia da clínica ampliada e compartilhada. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). WHO global report on traditional and complementary medicine. Geneva: World Health Organization, 2019.

Programa do Hcal busca integrar pacientes psiquiátricos à sociedade com ações de bem-estar e humanização. Portal Amapá: Governo do Amapá, 29 mar. 2023. Disponível em: <https://www.portal.ap.gov.br/noticia/2803/programa-do-hcal-busca-integrar-pacientes-psiquiatricos-a-sociedade-com-acoes-de-bem-estar-e-humanizacao>. Acesso em: 25 ago. 2025.

PURAS, Dainius; GOODING, Peter. Mental health and human rights: working in partnership for change. *Health and Human Rights Journal*, v. 21, n. 1, p. 21-35, 2019.

Relatório da Clínica de Saúde Mental/Psiquiatria do HCAL/URESAM, 2024. Relatório da disciplina Clínica Ampliada em Saúde Mental.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Frederico; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Práticas integrativas e complementares em saúde: uma análise crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 1, p. 917-927, 2010.

THORNICROFT, Graham; DE LIMA, Michel; PEREIRA, Benilda. Community-based mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, v. 18, n. 3, p. 276-286, 2019.