
Atuação do Psicólogo na Clínica Ampliada em Saúde Mental

Caroline Silva Coelho

Nádilei Alves Post

Paulo Delmondes Sobrinho

Eraldo Carlos Batista

Faculdade Anhanguera, Tangará da Serra - MT

Resumo: A noção de saúde modificou-se através dos anos, adotando conceitos e componentes importantes para o desenvolvimento das políticas do cuidado da saúde, em especial da saúde mental. As modificações legislativas no âmbito da saúde da população oportunizaram a visão da totalidade humana, bem como o desenvolvimento do processo de cidadania do povo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a partir deste, programas especializados no cuidado da saúde como o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Estratégias de aproximação dos pontos de atenção envolvidos no cuidado integral ao usuário como a Clínica Ampliada, a equipe de referência e o Apoio matricial fazem parte da política de humanização do SUS, são serviços que se propõem ao cuidado integral da pessoa nos domínios individuais e coletivos. E nesse contexto, a atuação do psicólogo é fundamental no âmbito da prática interdisciplinar para o fortalecimento do vínculo do usuário com a equipe de saúde mental.

Palavras-Chave: Clínica Ampliada. Saúde mental. Psicólogo.

Performance of the Psychologist in the Expanded Clinic in Mental Health

Abstract: The notion of health has changed over the years, adopting important concepts and components for the development of health care policies, especially mental health. Legislative changes in the area of population health provided the opportunity for a vision of the human totality, as well as the development of the people's citizenship process with the creation of the Unified Health System (SUS) and from this, specialized programs in health care such as the Family Health Support Center (NASF). Strategies to approach the points of care involved in comprehensive care to the user, such as the Expanded Clinic, the reference team and the Matrix Support are part of the SUS humanization policy, they are services that propose the integral care of the person in the individual and collective domains. And in this context, the role of the psychologist is essential in the context of interdisciplinary practice to strengthen the bond between the user and the mental health team.

Keywords: Extended Clinic. Mental Health. Psychologist.

Introdução

A saúde mental é um tema emergente, passando a ser compreendida de várias formas desde o seu surgimento na literatura. O desenvolvimento dos seus conceitos corroborou com diversas mudanças no âmbito da saúde em geral na esfera mundial, mas no panorama brasileiro, ofertou possibilidades de diversos serviços com o propósito do cuidado integral da pessoa.

A presente pesquisa visa a compreensão dos aspectos relacionados ao desenvolvimento dos serviços da saúde, dando ênfase ao contexto da clínica ampliada em saúde mental com a inserção do profissional psicólogo neste. Desse modo, o artigo apresenta, de forma sucinta, a trajetória percorrida das conquistas até a formação da clínica ampliada, discorrendo sobre como o psicólogo atua neste contexto.

Saúde Mental: Uma Breve Discussão no Contexto Brasileiro

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1946 o conceito de saúde, que se resume basicamente em uma plenitude no âmbito do bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de uma patologia ou enfermidade (Brasil, 2020). Conforme Caponi (2003 *apud* Gama, Campos & Ferrer, 2014, p. 71), inspirado pelas ideias de Canguilhem (1990), a definição da OMS é de certa forma utópica, inatingível em termos humanos. Conforme os autores, a definição realizada pela OMS permitiria a criação de estratégias para validação da eliminação de tudo o que foge do “normal”.

A compreensão do “normal” baseia-se em duas características básicas, uma refere-se a frequência ou média estatística, ao estabelecimento de um padrão pela maioria, e tudo o que não corresponde a este padrão é classificado como anormal. Nesta lógica, toda e qualquer discordância dos termos da padronização “normal”, torna-se em saúde, uma patologia. A outra estabelece-se como o valor de algo desejável ou ideal em um determinado momento histórico de determinada sociedade. (Caponi, 2003 *apud* Gama, Campos & Ferrer, 2014, p. 71)

Com isso, fica evidente que a classificação do

que é normal ou não, sem devida responsabilidade para a compreensão dos fatores envolvidos em determinadas situações, é um risco à saúde, dado que

A existência de uma pessoa inclui os erros, os fracassos, as privações, as opções de vida, os desejos, as angústias existenciais, os desafios e as contradições. Quando criamos um conceito de saúde que impede uma conexão com a vida cotidiana, que exclui as oscilações, as possíveis aventuras e as escolhas singulares, [...] estamos, ao contrário de produzir saúde, normatizando o comportamento. (Gama, Campos & Ferrer, 2014, p. 72).

Deste modo, ao considerar as adversidades da vida cotidiana, evidenciando suas oscilações dos estados de bem-estar e mal-estar, estaríamos englobando o risco a doença como uma parte do processo da saúde. Definir a saúde é um trabalho complicado, pois envolve várias vertentes e torna-se ainda mais complexo a definição da saúde mental, uma vez que tal conceito está ligado diretamente aos conceitos de normal e anormal (Canguilhem, 1990; Caponi, 2003 *apud* Gama, Campos & Ferrer, 2014, p. 72).

A loucura sofreu diversas tentativas de conceituação e definição das mais diversas visões de pesquisadores, conseqüentemente, gerando vários estigmas, além de preconceitos sobre esta e, conforme Gama, Campos e Ferrer (2014, p. 72) “A atribuição de um diagnóstico psiquiátrico a uma pessoa significa, na maioria das vezes, colocá-la num espaço que pode ser iatrogênico”. A iatrogenia pode ser compreendida como “um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por, ou resultantes do tratamento médico, ou de outro profissional de saúde” (Centro de Perícias Médicas e Saúde Ocupacional, 1999 *apud* Akimoto Júnior & Moretto, 2016, p. 78).

No contexto brasileiro, a saúde sofreu e ainda sofre grandes mudanças. Nos anos 70, durante o regime militar autoritário instaurado no país, poucas pessoas tinham acesso à saúde, pois eram necessárias condições especiais para ter este direito. O foco principal da saúde naquele tempo era “saúde do trabalho, na ausência de doença das pessoas aptas para o trabalho ou com carteira de trabalho assinada”. O acesso à saúde ocorria de três maneiras diferentes, primeiramente pela elite, quem poderia estar pagando

pelo setor privado; acessos pelos planos de saúde por assalariados e/ou pessoas da classe média; e para quem pagava previdência social recebiam o atendimento público (Faleiros *et al.*, 2006 *apud* Frutuoso & Saur, 2012, p. 41).

Aqueles que não tinham essas condições, sequer uma carteira de trabalho assinada, como trabalhadores rurais e pessoas autônomas, não tinham acesso à saúde pública. O Movimento da Reforma Sanitária fez duras críticas a este modelo vigente juntamente à Constituição Federal Brasileira, conseguindo realizar grandes mudanças para traçar novas políticas públicas que fossem ser mais democráticas, descentralizadas, universais e englobando componentes essenciais para a saúde coletiva (Frutuoso & Saur, 2012, p. 41-42).

Conforme os autores “As propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, do Movimento da Reforma Sanitária juntamente a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 propiciaram radicais mudanças no sistema de saúde brasileiro”, tendo pela primeira vez na Constituição Federal uma sessão específica para a saúde. Dá-se ênfase ao **artigo 196**, o qual descreve que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988 *apud* Frutuoso & Saur, 2012, p. 42, grifo dos autores).

O artigo citado caracteriza-se como um avanço no processo de cidadania do país, e por meio deste, no ano de 1990 originou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pelas leis nº 8080/90 e nº 8.142/90, de natureza pública, ofertando serviços a toda a população como “um sistema integrador de promoção à saúde, prevenção de saúde, de tratamento e assistência à saúde, sob a responsabilidade das esferas do governo federal, estadual e municipal” (Brasil, 1988 *apud* Frutuoso & Saur, 2012, p. 42).

Segundo Ferreira Neto (2008, p. 19), “a noção de Saúde Mental sofreu variações quanto a seu sentido e às suas diretrizes, na direção de sua consolidação e de sua integração no contexto do SUS”. A implantação dos programas de saúde mental no país teve início em 1984 com o Programa de Saúde Mental em Belo Horizonte, Minas Gerais, que sucede o Programa Integrado de Saúde Mental (PISAM), proposto pela

IV Conferência Nacional de Saúde, atuando entre 1977 e 1979.

O programa de saúde mental buscava, em seu início, uma formação integral de saúde no aspecto bio-psico-social, deste modo, toda equipe da Saúde Mental tinha em sua composição profissionais da psiquiatria (bio), psicólogos (psico) e assistentes sociais (social) (Ferreira Neto, 2008, p. 20).

Os movimentos em prol da mudança foram acontecendo no Brasil e Ferreira Neto (2008) aponta para três momentos importantes para a consolidação dos projetos em saúde atualmente, como o primeiro momento, identificado como a **Movimento Antimanicomial**, ocorrido entre os anos 1980 e 1990, através do II Encontro Nacional dos Trabalhadores em saúde mental, onde foi produzida a consigna por uma sociedade livre de manicômios, institucionalizando o dia 18/05 o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Os psicólogos se tornaram maioria dos profissionais presentes nas instituições e não mais os psiquiatras, ainda, a pauta pela Reforma Psiquiátrica ganhava força, visando a ampliação e levando o debate sobre a loucura, um tema sem preconceitos (Amarante, 1998 *apud* Ferreira Neto, 2008, p. 21, grifo nosso).

O segundo momento apresenta-se como a **Reforma Psiquiátrica**, que se expandiu em 1989 ao nível nacional com a mediação da Secretaria de Saúde do Município de Santos na Casa de Saúde Anchieta, influenciando outros municípios a fazerem o mesmo (Amarante, 1998 *apud* Ferreira Neto, 2008, p. 22, grifo nosso), ademais, no mesmo ano foi apresentado o Projeto de Lei 3.657/89, o qual “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.”, evidenciando a necessidade de um novo modelo de atenção em saúde mental (Ferreira Neto, 2008, p. 22; Brasil, 1989).

O terceiro momento, acontecido aproximadamente pelos anos 2000, demarca o **Apoio Matricial** em saúde, configurando a Programa de Saúde da Família, elaborado em 1994, como o principal fator da reorganização do sistema de assistência em saúde, implantando as equipes multiprofissionais nas unidades básicas, promovendo o vínculo com a população, implantado em Belo

Horizonte, no ano de 2002, denominado “BH - vida” (Ferreira Neto, 2008, p. 24, grifo nosso).

Conforme a Secretaria Municipal de Saúde (2003 *apud* Ferreira Neto, 2008, p. 24-25) BH - vida dispunha de várias mudanças, incluindo as intervenções e assistências, desde o atendimento a reinserção/reabilitação da pessoa; atendendo a pessoa em crise, sem buscar interná-la de imediato, promovendo o trabalho em equipe visando superar o modelo médico. O documento apontava para a priorização do atendimento das pessoas em sofrimento mental para a Equipe de Saúde da Família (ESF), ou seja, “As Equipes de Saúde Mental (ESM) continuariam acolhendo outras demandas mais leves, mas estas seriam atendidas pelas ESF com apoio das ESM”.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008 por meio da portaria 154, aprovada pela Ministério da Saúde, reforçando os trabalhos realizados pela equipe de apoio matricial com a criação de núcleos multiprofissionais, dando destaque ações de “planejamento, educação continuada, promoção da saúde e atendimento de casos”. No âmbito da Saúde Mental, privilegiam-se abordagens coletivas, havendo pelo menos um profissional da saúde mental em cada NASF (DOU, 2008 *apud* Ferreira Neto, 2008, p. 25).

A Clínica Ampliada no Cuidado da Saúde Mental

Neste contexto, a clínica ampliada abraça as questões subjetivas da pessoa, atravessando o campo apenas clínico, oferecendo mais recursos para o cuidado em saúde. Conforme Campos e Amaral (2007 *apud* Ribeiro & Goto, 2012, p. 190) a ampliação da clínica refere-se a nova compreensão do sujeito e a mudança dos objetivos para com o “objeto de trabalho” da clínica, considerando sua vulnerabilidade e situação de risco em que está inserido.

Tal ampliação está, sobretudo, em considerar que, de concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas nas pessoas. Nesse sentido é que se propõe a chamada “clínica do sujeito”, cujo foco é contribuir para a ampliação do grau de autonomia do usuário em lidar com sua própria rede de dependências.

A Clínica Ampliada pode ser compreendida como a “transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que outros aspectos do Sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais”, e seu propósito é estabelecer a saúde em diversas formas de tratamento curativo, preventivo, reabilitador e paliativo e aumentar o nível de autonomia dos usuários, famílias e comunidades. Neste sentido, amplia-se a autonomia dos usuários a partir das medidas de promoção dos indivíduos, permitindo que eles compreendam suas necessidades de saúde, compreendam seus problemas e se tornem corresponsáveis no processo de produção da saúde. (Campos & Amaral, 2007; Brasil, 2006; *apud* Hafner et al., 2010, p. 1716).

O objetivo deste serviço também deve se estender além da cura, promovendo a prevenção e facilitação clínico-social, para que a pessoa afetada desenvolva autonomia, protagonismo, autocuidado e compromisso consigo mesmo, com os outros e com o meio em que se vive. Deste modo, a Clínica Ampliada visa compreender o indivíduo em sua totalidade, ou seja, nas inter-relações de suas dimensões biológica, psicológica e social.

A Clínica Ampliada visa ampliar o atendimento clínico em diferentes contextos, ultrapassando a relação saúde-doença. Entre os pioneiros dessa perspectiva chamada de “Clínica Ampliada” ou “Clínica do Sujeito”, pode-se incluir o italiano Franco Basaglia, o qual, segundo Campos (2000 *apud* Silva & Bonatti, 2020, p. 66), traz uma perspectiva clínica como ferramenta para reconhecer o paciente como uma pessoa com direitos e como um ator que pode fazer valer seus próprios direitos.

Rotelli (1990 *apud* Silva & Bonatti, 2020, p. 66) explica o contexto abordado, apontando que

A produção da vida e a reprodução social que são o objetivo e a prática da “instituição inventada” devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro.

Por meio dessa visão, Basaglia focalizou a existência concreta do sujeito, tirando a ênfase do processo de cura humano e propondo uma visão clínica que coloca o sujeito em primeiro lugar em todas as suas dimensões subjetivas e sociais. Amarante (2009 *apud* Silva & Bonatti, 2020, p. 66-67), destaca que Basaglia deslocou os problemas humanos como sujeitos (objetos do sofrimento social) e não como entidades abstratas que podem ser definidas segundo um sistema de categorias fechadas. Com base nisso, o tema central da proposta foi mudar a compreensão da doença vista em relação às esferas sociais.

Segundo os autores Hafner *et al.* (2010 *apud* Silva & Bonatti, 2020, p. 67), a Clínica Ampliada permite que outras particularidades do indivíduo, que não se limite apenas no biológico, sejam compreendidas e trabalhadas pelos profissionais, como consequência, ocorrerá o aumento da autonomia do sujeito, da família e da sociedade. Consoante as perceptivas do Campos *et al.* (2014 *apud* Silva & Bonatti, 2020, p. 67), eles tem como método escutar e compreender o conhecimento, a vontade e o interesse dos sujeitos, tendo como objetivo questioná-las sobre a maneira como estão vivendo, porém, de uma forma mais negociada do que prescritiva.

Senne (2011 *apud* Campos & Daltro, 2015, p. 60), afirma que a Clínica Ampliada “ocorre no escopo de um trabalho mais amplo que usa a reforma e a reorganização de todo serviço de saúde”. Aborda os riscos e vulnerabilidades dos indivíduos e inclui educação em saúde e apoio psicossocial. A necessidade de envolver esses indivíduos na busca ativa por melhores condições sociais como parte integrante do movimento de saúde, também é defendida pelo autor:

Com a concepção ampliada de saúde traduzindo-se na norma legal, ao paciente, na condição de cidadão, estaria doravante garantindo o lugar de sujeito ativo da sua condição sanitária, através da participação popular e de órgãos colegiados, podendo e devendo implicar-se desde a formulação de propostas para mudanças do sistema, no planejamento participativo e até no controle social dos serviços públicos. (Senne, 2011 *apud* Campos & Daltro, 2015, p. 60).

No contexto da Clínica Ampliada, podemos

perceber a modificação da concepção de doença, ou seja, uma nova percepção do sujeito nasce, devido que começam a considerar as dimensões sociais e subjetivas e não apenas em seus aspectos biológicos (Campos & Amaral, 2007 *apud* Frutuoso & Saur, 2012, p. 45). Segundo Cunha (2004 *apud* Frutuoso & Saur, 2012, p. 45) “[...] a construção da Clínica Ampliada é justamente a transformação da atenção individual e coletiva, de forma a possibilitar que outros aspectos do Sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados”.

Quando falamos sobre sujeito, várias dimensões da vida desse indivíduo podemos observar, por exemplo, cultura, trabalho, educação, moradia, violência e estado emocional, que influenciam nossos processos de saúde e doença. As clínicas ampliadas visam, portanto, fornecer um tratamento mais amplo, agregando outras formas de assistência à saúde, ou seja, que outros métodos terapêuticos sejam explorados e que possam ir mais além da terapia medicamentosa. Além de tratar a doença, o conceito de Clínica Ampliada, também inclui a realidade do indivíduo e o próprio sujeito com a doença, abarcando a promoção e prevenção, condição e aspectos sociais, biológicos, subjetivos e outros que possam ser relevantes (Cunha, 2007 *apud* Frutuoso & Saur, 2012, p. 45-46). A Clínica Ampliada de certa forma:

[...] assume uma responsabilidade muito maior do que tratar ‘o doente e não a doença’. Trata-se de reconhecer um compromisso com o Sujeito e a sua capacidade de produção da sua própria vida. Trata-se de uma clínica que se abre para perceber e ajudar o Sujeito doente a construir sua percepção, sobre a vida e o adoecimento. Para isso, a própria clínica tem que se reconhecer enquanto instrumento de uma instituição muito forte (instituição médica), manipulando saberes e classificações diagnósticas de grande repercussão para os Sujeitos que se submetem a ela, e deve desenvolver a competência de utilizar os poderes que possui e desenvolve na relação terapêutica a favor da autonomia dos Sujeitos (Cunha, 2004 *apud* Frutuoso & Saur, 2012, p. 47).

Trata -se de uma nova forma de trabalho, diferente da prática tradicional de saúde, para enfrentar a complexidade do problema e a multiplicidade de fatores envolvidos no processo saúde - doença. As clínicas ampliadas são, portanto, uma prática legítima para apoiar o trabalho em equipe

em benefício dos cidadãos que podem utilizar os recursos territoriais (centros de saúde, câmaras municipais, campos desportivos, instituições religiosas e culturais, instituições educativas) deve integrar vários conhecimentos e habilidades de profissionais relevantes. Sua proposta é:

esclarecer conhecimentos e perspectivas de diferentes áreas do processo saúde-doença para melhorar o cuidado e o tratamento, pois o trabalho em equipe multidisciplinar e interdisciplinar pode contemplar todos os aspectos da vida do indivíduo, permitindo uma abordagem mais abrangente e eficaz”. (Brasil, 2010 *apud* Frutuoso & Saur, 2012, p. 47).

Reconhecemos que a Clínica Ampliada deve ir além das reclamações e visar a melhoria das condições de vida, bem como aumentar a autonomia dos participantes no processo. E tudo isso ocorre, devido que a clínica amplia seu compromisso de salvar a dimensão humana - em sua complexidade - em sua relação clínica, e caminhando em uma direção com o compromisso de não apenas produzir saúde, mas compromete-se de uma visão crítica de uma realidade implicada.

O Trabalho do Psicólogo na Clínica Ampliada em Saúde Mental

Com a regulamentação da profissão em 1962, a psicologia possui três áreas de atuação: “a escolar, clínica e industrial, sendo a clínica a mais popular entre elas, trazendo a ideia de que o profissional trabalhava apenas com o individual, inclinada ao atendimento da elite” (Ferreira Neto, 2004 *apud* Ribeiro & Goto, 2012, p. 189).

Tal pensamento trouxe algumas consequências para a atuação profissional, pois a visão individualizada desconsiderava os fenômenos sociais. Porém, é necessário ressaltar que no momento histórico da ditadura de 1964, a visão e reflexão social era desencorajada pelo regime militar governante da época. Desta forma, o modelo psicoterapêutico não compreendia o ser humano em sua totalidade, desconsiderando as influências das esferas sociais, econômicas e políticas na vida da pessoa. (Yamamoto, 2003 *apud* Ribeiro & Goto, 2012).

A compreensão dos fazeres da psicologia modificou-se após uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 1994 que evidenciou 3 tópicos a serem explorados na profissão. A indispensável revisão das concepções da psicologia; investigação da subjetividade pela inclusão social e “o campo multidisciplinar e transdisciplinar como base indispensável para a produção do conhecimento e atuação do psicólogo” (CFP, 1994 *apud* Ribeiro & Goto, 2012, p. 189).

Com novas demandas, surgem novos campos de trabalho, bem como novas oportunidades de atuação na área. Visando o apoio quanto às novas oportunidades, surge o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) em 2006, objetivando na orientação técnica dos profissionais atuantes nas políticas públicas pela criação de materiais e documentos como referência para o trabalho. (CFP, 2009 *apud* Ribeiro & Goto, 2012).

Yamamoto (2003 *apud* Ribeiro & Goto, 2012, p. 190) descreve o profissional psicólogo como aquele “que compreende o ser humano na elaboração e constituição de sua subjetividade e, conseqüentemente, em todas as relações sociais em que este está envolvido, influenciando e sendo influenciado por elas”, e nesta perspectiva alinha-se ao termos das políticas públicas da prevenção em saúde e na promoção do bem-estar social e mental das pessoas.

A participação dos profissionais na Clínica Ampliada visa, além da cura, a prevenção e promoção da autonomia do sujeito, bem como seu protagonismo no seu processo de autocuidado e o compromisso consigo e com os outros no ambiente que vive.

Como recomenda a cartilha profissional do CREPOP, o atendimento psicológico deve ir além dos modelos tradicionais, e ainda deve ter caráter psicossocial, e não psicoterapêutico tradicional, uma vez que a meta de trabalho é atender às vítimas de violência resultado do processo social (CFP, 2009). Contudo, não se pode descartar a necessidade de atendimento psicoterapêutico focado, principalmente se a violência tem enraizamento na dinâmica constitutiva da família. Por se tratar de um programa vinculado ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o psicólogo não pode perder de vista que sua intervenção tem caráter psicossocial, e não

psicoterapêutico. Assim, é importante frisar que outras modalidades de atendimentos, quando se fizerem necessárias, deverão ser articuladas e compartilhadas com a rede socioassistencial (Ribeiro & Goto, 2012).

Compreendemos que a concepção de Clínica Ampliada suscitou uma variedade de preocupações entre os psicólogos (clínicos), levando à oposição ao desempenho individual do consultório. Além disso, como o conceito é baseado em uma ampla gama de comportamentos sociais, é também um meio de fornecer possibilidades de extensão teórica no que diz respeito à construção da subjetividade e sua relação com as vidas e mundos existenciais da população-alvo.

[...] A ampliação de suas bases conceituais, avançando para além da alopatia, da racionalidade clínica, da biomedicina; ampliar incluindo práticas complementares; ampliar para além do biológico, incluindo as dimensões social e subjetiva (afinal, a produção de saúde se dá para além e aquém da experiência material do corpo); ampliar para ação interdisciplinar, com aposta no trabalho em equipe. Construir uma relação clínica que seja uma experiência de troca entre sujeitos, não de alguém que sabe e alguém que não sabe; uma clínica que não seja encontro episódico, mas a construção de vínculo e confiança no tempo, permitindo a contração de responsabilidades na rede de saúde; enfim, ampliar a clínica significa reconstruir relações de poder na equipe e com os usuários e sua rede sócio-familiar, ampliando processos de troca e de responsabilização mútua [...] (Brasil, 2010 *apud* Silva & Bonatti, 2020, p. 67).

O debate em volta da subjetividade oferece como proposta não julgar o sujeito, porém de afirmar que ele é construído no decorrer do seu desenvolvimento. Dessa forma, constatamos que o apoio social, como sugere a Clínica Ampliada, pode oferecer para mobilizar a subjetividade dos sujeitos, facilitando o despertar de potencialidades, melhor qualidade de vida e construção de novos caminhos da vida.

A visão curativa-individualista que a sociedade tem sobre a profissão, ainda torna os psicólogos impotentes diante da expectativa de gestores, equipes multidisciplinares e usuários de serem ouvidos em uma prática que não se resguarda apenas do ruído externo, mas também do contexto circundante (Parrela, 2015; Leite, Andrade & Bosi, 2013; Alexandre & Romagnoli, 2017; *apud* CFP, 2019).

Nesse sentido, o monitoramento da efetividade do trabalho do NASF-AB, em particular do trabalho da(o) psicóloga(o) no NASF-AB, deve reduzir alguns aspectos que são eles: diminuição das filas de espera na Atenção Básica; reduzir os encaminhamentos da Atenção Básica; redução do número de pessoas que utilizam medicação psicotrópica; diminuição de internações e reinternações psiquiátricas; ampliação das ofertas de laço social no território; diminuição de tabagistas no território; redução dos casos de suicídios consumados e acompanhamento mais adequado das tentativas de suicídio dentro do território e entre outros (CFP, 2019, p. 60).

Uma das maneiras de colaboração para sobrelevar as dicotomias e afrontar os desafios listadas acima, a seguir, será algumas propostas práticas que podem ser conhecidas na rotina do serviço de psicólogos(os) no NASF e na UBS (CFP, 2019).

- 1) Construir agendas compartilhadas periodicamente com a Equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica de forma participativa;
- 2) Criar critérios nítidos de acionamento do Apoio Matricial;
- 3) Assumir um papel de problematização dos processos de trabalho da organização e mesmo das missões e objetivos do serviço. E contribuir para relações menos verticalizadas e mais democráticas;
- 4) Contribuir e provocar as equipes de Atenção Básica para a construção de Projeto Terapêutico Singular de casos que resgatem a complexidade da produção de saúde e que contribuam para a horizontalização das relações, a ampliação da clínica e produção de novas formas de subjetivação;
- 5) Reconhecer que seu fazer é permanentemente afetado pelos atravessamentos sociais, culturais, econômicos e comunitários em sua clínica individual ou grupal, abrindo espaço para os enfrentamentos coletivos de questões como a violência, o desemprego, pobreza, gênero, relações raciais, diversidade sexual, religiosidade e processos de adoecimento;
- 6) Propor e apoiar tecnicamente ações de Apoio Matricial, realizadas pelos níveis secundários e terciários, no território de abrangência do NASF e baseado em suas demandas;
- 7) Incentivar, apoiar e envolver-se na criação de grupos na Atenção Básica, cuidando do planejamento, escopo, objetivos e duração;
- 8) Inserir-se nas visitas domiciliares compartilhadas em que a singularidade do caso demandem a escuta da subjetividade do sujeito, de

sua família ou comunidade; 9) Suscitar a leitura compartilhada com as demais categorias do Código de Ética do Psicólogo para a compreensão e a busca de saídas de compartilhamento de informações em prontuário e discussões de caso; 10) Promover espaços de divulgação do fazer da(o) psicóloga(o) nos diversos âmbitos do SUS evidenciando potencialidades e limitações (CFP, 2019, p. 60 e seg.).

A inclusão dos psicólogos na área das políticas públicas de saúde proporcionou uma mudança no modelo atual, no qual é um acontecimento importante para o entendimento de como tem se elaborado os pontos de vista da Clínica na Psicologia brasileira e a maneira de como tem se desenvolvido na ampliação desse campo.

No trabalho de Ferreira Neto (2010), podemos perceber o estudo relacionado a atuação do psicólogo no SUS, no qual são citados alguns obstáculos que representam as divergências entre as práticas criadas em clínicas particulares e as concebidas na saúde pública. Alguns dos obstáculos citados na lista são: reunião com pessoas de classe baixa, distante da psicologia clínica que até então se orientava para os padrões da classe média. Os contratemplos que a relação do governo com o trabalho assalariado e as condições traz no que diz respeito a regulamentações, horas de trabalho, hierarquias, prestação de contas, avaliações de produtividade e entre outros. E o encontro com outros antigos campos do saber e da prática em saúde pública, que implicou a inferioridade da psicologia na hierarquia interna do campo dominada pelos médicos e a interdependência dos psicólogos: “até então senhor de si numa ação solitária, não estava acostumado a conviver, e para qual sua formação tão pouco contribuiu” (Ferreira Neto, 2010, p. 395).

Com isso, pode-se perceber que a Clínica Ampliada está relacionada na ampliação da escuta, uma ferramenta essencial para o psicólogo, voltada para as demandas sociais. A Clínica Ampliada e seu desenvolvimento estão relacionados à construção de conhecimentos e práticas baseados no comprometimento social da Psicologia, na luta em defesa dos direitos humanos.

Desafios da Atuação do Psicólogo na Clínica Ampliada

São dos mais variados tipos os desafios impostos na prática da Clínica Ampliada. O mais abrangente se dá que mesmo na contemporaneamente muitos modelos estão ligados a práticas ortodoxas em saúde, além do olhar unilateralmente orgânico para doença.

A ausência de equipe de referência pode prejudicar o funcionamento da Clínica Ampliada, visto que sua falta pode criar uma atmosfera de autossuficiência das corporações e criar um clima de disputa estéril no serviço (Brasil, 2007).

A exigência ética que a Clínica Ampliada implica, pode ser um desafio rotineiro para os profissionais da saúde. Pois a Clínica Ampliada exige dos profissionais de saúde uma avaliação permanente de seus próprios valores e dos valores da sociedade. Isso porque não são poucos os contextos em que o adoecimento é agravado ou causado por situações de dominação e injustiça social, podendo passar despercebidas, exigindo assim dos profissionais de saúde uma análise mais integrada com o meio do paciente. Sendo assim, “O que pode ser ótimo e correto para o profissional pode estar contribuindo para o adoecimento de um usuário” (Brasil, 2007).

O próprio diagnóstico é um expoente desafiador visto que é muito comum nos serviços de saúde reduzir o usuário a um recorte diagnóstico ou burocrático - o diabético, o alcoolista, ou o leito número X (Brasil, 2007). Ainda o órgão ressalta que:

[...] A proposta de Clínica Ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. [...] (Brasil, 2007, p. 3).

Desse modo, é importante compreendermos que essa é uma tendência adotada pelos serviços oferecidos na saúde, sendo assim, é fundamental identificar essas práticas para assim poder adotar uma prática clínica que aprenda o usuário muito além da doença. O diagnóstico parte de uma regularidade, mas para realizar uma clínica adequada é necessário compreender além do que o sujeito apresenta de igual ao quadro a determinado quadro, e, além disso, buscar o que ele apresenta de diferente, de singular, acatando os sintomas que se expressam somente nele de determinado modo (Brasil, 2007).

Outro desafio presente na prática da Clínica Ampliada, é de ir além da busca de autonomia do usuário, que se configura na capacidade de equilíbrio do combate à doença com a produção de vida. Alguns sujeitos conseguem inventar saídas diante de uma situação imposta por certos limites, mas nem todos. A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, e não só de lidar com a doença, mesmo sendo um limite, criar condições para não impedir o usuário de viver outras coisas na sua vida (Brasil, 2007).

Partindo da compreensão de que o modo de cuidar corresponde um modo de manejar o cuidado, em outras palavras, uma gestão do trabalho, do fazer em saúde, pode-se afirmar que uma clínica tradicional corresponde a uma gestão tradicional (Campos, 2010 *apud* Oliveira, 2021). Segundo Dias (2017), a clínica tradicional pode ser atribuída em (1) às características de fragmentação do processo de trabalho; (2) a descontinuidade temporal do cuidado; (3) a disputa corporativa entre profissões que participam do processo de cuidar. Em função de suas características é criado uma atmosfera de compreensão limitada do processo saúde-doença.

Neste cunho, pode-se dizer que o modo de cuidado influenciado pelo modelo tradicional de gestão resulta em baixa efetividade de atingir às necessidades de saúde de indivíduos e populações (Dias, 2017). A superação desse quadro, constituído pela clínica tradicional, é um dos desafios, porém, possível por meio de uma nova concepção de cuidado. Visto isso, a partir do paradigma de um modo de cuidar que enfatiza as necessidades de saúde dos indivíduos e populações de forma central (Brasil, 2010).

Sendo assim, os desafios presentes na prática da clínica ampliada são multifacetados, porém, sempre influenciado por uma visão ortodoxa dos processos inerentes do modo de cuidar, do relacionamento multiprofissional e da própria gestão da saúde. A clínica ampliada surge para preencher as lacunas existentes nos modelos tradicionais e ressignificar o cuidar na medida que não se trata apenas de diagnosticar, mas de produzir um espaço de produção de relações de intervenções, construído de modo compartilhado.

Os Benefícios do Trabalho do Psicólogo no

Contexto da Clínica Ampliada

Ao lembrarmos as condições que desenvolveu uma necessidade de um olhar diferente para saúde, de forma mais compartilhada, singularizada e empática, os benefícios da Clínica Ampliada são multifacetados, visto a extensão do seu impacto na ação dos profissionais e nos usuários. Desse modo, a Clínica Ampliada busca desenvolver nos profissionais de saúde a capacidade de ajudar as pessoas além da doença, buscando caminhos para que mesmo tendo alguma limitação na vida do usuário, que está não impeça de o mesmo viver sua vida (Brasil, 2010).

Uma característica presente na Clínica Ampliada é sua atmosfera integrada entre os envolvidos. Isso permite que os profissionais da saúde trabalhem os danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde, além disso, essa ampliação visa as equipes de diferentes especialidades compartilhando a responsabilidade junto aos usuários e seu entorno (Brasil, 2010).

Na saúde, dada suas características no setor, a própria autonomia é um fazer que confronta a variabilidade do espaço-tempo do processo de saúde-doença, incluindo a intervenção. É fundamental o fomento da autonomia e criatividade para que seja possível emergir a clínica ampliada. Campos explica a autonomia e suas características:

Autonomia é a capacidade de pessoas e coletividades lidarem com suas dependências. Não é uma independência dos outros, da sociedade, da lei, do Estado, da sociedade civil, do paciente, de gênero. É uma dependência. [...] É a diferente capacidade de compreender essas relações, tomar decisões e agir sobre elas. (Campos, 2009 p.28).

Visto isso, o exercício da autonomia empodera o protagonismo de todos os trabalhadores na saúde, além do próprio usuário, visto a condição de encontrar soluções para os problemas e as necessidades de saúde que se defrontam. Nesse sentido, surge uma atmosfera de trabalho compartilhado, configurando-se numa abordagem multiprofissional dos problemas e das necessidades de saúde (Dias, 2017 *apud* Oliveira, 2021).

Desse modo, ao alicerçar-se sobre a autonomia e a capacidade criativa dos trabalhadores, a cogestão

possibilita pensar e reconstruir as relações de poder entre os profissionais circundados na produção do cuidado. É neste processo de cogestão que os núcleos de saberes atuam de forma sinérgica, cooperativamente, partilhando a responsabilidade no processo de cuidar.

Nesse sentido, é a partir dessa estrutura que o psicólogo interage e busca usar seus saberes e tecnologias para complementar na produção de cuidado para o usuário. Visto que o atendimento psicológico deve ir além dos modelos tradicionais, e ainda superar o modelo psicoterapêutico tradicional, contendo características do atendimento psicossocial (CFP, 2019).

Considerações Finais

Desta forma, pode-se compreender que as mudanças ocorridas na esfera da saúde pública favoreceram a qualidade de vida das pessoas, uma vez que o acesso restrito à saúde passou a ser um direito de todos, alavancando o processo da construção da cidadania com a criação das leis e instauração do Sistema Único de Saúde no país.

Referências

- Akimoto Júnior, C. K., & Moretto, M. L. T. (2016). Reflexões acerca do potencial iatrogênico das psicoterapias no campo da Saúde Mental. *Revista da SBPH*, 19(1), 76-102.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. *O que significa ter saúde?*
- Brasil. *Projeto de Lei 3.657/89*.
- Cabral, S. B., & Darosci, M. (2019). A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil: Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). *III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Campos, A. F., & Daltro, M. (2015). A clínica ampliada no enfoque da gestalt-terapia: um relato de experiência em supervisão de estágio. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 4(1).
- Campos, G. W. D. S. (2009). Saúde, Sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. *Saúde e Sociedade*, 18, 24-34.
- Conselho federal de Psicologia (CFP). (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) na atenção básica à saúde*. 2 ed. Brasília: CFP.

Mesmo existindo desafios dentro da implementação e até mesmo da prática da clínica ampliada, essa concepção contempla muito além do tratar, se estendendo ao cuidar de forma íntegra, compartilhada que promove um espaço para o desenvolvimento de todos os envolvidos.


As demais conquistas advindas do processo de criação do SUS são amplamente desenvolvidas objetivando-se ao atendimento integral da pessoa, por conseguinte, adentrando os espaços da saúde mental. A inserção do profissional psicólogo dentro dos espaços de saúde torna-se um marco na profissão, dado que sua atuação era limitada em determinados espaços, porém, faz-se mais do que necessário no âmbito da saúde coletiva, considerando o trabalho multiprofissional em respeito a integralidade do processo de saúde da pessoa.

A Clínica Ampliada foi um importante recurso para a ampliação e modificação dos modelos do cuidado à saúde, que promoveu uma visão da totalidade do ser humano, compreendendo as demais esferas e interferências da sua vida, introduzindo uma óptica diferenciada do processo saúde-doença da população.

- Dias A. S. (2017). Clínica ampliada. *Clínica ampliada e apoio matricial*. Programa de Educação Permanente em saúde da Família. Brasília.
- Ferreira Neto, J. L. (2008). Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história. *Saúde em Debate*, 32(78-79-80), 18-26.
- Frutuoso, J. T., & Saur, B. (2011). O Sistema Único de Saúde brasileiro e a clínica ampliada. *Psicologia e saúde coletiva*, 41-50.
- Gama, C. A. P. D., Campos, R. T. O., & Ferrer, A. L. (2014). Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17, 69-84.
- Hafner, M. D. L. M. B., Moraes, M. A. A. D., Marvulo, M. M. L., Braccialli, L. A. D., Carvalho, M. H. R. D., & Gomes, R. (2010). A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Ciência & saúde coletiva*, 15, 1715-1724.
- Ribeiro, M. E., & Goto, T. A. (2012). Psicologia no sistema único de Assistência Social: Uma experiência de clínica ampliada e intervenção em crise. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5(1), 184-194.
- Oliveira, M.G.A. (2021). Clínica ampliada e cogestão: desafios da política de humanização no Sistema Único de Saúde. Felli, V.E.A, Peruzzo, S.A, Alvarenga, J.P.O (Orgs). *PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão*. Ciclo 11. Porto Alegre: Artmed Panamericana; p. 95–112.
- Schneider, Daniela Ribeiro et al. (2014). A Atuação do Psicólogo no centro de atenção psicossocial voltado para álcool e outras drogas (Capsad): Os Desafios da Construção de uma Clínica Ampliada. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, 11(17), 101-113.
- Silva, R. B., & Bonatti, G. L. (2020). A clínica ampliada e o trabalho do psicólogo nos centros de referência de assistência social. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(2), 59-72.


Caroline Silva Coelho

Acadêmica do curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera, campus de Tangará da Serra - MT
E-mail: tga.caroline2017@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7384-1474>


Nádilei Alves Post

Acadêmica do curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera, campus de Tangará da Serra - MT
E-mail: nadileialvespost@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3252-762X>


Paulo Delmondes Sobrinho

Acadêmico do curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera, campus de Tangará da Serra - MT
E-mail: academicodelmondes@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0247-4261>

Eraldo Carlos Batista

Doutor em Psicologia pela PUCRS/FCR, professor na Faculdade Anhanguera, Tangará da Serra – MT.
E-mail: eraldopsico@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-7118-5888>

Recebido em: 24/12/2021

Aceito em: 02/08/2022