

O dispositivo ambulatorial e o cuidado em saúde mental: modelos em análise

The outpatient setting and mental health care: Models under analysis

El entorno ambulatorio y la atención de la salud mental: modelos en análisis

Fabiola Ferreira de Souza¹, Gustavo Zambenedetti¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615011246P

RESUMO As Redes de Atenção Psicossocial (Raps) têm passado por constantes reconfigurações nos últimos anos, tensionando a inserção dos ambulatorios em saúde mental em sua constituição formal. Este artigo analisa os modelos de cuidado e as tensões que atravessam o dispositivo ambulatorial nesse campo. A discussão decorre de um recorte de tese de doutorado, desenvolvida por meio de pesquisa-intervenção, com abordagem cartográfica, em um ambulatório de saúde mental de um município de médio porte da região metropolitana de Curitiba, Paraná. Como estratégias de produção de dados, utilizaram-se análise documental sobre a (re)composição da Raps (2011–2023), observação participante na posição de pesquisadora-trabalhadora e proposição de grupo terapêutico no serviço. Identificam-se três momentos: o primeiro, sob modelo tradicional; o segundo, marcado por mudanças normativas e recomposição da equipe, impulsionando revisão das práticas em direção ao modelo psicossocial; e o terceiro, caracterizado por perda de autonomia profissional, especialização e fragmentação das ações. Argumenta-se que persistem tensões entre os modelos asilar/biomédico e psicossocial, além de disputas entre integração matricial e especialização fragmentada. A experiência de campo indica que, tão relevante quanto criar serviços, é definir modelos de cuidado que orientem práticas voltadas à integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE Assistência ambulatorial. Atenção psicossocial. Sistema Único de Saúde. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT Psychosocial Care Networks (RAPS) have undergone constant reconfiguration in recent years, creating tension in the integration of mental health outpatient clinics into their formal structure. This article analyzes the care models and tensions that permeate the outpatient setting within this field. The discussion stems from a section of a doctoral thesis, developed through intervention research with a cartographic approach, in a mental health outpatient clinic in a medium-sized municipality in the metropolitan region of Curitiba, Paraná. Data collection strategies included document analysis of the (re)composition of the RAPS (2011–2023), participant observation as a researcher-worker, and the proposal of a therapeutic group within the service. Three phases are identified: the first, under a traditional model; the second, marked by normative changes and team recomposition, driving a review of practices towards the psychosocial model; and the third, characterized by loss of professional autonomy, specialization, and fragmentation of actions. It is argued that tensions persist between the asylum/biomedical and psychosocial models, as well as disputes between matrix integration and fragmented specialization. Field experience indicates that, as relevant as creating services, is defining care models that guide practices aimed at the comprehensiveness of the Brazilian Unified Health System (SUS).

KEYWORDS Ambulatory care. Psychiatric rehabilitation. Unified Health System. Psychiatric Reform.

RESUMEN Las Redes de Atención Psicosocial (RAPS) han experimentado una constante reconfiguración en los últimos años, generando tensiones en la integración de las clínicas ambulatorias de salud mental a su estructura formal. Este artículo analiza los modelos de atención y las tensiones que impregnan el ámbito ambulatorio dentro de este campo. El análisis surge de una sección de una tesis doctoral, desarrollada mediante investigación de intervención con un enfoque cartográfico, en una clínica ambulatoria de salud mental en un municipio mediano de la región metropolitana de Curitiba, Paraná. Las estrategias de recolección de datos incluyeron el análisis documental de la (re)composición de las RAPS (2011-2023), la observación participante como investigador-trabajador y la propuesta de un grupo terapéutico dentro del servicio. Se identifican tres fases: la primera, bajo un modelo tradicional; la segunda, marcada por cambios normativos y recomposición del equipo, impulsando una revisión de las prácticas hacia el modelo psicossocial; y la tercera, caracterizada por la pérdida de autonomía profesional, especialización y fragmentación de las acciones. Se argumenta que persisten tensiones entre los modelos de asilo/biomédico y psicossocial, así como disputas entre la integración matricial y la especialización fragmentada. La experiencia de campo indica que, tan relevante como la creación de servicios, es la definición de modelos de atención que orienten las prácticas hacia la integralidad del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño.

PALABRAS CLAVE Atención ambulatoria. Rehabilitación psiquiátrica. Sistema Único de Salud. Reforma Psiquiátrica.

¹Universidade Estadual do Centro Oeste (Unicentro) – Irati (PR), Brasil.
fabialafsouza11@gmail.com

Introdução

Desde a década de 1970, o modelo de atenção às pessoas em sofrimento psíquico no Brasil vem sendo questionado, dando espaço à emergência de um paradigma que busca atribuir um ‘novo lugar social para a loucura’ e ampliar as estratégias de cuidado de base comunitária¹.

No contexto brasileiro, essa transformação é conhecida como Reforma Psiquiátrica (RP), um processo profundamente relacionado à Reforma Sanitária e à redemocratização do país, com influência da experiência italiana. A proposta de constituição de redes de cuidado em saúde mental, em substituição ao modelo manicomial, acompanha a trajetória da RP, estando presente, com variações de sentido, em diversas Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental, assim como em documentos que orientaram a política de saúde mental entre o final do século XX e o início do século XXI². Entretanto, somente em 2011 é publicada a primeira portaria que busca explicitar, de modo integrado, a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), assim como as suas diretrizes de funcionamento, componentes e pontos de atenção³. Após a primeira portaria, outras surgiram, alterando a configuração dos componentes da Raps^{4,5}.

Enquanto alguns pontos se mantiveram nas diferentes publicações – como as Unidades Básicas de Saúde e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) – outros pontos de atenção, dentre os quais destacamos os ambulatórios, foram ora excluídos ou incluídos na Raps, expressando as disputas em torno de sua constituição. A despeito de fazer parte ou não das portarias que formalizam a Raps, os ambulatórios seguiram existindo na realidade de muitos municípios brasileiros, justificando pesquisas que possam colocar em análise a sua existência no cenário atual da RP.

No Brasil, os ambulatórios de saúde mental apresentam modos de funcionamento diversos, expressando diferentes concepções de cuidado, propostas de intervenção e relação com o público atendido. É possível distinguir

dois modelos principais: o ambulatório tradicional e o ambulatório alinhado à RP, cada um refletindo paradigmas específicos de atenção e organização do trabalho em saúde mental⁶.

Historicamente, o ambulatório tradicional está ancorado em uma lógica médico-centrada, orientada pela busca de normalização dos sujeitos, baseada na centralidade da prescrição medicamentosa e no manejo de sintomas – os quais, conforme sua intensidade, definiriam se o sujeito permaneceria no ambulatório ou teria como destino a internação⁷. Bezerra Jr⁸ descreve que, nas práticas médicas no setor público ambulatorial da década de 1980, os psiquiatras não atendiam, mas sim despachavam, assim como não medicavam, mas sim repetiam receitas a pacientes sem rosto e sem história. Nesse mesmo caminho, existe também a compreensão de que o hospital psiquiátrico e o ambulatório forjados ao longo das décadas de 1970 e 1980 faziam parte de um mesmo modelo institucional dominante, centralizado na figura do médico, da doença, operando pelo ajuste de medicamentos à expressividade de sintomas⁷. As equipes multiprofissionais, quando existentes, eram acessadas a partir do encaminhamento médico, sob perspectiva verticalizada de relação.

Essa configuração reflete o ‘paradigma da exclusão’⁹, no qual o sofrimento psíquico é reduzido a uma disfunção individual a ser corrigida e o sujeito é destituído de sua voz e de sua história. O predomínio do saber psiquiátrico e a ênfase sobre o controle dos sintomas reforçam uma forma de cuidado pautada na tutela e na medicalização, que desconsidera a complexidade das experiências subjetivas e sociais envolvidas no adoecimento mental. Nesse modelo, o atendimento tende a se organizar de maneira fragmentada, com pouca abertura para o diálogo entre diferentes saberes e escassa articulação com outros dispositivos de atenção, distanciando-se de uma concepção ampliada e comunitária de cuidado⁶.

O modelo tradicional é perpassado pela adoção de práticas de seleção de usuários mais aderentes às abordagens clínicas tradicionais,

especialmente no que se refere às práticas psicológicas, o que reforça a manutenção de um dispositivo centrado no atendimento em consultório, de médio e longo prazo. Como consequência, produz longas filas de espera que dificultam o acesso da população. A própria existência dessas filas e a ausência de tecnologias de acolhimento revelam o caráter excludente e hierarquizado desse modelo. Historicamente, também houve uma crítica à seleção de uma clientela que possui um corte de classe e renda que tende a excluir as populações periféricas e vulnerabilizadas¹⁰.

Desse modo, as primeiras experiências de Caps surgem visando a proporcionar outras formas de cuidado, superando o binômio hospital psiquiátrico-ambulatorio⁷. Ao longo dos anos 2000, a partir da Portaria nº 336/2002, os Caps se tornam dispositivos estratégicos para a implantação da RP, em articulação com outros pontos da rede. A priorização e incentivo aos Caps não fez, entretanto, com que os ambulatorios desaparecessem das realidades concretas de diversos municípios.

Nesse contexto, em contraposição ao modelo tradicional, emergem também experiências de ‘ambulatorios da Reforma Psiquiátrica’, incorporando os princípios e diretrizes da atenção psicossocial, que priorizam a escuta do sujeito em sua singularidade¹¹. Nessa perspectiva, o cuidado é concebido de forma ampliada, orientado pelas necessidades específicas de cada usuário e pela construção de redes de apoio e corresponsabilidade⁶. Espera-se, desse dispositivo reformulado, a adoção de práticas interprofissionais¹², com caráter mais horizontalizado, sustentadas em reuniões de equipe, trocas sistemáticas, bem como a construção coletiva de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e a articulação com outros pontos da Raps. As ações passam a incluir dispositivos de acolhimento, ampliando as ofertas de cuidado além do atendimento individual em consultório tradicional. A proposta incorpora práticas grupais, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e ações de promoção e prevenção em saúde mental articuladas ao

território e às equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). A integração do ambulatorio com a ESF e outros dispositivos da atenção primária passa a ser um avanço significativo na construção de uma rede territorializada e conectada às necessidades dos usuários¹³. Por meio do matriciamento e do apoio matricial, pretende-se fortalecer o cuidado no território, aproximando a clínica especializada do cotidiano dos usuários.

Embora os Caps sejam fundamentais para o cuidado de casos mais graves, há uma lacuna importante na atenção a sujeitos com sofrimentos leves ou moderados¹⁴. Onocko Campos et al.¹⁵ mostram que, no contexto dos Caps de Campinas, embora exista uma rede de centros bem estabelecida, persiste a necessidade de dispositivos suplementares tais como ambulatorios especializados, ações comunitárias, centros de convivência para preencher lacunas na gestão, na oferta de recursos humanos e no atendimento diferenciado das demandas não-graves.

Nesse cenário, os ambulatorios ganham centralidade como espaços de disputa e reinvenção. Apesar da relevância dos ambulatorios alinhados à RP, um dos desafios persistentes refere-se à sua posição institucional na Raps. Até 2017, esses dispositivos não eram oficialmente reconhecidos como pontos de atenção da rede¹⁶. A normativa posterior alterou as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6^{4,5}, incluiu formalmente tanto os ambulatorios especializados como os hospitais psiquiátricos na Raps, no bojo da chamada ‘nova política de saúde mental’, implantada a partir da incorporação de diretrizes mais conservadoras na política de saúde mental, pelo governo de Michel Temer, seguido pelo de Jair Bolsonaro. Tal inclusão foi amplamente debatida e vista como um retrocesso em relação às diretrizes originais da RP¹⁷. Isso, porque ela representou o fortalecimento simultâneo de duas lógicas historicamente criticadas: a hospitalar/manicomial, pela reintrodução dos hospitais psiquiátricos como ponto de atenção, e a especializada, pela valorização dos dispositivos ambulatoriais em

detrimento da atenção territorial e comunitária. Esse reposicionamento institucional tensiona o campo da saúde mental, uma vez que recolocou em evidência o risco de reforço do modelo biomédico e da fragmentação do cuidado⁶.

Nos anos seguintes, novas portarias foram publicadas, reformulando novamente a estrutura da Raps e evidenciando a constante disputa de paradigmas no campo da saúde mental. Em 2023, houve a revogação da normativa anterior, promovendo mudanças significativas na rede¹⁸. Entre as alterações, extinguiu as equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental e dos Caps AD IV, ao mesmo tempo em que reintroduziu os leitos de saúde mental em hospitais gerais como dispositivos estratégicos para a internação, no lugar dos hospitais psiquiátricos.

Essas transformações revelam que o campo da saúde mental no Brasil segue marcado por movimentos pendulares entre a Reforma e a contrarreforma, em que a disputa entre modelos de atenção, ora mais centrados na lógica comunitária ora mais próximos da racionalidade médico-hospitalar e especializada, molda continuamente a configuração dos dispositivos e a efetividade das políticas públicas. No contexto deste trabalho, destacamos o movimento inaugurado pela Portaria GM/MS nº 3.588/2017, cuja inclusão dos ambulatórios e hospitais psiquiátricos na Raps reabriu a discussão sobre os rumos da Reforma e os riscos de retorno a práticas que ela historicamente buscou superar.

Este artigo tem o objetivo de analisar os modelos de cuidado em saúde mental e as tensões que perpassam o dispositivo ambulatorial no campo da saúde mental. É um recorte analítico de uma pesquisa de doutorado cujo objetivo foi o de cartografar a saúde mental da população imigrante em um ambulatório¹⁹.

Metodologia

Este artigo constitui um recorte analítico de uma pesquisa mais ampla que buscou

cartografar a saúde mental da população imigrante atendida em um ambulatório de um município de médio porte da região metropolitana de Curitiba, Paraná, Brasil¹⁹. No entanto, o recorte proposto se atém à discussão sobre os modelos de cuidado que perpassam o dispositivo ambulatorial, embora as especificidades relacionadas aos imigrantes não serão abordadas neste artigo.

A pesquisa respeitou a abordagem cartográfica²⁰, configurando-se como uma pesquisa-intervenção, desenvolvida entre 2021 e 2025. Um dos desafios aos quais a cartografia se propõe é o de acompanhar processos, colocando em análise seus efeitos e deslocamentos. As estratégias de produção dos dados envolveram a análise documental, a análise de viabilidade e proposição de um grupo terapêutico para imigrantes e a observação participante das reuniões de equipe. A pesquisadora atuava como servidora pública e integrava a equipe técnica do referido serviço, participando diretamente das atividades de cuidado, tanto no âmbito individual como coletivo, no envolvimento nas discussões de equipe, na reorganização das práticas e na experimentação de estratégias de cuidado grupais.

Entre final de 2024 e início de 2025, diante da instauração de novas diretrizes de funcionamento do serviço, a pesquisadora desligou-se do serviço, o que também compôs sua posição ética e política frente às transformações institucionais observadas. Essa trajetória pode ser compreendida por meio de da noção de ‘prático-pesquisador’²¹, na medida em que a produção do conhecimento se deu em estreita articulação com o fazer profissional, em um movimento contínuo entre intervenção e análise, no próprio campo de atuação²¹. Nesta perspectiva não existe neutralidade mas implicação, a qual deve ser constantemente colocada em análise em momentos de supervisão, em discussões no grupo de pesquisa, na arguição das bancas de qualificação e defesa de tese etc.

A equipe realizou registros no diário de pesquisa, envolvendo tanto o registro de notas

descritivas de momentos vivenciados no cotidiano do serviço como de impressões, afetos e desassossegos que acompanharam a inserção do campo-tema e compõe a pesquisa²².

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Conep) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), sob o CAAE nº 74164223.2.0000.8967, com parecer, número 6.386.931, emitido em 4 de outubro de 2023.

Para o recorte analítico proposto, destacamos documentos que incidem sobre a composição dos pontos de atenção da Raps e o componente ambulatorial em saúde mental no período 2011 a 2023; e uma análise de como essas transições se expressaram no campo de intervenção da pesquisa, tensionando modelos de atenção mais convergentes ao modo psicossocial ou ao modelo asilar e biomédico²³.

Em relação à proposição de um grupo para imigrantes com sofrimento psíquico, não faremos uma análise exaustiva, mas de alguns analisadores emergentes em seu processo de proposição e execução que convergem para o recorte analítico proposto. O analisador é compreendido como aquilo que irrompe no processo de pesquisa e força a análise a acontecer, revelando os atravessamentos institucionais²². Tomamos como analisador dois momentos distintos: quando a pesquisa foi proposta, havia condições para criar um grupo voltado a imigrantes com sofrimento psíquico, em consonância com o modelo de atenção do serviço. Posteriormente, essa proposta, ou qualquer outra proposta de grupo ou articulação em rede, deixou de convergir com as novas diretrizes, tornando-se um analisador das disputas de modelos de atenção no serviço.

A partir desse enquadramento, delimitam-se três momentos na trajetória do ambulatorio: um primeiro, marcado pela organização inicial sob um modelo tradicional; um segundo, atravessado por mudanças normativas e pela recomposição da equipe, que impulsionaram a revisão das práticas de cuidado, em convergência ao modelo psicossocial; e um terceiro, caracterizado pela perda de autonomia e por

retrocessos nas ações, em articulação com transformações nas políticas de saúde.

Resultados e discussão

O Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado por níveis de densidade tecnológica, dispostos em redes, adotando uma lógica de estratificação das demandas dos usuários, pensando o cuidado mais adequado conforme sua necessidade no momento. No campo da saúde mental, essa organização sofre impactos diretos das políticas de governo, que influenciam a configuração das redes, alterando suas nomenclaturas, diretrizes e perspectivas de atuação. Giovanella, Franco e Almeida¹⁷ afirmam que, durante o governo Bolsonaro, houve retrocessos significativos nas políticas sociais, com perdas de direitos e enfraquecimento da democracia, agravando os determinantes sociais do processo saúde-doença.

O campo da saúde mental passou por transformações significativas na regulamentação da Raps. A Portaria nº 3.088/2011, que originalmente instituiu a Raps, foi posteriormente incorporada pela Portaria de Consolidação nº 3/2017, responsável por reunir e sistematizar as normas vigentes no âmbito do SUS. Na sequência, a Portaria nº 3.588/2017 introduziu modificações na composição da rede, com destaque para a inclusão dos hospitais psiquiátricos como pontos de atenção, além da inserção dos ambulatorios de saúde mental no componente de atenção especializada, que até então era constituído apenas pelos Caps, em suas diferentes modalidades. Esse movimento reorientou as diretrizes da política de saúde mental brasileira, exercendo impacto direto na configuração dos serviços e na lógica de cuidado.

De modo análogo, as transformações nas portarias que regulamentam o trabalho em saúde evidenciam uma mudança de diretrizes e prioridades na Atenção Primária à Saúde (APS). O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), criado pela Portaria nº 154/2008²⁴ e reordenado pela Portaria nº 2.488/2011²⁵,

vinculada à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tinha como eixo estruturante o apoio matricial, a transversalidade do cuidado e a construção de redes de referência e contrarreferência voltadas ao fortalecimento da atenção básica, em consonância com a proposta de clínica ampliada²⁶.

Com a Portaria nº 2.979/2019, que instituiu o Programa Previne Brasil²⁷, houve uma redefinição dos critérios de financiamento da APS, aprofundando a descontinuidade do modelo anterior e fragilizando a sustentabilidade dos Nasf. Com a Nota Técnica nº 3/2020, que revogou os parâmetros de custeio e composição das equipes dos Nasf²⁸, houve o desfinanciamento e consequente credenciamento progressivo dos Nasf em diversos municípios. Sob a justificativa de conferir maior autonomia aos gestores locais, o governo federal retirou o incentivo financeiro, resultando na redução expressiva dessas equipes, processo que se acentuou durante o governo de Jair Bolsonaro (2019-2022).

Ao mesmo tempo em que houve um desinvestimento nos NASF, emergiu a proposição das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM)²⁹, privilegiando o cuidado especializado em detrimento do matriciamento¹¹. Essas equipes se estruturaram prioritariamente em torno das especialidades, reforçando uma lógica mais verticalizada e fragmentada de atenção. Entendemos que as EMAESM configuram uma atualização da lógica ambulatorial em saúde mental no SUS, na medida em que atualizam práticas centradas no atendimento individual e na organização do cuidado a partir de uma racionalidade médico-centrada, expressando uma política de governo que colocou mais ênfase na perspectiva da especialização do cuidado.

A partir de 2023, na vigência de um novo governo, novas revisões na política de saúde mental passaram a ser realizadas, visando a um realinhamento aos princípios da RP. Nesse movimento, o financiamento das EMAESM já existentes seguiu, embora o credenciamento de novas EMAESM tenha sido desestimulado. Como alternativa, a Portaria nº 635/2023³⁰

regulamentou as Equipes Multiprofissionais (eMulti) na APS para recompor a oferta multiprofissional na APS, buscando uma atuação mais descentralizada e adaptável às demandas locais. Enquanto a EMAESM corresponde ao componente especializado da Raps, as eMulti vinculam-se ao componente da atenção básica em saúde da Raps, expressando diferentes intencionalidades e projetos no desenho das redes.

Esse percurso evidencia que o período de 2017 a 2025 foi marcado por movimentos de ruptura e posterior recomposição na política de saúde mental. A inclusão ou exclusão de determinados serviços ou a mudança de nomenclaturas revela uma intencionalidade, que expõe os modelos de atenção que se pretende fortalecer e incentivar.

A transição de modelos no campo de intervenção

Esta pesquisa, desenvolvida entre 2021 e 2025 em um ambulatório de saúde mental, insere-se no contexto de coexistência e transição de serviços, em que práticas associadas ao apoio matricial convivem com a expansão de formatos voltados à especialização e segmentação do cuidado. Analisaremos algumas linhas de constituição histórica e contextuais do serviço ambulatorial que se constitui como campo de intervenção da pesquisa, na relação com a Raps do município.

Em 2019, o município contava com o Nasf, no âmbito da atenção básica. Sua presença na Raps fazia com que pessoas com sofrimento psíquico leve não chegassem nos pontos relacionados à média densidade tecnológica; ou fossem encaminhadas ao ambulatório, que, na época, contava com duas psicólogas.

Em 2020, sob o impacto da Nota Técnica nº 3/2020²⁸, o município deixou de ter Nasf e as demandas antes atendidas na atenção básica passaram a ser encaminhadas ao ambulatório. Além disso, em função das medidas de restrição sanitária decorrentes da pandemia de covid-19, os Caps deixaram de realizar atendimentos em grupos, dentre outras ações estratégicas dos

serviços de saúde mental tais como visitas domiciliares, espaços de convivência e reuniões de rede. Tais aspectos foram especialmente desafiadores, entendendo que o Caps é baseado na dimensão coletiva do cuidado.

Redes de saúde de todo o país estavam em um momento crítico de incertezas e as demandas de atendimento em saúde mental aumentaram no ambulatório. Em 2020, sob a coordenação de uma enfermeira responsável pela organização da rede e dos fluxos em saúde mental, houve uma recomposição da equipe de saúde mental do Município, caracterizada pela entrada de uma nova psicóloga, pelo remanejamento de uma psicóloga do antigo Nasf, pela transferência de uma profissional da Secretaria de Educação e pelo retorno de outra psicóloga após licença maternidade. Nesse mesmo período, iniciou-se a primeira turma da residência em saúde mental no município, o que contribuiu para intensificar os movimentos de reflexão e revisão das práticas no serviço.

A partir dessa nova composição da equipe, foi construído um novo protocolo de atendimento no ambulatório de especialidades que propunha a ampliação do cuidado e implicou o redimensionamento dos processos de trabalho no serviço. Em 2021, o serviço habilitou uma EMAESM e a equipe passou a contar com duas psicólogas e um psiquiatra vinculadas ao ambulatório; e duas psicólogas, um psiquiatra, uma assistente social e uma enfermeira vinculadas à EMAESM.

Como já descrito na metodologia, para fins de análise, propomos três momentos distintos para compreender a trajetória do ambulatório. O primeiro refere-se à organização inicial do serviço, marcada por um modelo mais tradicional de atendimento. O segundo considera o contexto histórico, incluindo tanto as mudanças normativas como a composição de profissionais que passaram a integrar o serviço e a buscar novas formas de cuidado. O terceiro corresponde a um período caracterizado por perda de autonomia e retrocesso nas ações, refletindo mudanças nas políticas de saúde que impactam o funcionamento do ambulatório.

O primeiro momento é caracterizado pela identificação de desafios relacionados à duração prolongada das terapias no serviço e filas de espera estagnadas. Além disso, muitas vezes, os profissionais não tinham conhecimento prévio da gravidade das demandas aguardando atendimento nem existia uma perspectiva de cuidado compartilhado com outros pontos da rede. Essas características evidenciam uma aproximação do serviço ao modelo ambulatorial tradicional, marcado pela fragmentação do cuidado, ausência de reuniões de equipe e discussões de caso entre diferentes áreas profissionais, bem como pela não utilização do PTS.

Esse diagnóstico levou à proposta de um novo projeto para o serviço, caracterizando um segundo tempo que coincide com a ampliação da equipe, conforme já descrito. O serviço passou a propor a psicoterapia breve focal e, caso surgissem novas demandas, os usuários eram encaminhados para outras estratégias de atenção na rede ou inseridos em outras terapêuticas no próprio serviço que não exclusivamente centradas no atendimento individual. Essa reorganização teve por objetivo otimizar o fluxo de usuários, ampliar a cobertura e promover uma articulação mais efetiva com a rede de cuidado.

Visando a redefinir a relação de acesso ao serviço, foi definido um dia na semana para a realização dos acolhimentos. O ambulatório e a EMAESM não tinham porta aberta: o encaminhamento era realizado pela equipe de ESF de referência do usuário, passava por uma Central de Marcação de Consultas para, então, chegar no serviço. O serviço ocupava o lugar de atendimento às pessoas que apresentavam transtornos mentais prevalentes e de gravidade moderada, as quais, muitas vezes, não demandavam a atenção mais intensiva dos Caps, entendidas pelas equipes de ESF como demandas de suporte especializado.

A inserção no serviço iniciava com o acolhimento, que ajudou a substituir a perspectiva da fila de espera, qualificando o modo de acesso ao serviço. Essa reorientação do

funcionamento do ambulatório, mais afinado à perspectiva psicossocial, foi sustentada no período de 2020 a 2023. Após o acolhimento, o caso era discutido em reunião de equipe e no encontro seguinte do profissional de referência com o usuário era realizado o PTS, o que envolvia decidir quais recursos terapêuticos seriam acessados naquele momento.

A partir da discussão de caso em reunião de equipe, eram pensadas possibilidades de atendimentos individuais e coletivos, sem desprezar as restrições sanitárias decorrentes da pandemia de covid-19. Com a flexibilização das normas sanitárias a partir do final de 2021 e ao longo de 2022, houve o gradativo retorno de reuniões e foi possível dar início aos pequenos grupos. Os grupos eram propostos conforme as demandas emergentes no serviço e por afinidades ou situações comuns a um grupo de sujeitos, por exemplo, o ‘grupo de luto para crianças’ e o ‘grupo de familiares de usuários de substância psicoativas’, que foram necessários por um período e depois deixaram de ser demanda, o que não impedia que voltassem a acontecer.

Nesse processo, foram propostas diversas estratégias de atendimentos: psicoterapia breve individual, grupo de luto, grupo de saúde alimentar, grupo de mulheres, grupo de homens, grupo de adolescentes, grupo de habilidades socioemocionais para crianças, grupo de saúde mental I para pessoas com sofrimento psíquico grave de longa data; grupo de saúde mental II para manejo da ansiedade; grupo de orientação parental; grupo de cuidadores; grupo de juventude; grupo de idosos; grupo de 17+ para jovens entre 16 e 18 anos; monitoramento realizado pela assistente social; grupo de saúde mental e arte. Diante desse modo de funcionamento, também foi possível propor, no âmbito da pesquisa, a realização de um grupo terapêutico para imigrantes, após levantamento que identificou e caracterizou a presença de demandas específicas.

Em 2024, após quatro anos em que a equipe estava funcionando sob modos de cuidar mais ampliado, a gestão decidiu retomar o

modelo anterior, centrado no dispositivo dos atendimentos individuais ou ‘consultação’, justificando a medida como uma forma de aumentar a produtividade do serviço. Nesse processo, passaram a ser suspensos o acolhimento, as triagens e as reuniões de equipe, além de reduzido o tempo destinado a cada atendimento. O desgaste da resistência das equipes às mudanças gerou não só afastamentos e desligamentos de membros da equipe como também um processo de conformação às novas diretrizes de gestão. Tal reorganização instituiu uma lógica fragmentada, comprometendo a integralidade do cuidado e a autonomia dos profissionais.

Nesse momento, tornou-se inviável o desenvolvimento de algumas estratégias formuladas no âmbito da pesquisa, que envolviam a proposição de um novo grupo terapêutico para imigrantes ou a possibilidade de composição de um grupo de saúde mental para imigrantes numa perspectiva compartilhada com equipes de ESF. Verificou-se que a inexistência de diretrizes bem estabelecidas na política nacional para os serviços ambulatoriais dificultou um amparo à equipe no processo de enfrentamento às mudanças. Diferentemente dos Caps, que tem diretrizes bem estabelecidas, os ambulatórios oscilam entre compor ou não a macropolítica e, quando não compõem, fica a cargo do próprio Município configurar suas diretrizes de funcionamento, que podem estar mais alinhadas ao modelo psicossocial ou ao modelo tradicional.

Esse contexto de transformações no serviço e na rede fez emergir analisadores importantes. Por um lado, a confusão entre os níveis de densidade tecnológica no percurso revelou tensões próprias do instituído; por outro, abriram-se linhas de fuga que favoreceram processos de transversalidade, entendida como uma forma de relação institucional que amplia a circulação de sentidos além das hierarquias fixas³¹.

Esses processos possibilitaram a promoção de maior autonomia profissional em momentos estratégicos, a criação de grupos orientados pelas demandas concretas e a formação de

encontros entre pessoas com demandas semelhantes, configurando movimentos instituintes que atravessam e renovam o modo de funcionamento da rede. A autonomia profissional dos técnicos em saúde mental potencializou a qualidade do atendimento, pois, diferente de protocolos rígidos e centralizados, possibilita responder às demandas específicas dos usuários, promovendo um cuidado mais humanizado. O profissional, na condição de um sujeito ativo, está correlacionado às relações de poder e processos de subjetivação em um estabelecimento, pois auxilia na construção de uma postura mais democrática de cuidado³².

No tocante aos modelos de atenção que perpassam o dispositivo ambulatorial em análise, Costa-Rosa²³ traz contribuições à discussão ao diferenciar o modelo asilar do modelo psicossocial, dado que as configurações de atenção estabelecem uma relação de causa e efeito e os aspectos teórico-técnicos não podem ser dissociados dos aspectos históricos, político-ideológicos. Para o autor, o modelo asilar pressupõe maior valorização dos pontos de atenção especializados, especialmente hospitalares, focados na remissão de sintomas e desconsiderando outros aspectos da vida do sujeito, modelo esse muito alinhado ao cuidado fragmentado que comumente ocorre no modelo ambulatorial. Por outro lado, o modelo psicossocial visa à integralidade do cuidado no território, considerando que o sofrimento é uma resposta a aspectos da vida do sujeito, além do diagnóstico. O medicamento não deixa de ser utilizado, mas atua como um dos coadjuvantes nos tratamentos e não necessariamente como único ou principal recurso terapêutico.

Merhy³³ aponta a importância de a atenção psicossocial ser territorial e comunitária. Portanto, podemos pensar em uma rede de cuidado com diferentes configurações: com ações de saúde mental na atenção básica e Caps, sem ambulatório; com ações de convivência e espaços culturais; com Caps sem ações comunitárias, exercendo a função de ambulatório; e também ambulatórios que propõem ações além dos especialismos, articulando-se

com a rede e com o território, e promovendo ações coletivas integradas com a equipe.

Dessa forma, no serviço ambulatorial em análise neste artigo, houve um primeiro momento em que predominou o modelo tradicional de ambulatório, seguido por um momento em que predominou o modo psicossocial e um terceiro momento em que há o retorno do modelo tradicional. Chamamos a atenção para a necessidade de colocar em análise não apenas a existência de um serviço chamado ‘ambulatório’, mas o modelo de atenção que o perpassa, revelando os mandatos públicos atrelados.

Zambenedetti² afirma que uma rede é um arranjo temporário e que, nos diferentes modos de dispor fluxos e serviços, os modelos podem coexistir, ainda que de forma contraditória, como no caso do hospital psiquiátrico e dos serviços da rede substitutiva. Ou seja, os modelos de cuidado podem se hibridizar no cotidiano dos serviços e, ao mesmo tempo, serem suscetíveis à captura pela lógica hegemônica, evidenciando que o processo de desinstitucionalização é cotidiano e nunca cessa. A experiência do ambulatório evidencia concretamente essas disputas, que atravessam o cotidiano das equipes, a organização do serviço e as apostas da gestão local. As tensões entre a ampliação do cuidado, ensaiada em determinados momentos, e o retorno a práticas centradas no modelo ambulatorial tradicional expressam esse movimento de coexistência e disputa entre diferentes racionalidades de atenção.

Considerações finais

As mudanças recentes nas normativas do SUS – da extinção do Nasf ao surgimento das EMAESM e das eMulti – não podem ser compreendidas apenas como ajustes técnicos, mas como expressão de diferentes projetos de sociedade. A Reforma Sanitária foi atravessada pela disputa entre o ideário da democratização da saúde e as forças neoliberais de mercantilização, disputa que se atualiza no contexto

atual. No campo da saúde mental, a RP buscou reposicionar a loucura no espaço social, mas sempre sob ameaça de retrocessos.

Em relação aos ambulatorios, vimos que eles foram considerados, na condição de modelo institucional, uma estratégia frágil para garantir o processo de desinstitucionalização pretendido pela RP na década de 1980 e 1990. Esse aspecto levou a uma priorização de outros pontos de atenção na política nacional de saúde mental, como os Caps e a atenção em saúde mental na atenção básica. Apesar disso, tais dispositivos não deixaram de existir na realidade concreta de diversos municípios, passando a compor a Raps formalmente em 2017, que se expandiu por meio das EMAESM a partir de 2020 e novo recuo em seu reconhecimento a partir de 2023. Esses movimentos de descontinuidade expressam o quanto os ambulatorios ocupam lugar de disputa.

Além da existência ou não dos ambulatorios, discutimos o quanto tal dispositivo pode ser permeado por diferentes modelos de atenção, mais alinhados às perspectivas da saúde coletiva e da atenção psicossocial ou, por outro lado, mais alinhados ao modo asilar e à perspectiva biomédica.

O trabalho em saúde não é apenas aplicação de técnicas, mas produzir potenciais de vida no encontro entre trabalhadores e usuários. Esse encontro é sempre atravessado por forças: ora de captura da vida, ora de abertura de linhas

de fuga para o cuidado integral e comunitário. O ambulatorio foi perpassado por diferentes modelos de atenção, evidenciando disputas paradigmáticas no campo da saúde coletiva e saúde mental. Criaram-se grupos e ações psicossociais operando em um ‘entre-lugar’ nem plenamente alinhado ao modelo psicossocial nem totalmente submisso à lógica biomédica.

O desafio está em compreender o modelo que opera no cotidiano dos serviços, portanto, está em promover a convergência desses diferentes dispositivos para o modelo psicossocial, articulando-os de forma coerente e integrada, de modo a fortalecer vínculos comunitários, garantir a continuidade do cuidado, ampliar a participação social e reduzir a fragmentação, transformando a rede não apenas em um conjunto de serviços, mas em um espaço vivo de cuidado territorial e coletivo, capaz de responder às demandas complexas da saúde mental.

Contribuições de autoria

Souza FF (0000-0003-1188-4326)* e Zambenedetti G (0000-0002-7372-9930)* contribuíram para concepção, coleta e interpretação de dados, redação e revisão, aprovação da versão final do manuscrito, assumindo igualmente a responsabilidade por todo o trabalho. ■

Referências

1. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):2067-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
2. Zambenedetti G. Configurações de rede na interface saúde mental e saúde pública: uma análise a partir das Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 dez 23 [acesso em 2026 jun 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 set 28 [acesso em 2026 jun 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 set 28.
6. Cardozo TB, Monteiro RAP. Da psiquiatria tradicional à reforma psiquiátrica: o ambulatório de saúde mental como serviço de tratamento. *Rev Psicol Saúde*. 2020;12(2):31-44. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.768>.
7. Goldberg J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá; 1996.
8. Bezerra Júnior B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: Tundis SA, Costa NR, organizadores. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes; 2001. p. 133-170.
9. Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
10. Ferreira Neto JL. Psicologia, políticas públicas e o SUS. Belo Horizonte: Escuta/FAPEMIG; 2011.
11. Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
12. Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, et al., editores. Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria. Barueri: Manole; 2016.
13. Damous I, Erlich H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis*. 2017;27(4):911-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400004>
14. Perico W, Rinaldi DL. A reorientação das práticas ambulatoriais na saúde mental coletiva a partir dos grupos de recepção. *Rev Subjetividades*. 2022;22(1):1-14. DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v22i1.e11285>
15. Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, et al. Avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saude Pública*. 2009;43(4):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800004>
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6 para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 dez 22 [acesso em 2026 jun 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
17. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência saúde coletiva*. 2020;25(4):1475-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 757, de 6 de junho de 2023. Redefine as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 jun 7 [acesso em 2026 jun 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757_22_06_2023.html
19. Souza FF. Entre a captura medicalizante e o cuidado decolonial: uma cartografia da saúde mental de imigrantes [tese]. Irati (PR): Universidade Estadual do Centro-Oeste; 2025.

20. Passos E, Kastrup V, Escossia L, organizadores. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2012.
21. Lavergne C. La posture du praticien-chercheur: un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Rech Qual*. 2007;3:28-43.
22. Lourau R. *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.
23. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2008 jan 24 [acesso em 2026 jun 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
25. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2011 out 24 [acesso em 2026 jun 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
26. Campos GWS. Cogestão e apoio matricial: fundamentos teórico-práticos para gestão e organização da atenção primária. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2007.
27. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2019 nov 12 [acesso em 2026 jun 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html
28. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. *Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2025 out 26]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>
29. Ministério da Saúde (BR). *Equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2025 out 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/atencao-psicossocial-estrategica/equipes-multiprofissionais-de-atencao-especializada-em-saude-mental>
30. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui modalidades de equipes multiprofissionais (E-MULTI) na Atenção Primária à Saúde [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2023 maio 22 [acesso em 2026 jun 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html
31. Guattari F. *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. 2ª ed. Aparecida: Ideias & Letras; 2004.
32. Campos GWS. Autonomia e responsabilidade: a gestão compartilhada do trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2000. p. 191-204.
33. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

Recebido em 26/10/2025

Aprovado em 19/05/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Raquel Abrantes Pego, Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5598091671127726> - Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> - e-mail: rabra.peg@gmail.com