

Ambulatório Multiprofissional Estudantil (AME): desafios na implementação de um serviço de atenção em saúde mental ao universitário

Pedro Arthur Vieira da Silva¹

Juliana Soares Bom-Tempo²

Resumo: O ingresso no ensino superior é um momento importante para os estudantes que, na maioria das vezes, entram também na vida adulta a partir da escolha de uma profissão e das novas experiências que terão impacto direto no seu futuro. Essas novas vivências exigem capacidade de se adaptar e se relacionar consigo e com o entorno, podendo apresentar suas dificuldades próprias que influirão na sua saúde mental. O sofrimento acarretado é tema de estudo desde a década de 50 no mundo e vem tomando maior espaço no Brasil com a implementação de serviços de saúde voltados ao universitário dentro da própria instituição pois o mesmo apresenta características próprias. Este trabalho apresenta o percurso e os desafios na implementação de um serviço de atenção à saúde mental na Universidade Federal de Uberlândia, o Ambulatório Multiprofissional Estudantil. Discutiremos aqui as condições de surgimento e desenvolvimento das modalidades de atendimento adotados pelo serviço, partindo do trabalho realizado com os estudantes e ancorados nos conceitos de Território e Implicação, além da lógica clínica do Acompanhamento Terapêutico.

Palavras-chave; território, implicação, saúde mental, universitário, ambulatório.

Abstract: Admission to college is an important moment for students who most of the time also enter adulthood through the choice of a profession and new experiences that will have a direct impact on their future. These new experiences require the ability to adapt and relate themselves to others and their surroundings, and may present difficulties that influence the student's mental health. Suffering has been the subject of study since the 1950s worldwide and is growing in Brazil by health service's implementation in Universities as it's public has its own characteristics. This work presents the implementation of a mental health care service at the Federal University of Uberlandia, the Multiprofessional Student Ambulatory. It'll be discussed here the conditions by wich the care models can emerge and develop based on the work carried out with students and anchored in the concepts of Territory, Implication and the clinical logic of Therapeutic Accompaniment.

Key-words; territory, college, students, implication, mental health,

Introdução

Em qualquer sala de aula ou turma de variados cursos é possível escutar dos estudantes universitários relatos de amigos e colegas que desaparecem das disciplinas, ausentam-se por longos períodos, trancam ou abandonam os estudos. Alguns retornarão, outros não, com maiores ou menores explicações, sem que, às vezes, não se saiba as razões para o incidente. As motivações são diversas e singulares, podem incluir dificuldades financeiras, familiares,

¹ Psicólogo residente, artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Residência.

² Prof. Dr^a. da Univ. Federal de Uberlândia e psicóloga tutora do programa de Residência Multiprofissional Em Atenção à Saúde Mental e atual coordenadora do AME.

emocionais, com os estudos e a instituição, com a saúde. Esses mesmos estudantes podem conseguir, também, relatar as próprias dificuldades ao longo de suas trajetórias, os questionamentos e as angústias que atravessam o dia a dia e deságuam diretamente na vida acadêmica, isso quando não provém dali mesmo. Em outros casos, a “crise” é vivenciada na própria instituição, pelos corredores, lanchonetes, espaços de convivência, junto aos colegas, professores, funcionários e outras pessoas, frequentando a instituição. “Crises” não são tão silenciosas e isoladas e que atraem a atenção.

A saúde mental é um dos fatores nevrálgicos para permanência e conclusão em cursos superiores de graduação e pós-graduação pelos estudantes, podendo viabilizar um percurso mais oneroso ou mais ameno ao longo da formação profissional e pessoal a depender de como se lida com as situações vivenciadas. Para Figueiredo e Oliveira¹, o estudante ao sair do ambiente familiar e iniciar o ensino superior tem à sua frente um leque de novas relações e novas experiências que podem causar inseguranças, exigindo adaptação e podendo levar a desequilíbrios emocionais e em consequência a crises incidentais. O ingresso na Universidade dá-se majoritariamente em um momento de entrada na vida adulta, escolha de uma profissão, criação de novas relações, dentre outras descobertas. Exige do estudante capacidade de se adaptar a novos ambiente e rotinas, criar novas redes de suporte social, frequentemente fora da cidade onde nasceu e viveu até então, o que pode acarretar ou agravar o sofrimento psíquico². Esses estudantes passam por um processo de amadurecimento emocional, construção de convicções e posturas, realização de escolhas importantes para suas vidas que podem deixá-los desprotegidos e suscetíveis ao adoecimento/sofrimento mental; ansiedade, depressão, transtornos alimentares e uso abusivo de substâncias³.

Diante do apresentado, o presente artigo tem como objetivo traçar o histórico de implementação e desenvolvimento do Ambulatório Multiprofissional Estudantil (AME) vinculado ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Mental da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e seu respectivo Hospital de Clínicas (HC). Assim, propomos não apenas documentar a história desse serviço como abrir espaço para debater norteadores teóricos adotados, tais como o conceito de Território partindo de uma adaptação da concepção vinda da Geografia Crítica, de Implicação junto a perspectiva da Análise institucional, a lógica clínica do Acompanhamento Terapêutico segundo as referências discutidas por Fábio Araújo e a implementação de grupos terapêuticos inspirados nas estratégias e nos procedimentos da Clínica-Poética, compreendendo como as

modalidades de atenção foram desenvolvidas pelo serviço a partir deles. Olharemos, então, como essas modalidades chegaram ao seu formato atual considerando as demandas identificadas tanto dos usuários quanto da equipe, para além das possibilidades já dadas e dos limites institucionais.

A idealização e implementação do AME na Universidade Federal de Uberlândia, soma-se a outras iniciativas no Brasil. O Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis realizou uma Pesquisa do Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Instituições Federais de Ensino Superior Brasileiras sendo as últimas publicações em 2011, 2014 e 2019, incluindo diversos indicadores, em busca por considerar a heterogeneidade dos estudantes por região e suas condições de vida, visando fomentar o desenvolvimento de políticas de assistência estudantil. Os indicadores podem mudar de ano a ano e incluem dados como sexo, renda familiar, cor, atividades remuneradas, atividades físicas, dificuldades pedagógicas, acesso a bens e serviços, violências sofridas, apenas para citar alguns. A rede de saúde pública, em todas os anos das publicações, é referência para a maioria dos estudantes, aproximadamente 50%. Em 2010 as dificuldades emocionais foram apontadas por 47,7% dos estudantes, em 2014 o número sobe para 79,8% e para 83,5% em 2019. O apoio psicológico é procurado por aproximadamente 30% dos estudantes nas duas primeiras pesquisas, 2011 e 2014, esse dado falta na pesquisa apresentada em 2019. A publicação de 2014 aponta, também, que 12,57% dos estudantes fazem ou já fizeram uso de medicação psiquiátrica. Os sintomas diretos apontados pelos estudantes são ansiedade, tristeza persistente, timidez excessiva, ideia de morte, pensamento suicida, insônia ou alterações significativas de sono, sensação de desamparo/ desespero/ desesperança, sensação de desatenção/ desorientação/ confusão mental, problemas alimentares, desânimo/ falta de vontade de fazer as coisas, sentimento de solidão e medo/pânico^{3,4,5}.

A mesma pesquisa aponta dificuldades e estressores enfrentados pelos estudantes e inclui a adaptação a novas situações, as relações interpessoais ou sociais, as relações amorosas ou conjugais, as situações de violência (física ou sexual) e o assédio moral, os valores ou conflitos religiosos, as dificuldades financeiras, a dificuldade de acesso a materiais e meios de estudo de aprendizagem e os hábitos de estudo, a carga excessiva de trabalho e a carga excessiva de trabalhos acadêmicos. Apenas na pesquisa de 2019 esses itens formam categorias separadas e são mais profundamente analisados em relação a outros dados como cor e/ou raça⁵.

O Sistema Único de Saúde (SUS) compreende a saúde como diretamente determinada pelas condições sociais, culturais, de acesso a bens e serviços, biológica e psicologicamente influenciada. Logo, os sintomas apresentados pelos universitários podem ser entendidos como reflexo das dificuldades e estressores encontrados ao longo da sua formação e não são separáveis do contexto e vivências do estudante. Isso pede soluções complexas que passam pela saúde mental e caminham numa visão integral do sujeito, solicitando a presença da assistência estudantil, de uma abordagem multiprofissional e de uma Clínica Ampliada, principalmente no sentido da promoção e prevenção, conforme previstas no SUS⁷. Com relação ao perfil dos estudantes universitários, trata-se de um segmento vulnerável com características, especificidades e demandas próprias, não aderindo, muitas vezes, aos serviços de saúde mental disponíveis, ficando assim descobertos, como apontam estudos brasileiros indicados por Oliveira e Silva⁸.

Segundo Cerchiari, Caetano e Fazenda⁹ as discussões sobre a saúde mental universitária e implementação de serviços de atenção ao estudante se iniciaram no século XX nos EUA com crescimento lento, mas firme, ao longo do século. Inglaterra e França seguem tal tendência e outros países começam a projetar seus serviços a partir da Primeira Conferência Internacional sobre Saúde Mental Estudantil em 1956. No Brasil surgem serviços atrelados às cadeiras de Psiquiatria em 1957 na Universidade Federal do Pernambuco e em 1965 na Escola Paulista de Medicina. Essas iniciativas são seguidas por instituições no Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Minas Gerais, ainda na década de 60, promovendo as primeiras publicações sobre a temática. Os autores apontam que no ano 2000, 84% das instituições federais mantinham algum serviço de atenção à saúde mental do universitário; nesse estudo os autores apresentam o levantamento acerca do tema no período de 1958 a 2004.

Oliveira e Silva⁸ discutem o papel do psicólogo na assistência estudantil a partir de uma pesquisa realizada com os profissionais alocados na área em universidades de Minas Gerais. Eles encontram diferentes configurações das equipes, as quais podem integrar médicos, pedagogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, dentistas, entre outros, dando características próprias aos trabalhos desenvolvidos. Encontram como grandes enfrentamentos do trabalho o desenvolvimento de pouca ou nenhuma prática interdisciplinar, a grande demanda para atendimento clínico psicoterápico individual e baixa adesão às ações grupais. Os autores enxergam que há poucas publicações relacionadas à atuação do profissional na área discutindo

diretamente as possibilidades de intervenção que escapem a modelos individualizados de atendimento e busquem abranger o contexto da universidade e a integralidade do atendido.

Frente a isso a Clínica Ampliada se coloca como uma perspectiva crucial prevista na Saúde Mental e na atenção humanizada do SUS como um todo. Essa clínica enfatiza a singularidade dos sujeitos e sua relação com a doença com fins a um atendimento integral em saúde, nela a doença não pode ser tratada isoladamente e desconexa do sujeito e suas condições de vida. Os aspectos clínicos importam tanto quanto às condições de vida, trabalho, renda, hábitos e comportamentos, entre outros que devem se unir para compreender como a doença é vivida, onde ela impacta na vida do sujeito e como essa vida determina o próprio adoecimento. Por isso a importância do trabalho multiprofissional e do diálogo com diferentes saberes que extrapolem o campo da saúde e suas tecnologias. A Clínica Ampliada prevê a criação de novos dispositivos e intervenções singulares a cada caso em detrimento de procedimentos protocolares e generalistas, cabendo à construção do profissional junto ao usuário a atenção em saúde mais indicada para seu caso, suas condições e o processo de saúde-doença na medida de sua própria vida e experiências¹⁰.

Assim, queremos pensar quais foram os desvios possíveis colocados pela implementação do Ambulatório Multiprofissional Estudantil e seu funcionamento entre setembro de 2018 a dezembro de 2019, apontando os encaminhamentos dados ao serviço no início de 2020, considerando as adaptações necessárias em função da pandemia de COVID-19. A reflexão aqui proposta é acerca da construção do cuidado aos universitários, em diálogo com os mesmos e com as instituições, assim como as modalidades de atendimento viabilizadas por todas as condições presentes.

Implementação do Ambulatório Multiprofissional Estudantil: Implicação e Território

A ideia inicial do AME surge na UFU em setembro de 2018 a partir da coordenação e tutoria do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental vinculada à Faculdade de Medicina (FAMED). A UFU conta com a Divisão de Saúde (DISAU) e algumas iniciativas em institutos, como o Núcleo de Atenção à Enfermagem (NAENF), Núcleo de Bem estar do curso de Medicina, o projeto Por uma Clínica-Poética, o programa RECORE (Relaxamento-Conexão-Ressignificação) e a iniciativa de alguns docentes com projetos voltados à comunidade acadêmica e/ou seus respectivos cursos. A DISAU enfrentava um crescimento no

número de casos graves em saúde mental, incluindo autolesão, ideações e tentativas de suicídio, necessitando intervir diretamente junto a outros serviços, tais como o Hospital de Clínicas (HC), as Unidades de Atendimento Integrado (UAI) à saúde, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e o Corpo de Bombeiros, e em diversas vezes, as intervenções ocorreram no próprio local das ocorrências de crises mais graves. Levanta-se assim, a discussão acerca de quais seriam esses serviços próprios à saúde mental do estudante disponíveis no Território da universidade. No mesmo período o Programa de Residência Multiprofissional enfrentava a falta de acesso aos campos de prática no SUS devido ao fechamento da rede de saúde municipal para os programas de residência por falta de preceptores que pudessem acompanhar e orientar os profissionais. A UFU não poderia destacar outros profissionais para presença integral nos campos e os serviços de saúde não poderiam onerar um profissional com esse encargo além do trabalho diário, limitando os campos para os residentes de várias áreas e impedindo o acesso aos serviços da Atenção Básica e aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município.

Entendendo a necessidade e pertinência dada à situação da saúde mental dos estudantes, é proposto então ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental a criação de um serviço voltado para a comunidade discente universitária. Na ocasião, segundo semestre de 2018, os residentes junto à coordenação da professora do curso de Enfermagem da UFU, Prof.^a Dr.^a Karine Zago, assumem a confecção do esboço do projeto de um Ambulatório específico para o cuidado em Saúde Mental do público universitário, enquanto é negociado junto à Universidade e ao Hospital de Clínicas o espaço físico para implementação do serviço. A discussão do projeto passa por reuniões com a DISAU e os primeiros atendimentos são realizados junto ao NAENF, voltado ao atendimento de alunos da enfermagem e da medicina, ainda sem espaço físico definido. Foi negociado junto ao Ambulatório de Psiquiatria da Unidade de Internação em Saúde Mental (UISM) a disponibilização de três salas de atendimento e uma de reunião, em um dia da semana por meio período, contando também, com o trabalho de uma técnica de enfermagem da Unidade de Internação para trabalhos administrativos e burocráticos desse novo serviço que começava a ganhar espaço. Os atendimentos estabelecidos eram multiprofissionais com a presença de dois residentes de especialidades diferentes que acompanhavam o estudante desde sua entrada até a decisão do manejo a ser adotado, os casos são supervisionados semanalmente pela tutoria de enfermagem e psicologia do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Em março de 2019, a então tutora em enfermagem precisa se ausentar do Programa de Residência e do serviço do Ambulatório por questões pessoais, sendo substituída a coordenação e preceptoria do AME pela psicóloga Prof.^a Dr.^a Juliana Soares Bom-Tempo. Com isso e a troca de residentes o ambulatório precisou se reorganizar frente ao novo quadro da equipe. O principal problema enfrentado nesse momento foi a dificuldade em conseguir profissionais preceptores contratados para o serviço e que pudessem orientar os residentes nas outras áreas além da psicologia, no caso a enfermagem e o serviço social. O Programa de Residência exige a disponibilidade de preceptores em todos os campos de atuação e que estejam presentes para orientar e acolher as dúvidas dos residentes em serviço como parte pedagógica do projeto, e como visto anteriormente, tal exigência tornava-se um obstáculo em diversos campos de prática. No caso do ambulatório os próprios tutores do programa assumiram o papel de preceptoria para viabilizar o funcionamento do serviço de forma que os atendimentos realizados e a organização dos mesmos ficavam a cargo dos residentes, formando a mão de obra responsável pelo atendimento ao público universitário sob orientação dos tutores/preceptores. Esta organização afetava diretamente o tempo de funcionamento do ambulatório, que exigia a presença do preceptor, tendo de ser limitado a 8 horas semanais devido à disponibilidade de salas para atendimento e preceptoria.

Cabe, também, ressaltar a rotatividade própria do Programa de Residência, que tem como tempo de conclusão dois anos, levando ao término do programa por alguns profissionais, trancamentos e a entrada de novos residentes. Rotatividade presente, também, na coordenação e nas tutorias com a mudança recorrente dos profissionais responsáveis, levando o serviço a se reorganizar constantemente de acordo com a disponibilidade de profissionais para o ambulatório e os outros campos de prática previstos nestes dois anos. Na época, o Programa de Residência em Atenção à Saúde Mental contava com 3 psicólogos, 3 enfermeiros, 2 assistentes sociais e uma farmacêutica.

Os profissionais do Programa de Residência têm suas próprias especificidades. Todos recém formados, são profissionais com registro nos respectivos conselhos de classe e ao mesmo tempo estudantes em educação permanente em saúde. Estão num entremeio do profissional e do aluno, lugar confuso e volátil, e de acordo com a relação com os campos de prática são tratados ora como profissionais e ora como estudantes. Atuar junto aos universitários coloca os residentes frente a uma experiência de vizinhança de ambos, e ainda assim nova e estranha. Como recém formados e ainda estudantes, compartilham dificuldades, temores, angústias,

esperanças, projetos e novas vivências, tendo de assumir também o lugar dos profissionais que auxiliarão o público universitário. Partindo daí, podemos falar em Implicação, conceito emprestado da Análise Institucional, para pensar o percurso do AME dentro da instituição e junto a ela. A Implicação fala dos atravessamentos presentes na Universidade, nos próprios profissionais, na demanda implícita e explícita, nas relações com os usuários, nas negociações inter e intrainstitucional; ela *“...denuncia que aquilo que a instituição deflagra em nós é sempre efeito de uma produção coletiva, de valores, interesses, expectativas, desejos, crenças que estão imbricados nessa relação”*¹¹ (p.47). Foi deflagrado pela demanda presente a necessidade da criação do ambulatório e a atenção à saúde mental do universitário, partindo desse Território multifacetado, polissêmico e refletindo no desenvolvimento dos próprios serviços e de suas ações.

Através desta perspectiva, o Ambulatório Multiprofissional Estudantil da UFU se desenvolverá não apenas enquanto uma oferta de serviços a pedido da instituição, mas sobretudo como um serviço modulado e delineado com a mesma, considerando a demanda presente nos vários fatores envolvidos nessa construção, em constante processo de trocas com o Território e seus atores, tendo em vista as dificuldades e as potencialidades presentes. Pois:

Na noção de implicação assume-se que o conhecimento produzido no âmbito da análise institucional é da ordem da intersubjetividade, o que significa reconhecer que a produção de conhecimento implica um processo de “negociação” entre as múltiplas referências que compõem o conjunto das representações de cada indivíduo envolvido no processo, ou seja, o conhecimento se produz a partir da heterogeneidade dos sentidos que está implícita nas relações que se estabelecem no campo da pesquisa¹². (pg.495).

Reconhecendo as limitações do campo e dos recursos que se colocam de antemão, busca-se então, brechas pelas quais o trabalho poderia se realizar. Tratou-se de procurar aquelas que tornassem possível o trabalho para além dos enquadres disponíveis à primeira vista, além dos modelos de atenção e dos espaços físicos à mão até aquele momento. Foi nos atendimentos aos estudantes que emergiram demandas e problemas extrapolando os recursos presentes e exigindo criatividade e inventividade para pensar a partir das condições presentes como cuidar desse público em suas especificidades.

Precisa-se então tocar o conceito mais importante que semeará as discussões sobre o ambulatório, transposto diretamente da Saúde Mental, servindo de pano de fundo para todas as propostas, ações e debates da implementação à construção das modalidades de atendimento do AME; o Território. Entende-se a Universidade como central nas vivências e experiências que

aproximam sujeitos tão singulares; um marcador comum, um espaço de encontro, um Território.

O que entra em jogo quando se refere ao Território? Para Furtado, Oda e Borysow ¹³ o conceito, desde sua apropriação da Geografia Crítica pela Reforma Psiquiátrica, permeou as publicações científicas e documentos oficiais em Saúde Mental sem, no entanto, ter uma definição universalmente adotada. Neste trabalho, encontram-se quatro acepções predominantes de Território: a de cobertura e de ação dos serviços substitutivos extra-hospitalares; a do conjunto de recursos terapêuticos disponibilizados e que não compõem diretamente a rede de saúde; a de Território existencial de cada sujeito e dos sentidos construídos nas diversas esferas por cada um; e a de espaço de interface entre o político e cultural, calcado no processo histórico, realizado através da base material e da ação humana. Já os documentos oficiais tendem a priorizar o Território como unidade administrativa e de cobertura dos serviços, sendo este a concepção que mais se afasta do conceito original da Geografia Crítica, considerando-o nas “(...) *relações de poder espacialmente delimitadas e operando, destarte, sobre um substrato referencial*”¹³ (pg.2).

As acepções acima apresentadas são aqui tomadas como componentes do Território e os diversos aspectos que abarcam o mesmo conceito: o sujeito, os recursos disponíveis e a administração. A Universidade se faz de entidades de assistência estudantil, bolsas, recursos de lazer, negociações por espaço e salas de atendimento, a relação com o hospital, o deslocamento dos alunos entre os campi, o calendário acadêmico, os sofrimentos acarretados pelas relações na academia e na vida familiar, a convivência com profissionais de diversas áreas, as dinâmicas relacionais entre professores e alunos, a falta de recurso de estudantes para adquirir materiais, entre muitos outros cenários que atravessam e constituem esse Território que o AME pretende integrar. Assim, não cabe hierarquizar esses diferentes enfoques, mas compreender como eles se afetam mutuamente e também, nos afetam no estabelecimento do trabalho. Dito isso, leva-se em conta a Universidade como Território, delimitação espacial e palco de relações de poderes e afetos; portanto

(...) devemos levar em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, ou seja, o trabalho e a política. Portanto, o território é um recorte ou fração do espaço qualificado pelo sujeito, um território usado, pois é o espaço vivido pelo homem¹⁴. (p.422)

Junto a essa dimensão territorial da Universidade, o espaço cedido dentro do HC para implementação do AME ocasionou dificuldade de acesso dos estudantes ao serviço, e embora não fosse o ideal, foi o possível para o início do trabalho. Em contrapartida permitiu que os atendidos pudessem ser, caso necessário, acompanhados por psiquiatras voluntários da UISM que cederam vagas para atendimento dos alunos recebidos pelo AME e pela DISAU. A DISAU realizava atendimentos agendados, orientação aos estudantes e encaminhamentos ao AME, sendo esse o fluxo inicial dos atendimentos do ambulatório. Nessa etapa, de setembro de 2018 a fevereiro de 2019, já ficava patente a baixa adesão dos discentes aos atendimentos do ambulatório; encaminhamentos que não chegavam, faltas e abandonos. Esse período inicial foi marcado pelos encontros e desencontros com os parceiros, NAENF, UISM e DISAU na busca por um fluxo que propiciasse a consolidação do AME. Diante desse quadro, passou-se então a receber, além dos encaminhamentos já acordados, demanda espontânea daqueles estudantes que procurassem o serviço *in loco*.

Com relação ao espaço físico, partiu-se de cômodos cedidos pelos parceiros com vias a encontrar um espaço adequado e acessível; primeiro com o NAENF e depois com a UISM. Necessitou-se negociar junto a outros ambulatórios já em funcionamento e com a residência médica. Lidou-se diretamente com a oferta de serviços de saúde e a área de abrangência, buscando ocupar um espaço no qual o AME pudesse existir e firmar um trabalho para os universitários. Nesse percurso, houve a necessidade de encontrar espaços adequados para desenvolver outras modalidades de atendimentos, não só individuais, mas também coletivos; foram viabilizadas duas parcerias para os trabalhos com grupos. Uma com o Centro de Psicologia do Instituto de Psicologia, através de um horário na sala de grupos, garantindo um espaço físico mais adequado. E outra com o projeto Por uma Clínica-Poética que oferecia acolhimento e atendimento grupal para a comunidade acadêmica, através de estratégias das artes do corpo como modo de manejo em situações de crise, onde tanto poder-se-ia encaminhar pacientes para uma atividade complementar, quanto servir de referência com relação às estratégias e procedimentos de trabalho com grupos. No espaço do hospital passou-se a realizar acolhimentos multiprofissionais, acolher, escutar e criar um Projeto Terapêutico Singular, para cada paciente, que atendesse às demandas levantadas. O enfoque principal foi o trabalho com grupos, não dispensando a atenção individual quando necessária ou ações que envolvessem outros departamentos da Universidade e do hospital. Começamos a caminhar por outros lugares, outros Territórios agora relacionados diretamente aos estudantes e suas vivências consigo e com a instituição.

Os primeiros casos geraram a necessidade de um fluxo interno que exigia expansão do serviço a dimensões intra e interinstitucionais, como o contato com as coordenações de curso e a comunicação com a Secretaria Municipal de Saúde, solicitando caminhos que ultrapassassem o AME em direção à assistência estudantil, aos Institutos e Faculdade em suas instâncias deliberativas e a outras redes além da Universidade, considerando os fluxos externos para o estabelecimento de redes de cuidado o qual o ambulatório fosse um ponto de passagem e não uma parada. O percurso do AME é marcado pelo movimento através de brechas e potências construídas e intensificadas no Território, procurando em diferentes metodologias e técnicas de cuidado afirmar o trabalho multiprofissional, considerando marcadores e fluxos do próprio programa de Residência.

O AME passa a realizar então atendimentos iniciais multiprofissionais, grupos terapêuticos, atendimentos individuais breves, direcionamento para consultas psiquiátricas, atendimentos externos, supervisão e articulação com outros setores da Universidade e da Rede Municipal de Saúde. Os discentes ao serem recebidos no ambulatório são agendados para atendimento em um horário disponível no dia e horário de funcionamento do serviço. Todos são inicialmente acolhidos em atendimentos individuais até que sejam colhidas informações suficientes para o desenvolvimento de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), que pode incluir tanto encaminhamentos a outros serviços quanto acompanhamento e ações da própria equipe. O PTS¹⁵ é um instrumento muito utilizado na saúde mental, sendo uma proposta de condutas terapêuticas confeccionadas para um sujeito ou um coletivo com enfoque central na singularidade de cada caso. A doença e a medicação ficam em segundo plano e se olha as particularidades daquele caso e suas condições para planejar, junto ao usuário e a discussão multiprofissional, quais ações e intervenções mais pertinentes à saúde integral do caso. São os serviços oferecidos:

1. **Os atendimentos iniciais multiprofissionais** consistem de 2 a 3 encontros, cada um conduzido por um profissional de uma especialidade diferente no intuito de proporcionar diferentes escutas sobre as queixas. Ao início do primeiro atendimento o discente é informado sobre o funcionamento do serviço e que os assuntos tratados naquele encontro seriam relatados ao próximo profissional responsável pelo atendimento visando evitar desgastes e repetições excessivas de sua história. O profissional seguinte retoma com o estudante a conversa anterior para que ele a confirme, acrescente ou

retifique informações e conteúdos trazidos, dando continuidade ao trabalho iniciado. Geralmente ao fim desses atendimentos o estudante havia sido escutado por um psicólogo, um enfermeiro e um assistente social, proporcionando diferentes pontos de vista sobre seu caso.

2. **A discussão de casos** é o momento de apresentação, debate e supervisão dos casos e questões administrativas. Ao longo dos primeiros atendimentos os casos são discutidos por toda a equipe, visando direcionar o manejo, avaliar recursos internos e externos do discente, da instituição e da rede que melhor atenda sua demanda. Aqui é formulado um Projeto Terapêutico Singular que utilize essas informações para a melhor condução do caso.
3. O principal encaminhamento e modalidade do AME torna-se os **grupos terapêuticos**, conduzidos por dois profissionais de especialidades diferentes. Esses grupos têm como objetivo responder às demandas não emergenciais através do coletivo e do trabalho entre pares, sendo capaz de atender a maior parte das demandas dos estudantes. A partir de técnicas de grupo, acolhimento do sofrimento dos participantes, diálogo e construção conjunta dos mesmos, torna-se possível oferecer atenção às angústias, ansiedades, medos, além de suscitar questões e então desenvolver habilidades e novos modos de se relacionar consigo e com o entorno. Os grupos são formados a partir das demandas identificadas nos atendimentos iniciais, partindo de perfis e problemáticas semelhantes entre os participantes. A necessidades terapêuticas dos estudantes levou à formação de dois grupos em 2019, um grupo só de mulheres e outro misto em relação ao gênero e às demandas.
4. Muitos estudantes vinham à procura de **consultas psiquiátricas**, encaminhados pela DISAU para o atendimento médico ou para atendimento inicial no AME. De qualquer forma o atendimento inicial era realizado para compreender a história do estudante, entendendo que a consulta psiquiátrica não deve ser a primeira ou única opção para enfrentamento do sofrimento psíquico. A necessidade da consulta psiquiátrica é avaliada e debatida em equipe e com o próprio estudante, no sentido de estabelecer estratégias de psicoeducação e fomentar a autonomia do próprio universitário nas decisões

tomadas. Quando avaliada a necessidade, a consulta era agendada para o estudante conforme a disponibilidade de vagas dos psiquiatras do Ambulatório de Psiquiatria.

5. Os **atendimentos individuais breves** são indicados a pacientes com baixa adesão a grupos, questões emergenciais que ainda não desembocaram em crise e para acompanhamento e suporte em questões focais. Não estão a cargo somente dos psicólogos e podem ser realizados por qualquer profissional da residência desde que embasados na supervisão em equipe. O objetivo é dar suporte emocional e escuta enquanto o estudante passa por momentos de sobrecarga e enfrentamento de questões difíceis até a resolução das mesmas. Mesmo os atendimentos individuais tinham como indicação o cuidado com o estudante por um período curto visando o encaminhamento do mesmo aos grupos.
6. Os **atendimentos externos** são pensados com base na prática do Acompanhamento Terapêutico e prezam pelo uso do espaço comum da Universidade. Eles ocorrem em lanchonetes, salas de aula, espaços abertos dos campi, etc. Trata-se de habitar de outra forma esses espaços e estar com o estudante no seu próprio dia a dia, oferecendo escuta e buscando entender esse *setting* aberto como Território de construção de si no mundo. Esses atendimentos flexibilizam o serviço e nos aproxima do espaço físico e de circulação da instituição.
6. **Na articulação com outros setores da Universidade** a equipe aciona recursos intersetoriais de acordo com a necessidade do caso; consultas médicas em outras especialidades, mediação com a coordenação dos cursos, orientação em relação a bolsas e aos programas assistenciais, entre outros. Tenta-se assim orientar e mediar a relação do estudante com a Universidade.
7. E por fim os **encaminhamentos externos** tem por finalidade orientar e encaminhar os estudantes para serviços da rede pública de saúde ou outros que melhor atendam sua demanda, não coberta pelo AME e/ou pela Universidade.

O projeto inicial do AME contemplava além do atendimento direto aos estudantes, iniciativas de promoção e prevenção em saúde mental; contudo nos deparamos com limites estruturais e de recursos da instituição. São essas limitações o espaço físico, a mão de obra dos residentes, a carga horária destinada ao serviço semanalmente e as diretrizes do programa de educação permanente em saúde exigida pela Coordenação da Residência Multiprofissional (COREMU) no qual esse serviço se inseriu e de onde se deveria partir para pensar como formular e executar o trabalho. Inicialmente, o serviço tendia ao atendimento e acompanhamento em saúde nos moldes individualizados. Nesse caminho, o AME ficava apartado dos estudantes e de seus cotidianos, enfocando apenas na resolução das demandas clínicas e arriscando cair em uma prática reducionista que não considerasse as condições específicas desse público, risco de fixar-se em um ponto de vista individualizante, tendo os recursos internos dos estudantes como única resposta para os enfrentamentos a vida acadêmica.

Contudo, enxergou-se no Território em que se construía o AME desdobramentos possíveis que possibilitaram escapar de modalidades de atendimentos enrijecidas. Essa flexibilidade adotada permitiu o deslocamento do serviço do ambulatório pela Universidade, do espaço físico propriamente dito às instâncias administrativas e como elas perpassavam as experiências afetivas singulares de cada estudante. Do espaço físico e das parcerias com as organizações existentes na Universidade, como o NAENF e a DISAU, passando pelo delineamento do fluxo interno do ambulatório, foi necessário pensar junto a **perspectiva de clínica ampliada**. Surgem a partir de negociações com outras organizações institucionais os primeiros grupos terapêuticos e os atendimentos externos que ampliam o tempo do trabalho para além dos horários e dias cedidos no espaço físico do HC e permitem aos residentes ir até o estudante, até onde ele se encontra na Universidade. Tenta-se assim responder aos limites pré-estabelecidos que poderiam podar as potencialidades do trabalho.

Não adotamos diretamente o Acompanhamento Terapêutico (AT) como modalidade de atendimento, mas o usamos como inspiração. Fábio Araújo em seu livro de 2007¹⁶ aponta o AT como função da clínica de intervenção direta no espaço, geograficamente interposta para os sujeitos em seus Territórios. A nomenclatura de “ambulatório” pode causar confusão por não comportar tão incisivamente o trabalho para fora do espaço físico do serviço, e no entanto, almejava-se extravasar as paredes do hospital e ocupar locais diversos junto aos atendidos, pois ocupar esses Territórios pode criar condições para que potenciais autônomos das forças intersubjetivas em relação criassem o Território e quem o ocupa, numa relação intrinsecamente

de mão dupla. Partimos da lógica de uma clínica presente nas ruas, abrindo rotas para além de atendimentos individuais em salas do hospital, permitindo aos profissionais transpor a escuta e o trabalho para salas de aulas, locais de convivência, organização de eventos institucionais, instâncias deliberativas e administrativas, dando mobilidade ao serviço antes impedido por outras circunstâncias como a falta de espaço adequado e de profissionais que pudessem ser preceptores das áreas complementares do ambulatório. Essa função operante na clínica é uma forma de acolhimento do sujeito e coloca o terapeuta à busca do usuário, expandindo o seu campo de atuação e as potencialidades da clínica para céu aberto.

Para Araújo ainda, a

(...) experiência de circulação de um lugar ao outro é então o que há de mais fundamental no acompanhamento terapêutico. Porém essa experiência de circulação não pode ser confundida com a permanência em circuito fechado. A circulação da qual falamos é então uma experiência de desvio, de produção e de criação que engendra o próprio circuito através do ato de circular. Assim pode-se dizer que o acompanhamento terapêutico crê em um circuito aberto e na criação dessa própria abertura que tenderá sempre para tal abertura como experiência de deriva¹⁶. (pg.46)

Desloca-se assim o centro do hospital, faz o terapeuta circular pelo Território de acordo com as vivências junto aos estudantes e em meio às negociações com diferentes entidades institucionais, transformando-o em um trabalho itinerante. Os grupos e os atendimentos ocorrem no ambulatório e no Centro de Psicologia, e também aproveitam centros de convivência, salas de aula, locais arborizados e outros que mantenham a privacidade e o sigilo requeridos e ainda assim mobilizem outros lugares, outras escutas, outros afetos e outros olhares do estudante para a Universidade e da própria Universidade para eles.

A mesma lógica de uma clínica ampliada é aplicada para pensar a relação do serviço com a instituição. Apresenta-se a seguir algumas ações que aconteceram e que engendraram o serviço do AME à itinerância que as demandas solicitaram. Surge a necessidade de garantir o acesso dos estudantes ao atendimento do AME, precisou-se então contatar coordenadores de curso e professores para a dispensa de algumas aulas que coincidiam com o funcionamento do ambulatório quando avaliada a importância do acompanhamento. Outro evento ocorreu em função da demanda de atendimento a graduandos do curso de Psicologia, visto que os mesmos não poderiam ser atendidos no serviço do Instituto de Psicologia por questões institucionais, o que gerou a proposta de acionar outras parcerias que disponibilizassem espaços alternativos para formação de grupos onde os alunos da Psicologia pudessem ser atendidos. Tal abertura do

ambulatório também possibilitou que em atendimento a um universitário, o assistente social do AME, ao invés de apenas encaminhar, fosse diretamente com o estudante em busca de bolsas de assistência na Pró-Reitoria da Universidade, acompanhando-o como forma de traçar rotas que antes poderiam não parecer tão simples e acessíveis a ele. Esses são alguns exemplos de como a mobilidade se faz presente no serviço, é mergulhando nesse jogo de demandas institucionais e dos próprios estudantes que se pode pensar e propor ações da perspectiva de uma clínica ampliada. Vale ressaltar também que enfocamos outros dispositivos criados a fim de atender o estudante, mas não negamos nem diminuimos a importância do espaço de escuta e acolhimento individual. É a partir desses espaços iniciais que foi possível pensar, quando necessário, outras alternativas, sendo o fluxo das demandas e os próprios estudantes que forçaram o serviço a se transformar. As modalidades de atendimento foram modeladas a partir dessas demandas colocadas aos profissionais diretamente implicados no cuidado aos universitários e com a instituição.

Pode-se falar, portanto, em Território-rede pois essa Universidade, o hospital e seus alunos são e geram o Território que ocupam, e tanto o universitário quanto a instituição estão ligados a outras redes; familiares, governamentais, jurídicas, etc. Um emaranhado de semelhanças e descontinuidades sem os quais é impossível falar em saúde mental, entendendo que

(...) a complexidade do território-rede remete à superação da concepção clássica de território, observando-se a superposição de vários deles, com formas variadas e limites não coincidentes. Neles, pode haver diversas territorialidades que se complementam ou se contradizem, dando um caráter de diferentes relações de poder e movimento¹⁴. (pg.423).

Cabe à equipe multiprofissional deslocar-se pelos Territórios adjacentes conforme a necessidade, evitando ao mesmo tempo se ver presa a um circuito fechado, sem saídas, e procurando proporcionar o cuidado principalmente nas suas descontinuidades. Para além das semelhanças entre Territórios, é nas condições limitantes e precárias que o trabalho pode encontrar sua força. Daí a importância da articulação do AME com entidades da Universidade e serviços da Rede Municipal de Saúde, pois entre a atenção à saúde na Universidade e a atenção em outros serviços, pode-se abrir uma fenda na qual o cuidado seja perdido.

AME e a clínica ampliada: um estudo de caso em território-rede

Apresenta-se o percurso de um aluno atendido pelo AME ao longo do ano de 2019 e que movimentou o serviço conforme exigia dele outras formas de atenção não usuais do atendimento restrito ao espaço exclusivo do hospital. Vale ressaltar que o enfoque adotado para esse estudo de caso é como as demandas de um usuário do serviço mobilizaram as modalidades de atendimento e não um estudo de caso em que o foco seja exclusivamente o paciente na relação terapêutica. Esse caso levou a pensar quais dispositivos e redes se podia lançar mão dentro e fora do ambulatório e da Universidade, levantando as questões de fluxo e organização do próprio serviço e como propor o cuidado integral à saúde do público universitário.

Por questões éticas o usuário será identificado com o nome Grookey, resguardando sua identidade. Ele é encaminhado pela DISAU ao ambulatório no mês de abril de 2019 para acompanhamento pelo AME e consulta psiquiátrica. Estudante de Artes Visuais com 18 anos, recém-ingresso na graduação, apresentou-se com o humor deprimido, retraído, sem ter o que dizer. Após os primeiros atendimentos é decidido em equipe a indicação para acompanhamento individual em um primeiro instante, por ele não se disponibilizar a participar dos grupos e pela gravidade apresentada do caso, sendo avaliado a pertinência de um acompanhamento mais específico. Grookey foi atendido inicialmente por um psicólogo, um assistente social e um enfermeiro, e por disponibilidade da equipe foi destacado um psicólogo para acompanhamento direto, amparado pela discussão do caso com a equipe multiprofissional e podendo solicitar outro profissional quando necessário.

O estudante foi atendido semanalmente em atendimento externo como primeira aproximação, sendo realizado em seu próprio campus a fim de facilitar o acesso ao atendimento e uma aproximação maior com a realidade cotidiana de Grookey. Trabalhamos com algumas hipóteses diagnósticas construídas em equipe na supervisão do caso, considerando a avaliação do médico psiquiatra, inicialmente de depressão, que passaria gradualmente para o Transtorno de personalidade Borderline. Essa hipótese foi importante para decisões em relação ao manejo do caso, a partir da hipótese diagnóstica inicial de depressão adotamos um projeto terapêutico que objetivava ampliar os ambientes de convivência do estudante, adotando atividades que mobilizassem estratégias artísticas como o desenho e a fotografia. Esse manejo proporcionava um compromisso com a produção de vida como modo de mobilizar o estudante, levando a mudar as formas de pensar o manejo e as condutas elegidas como se verá ao longo do caso.

Ele sempre compareceu aos atendimentos embora não falasse muito, limitando-se a dizer quando indagado o quanto estava mal, contar o dia-a-dia na faculdade e suas dificuldades

de relacionamento com o outro. Conta um pouco sobre a vida antes da graduação, quando trabalhava como jovem aprendiz e sofreu *bullying* nas etapas anteriores de ensino. A conversa é pausada, cheia de silêncios, surgem alguns assuntos que tentam ampliar a conversar conhecer os gostos e interesses do estudante, surgindo daí o nome Grookey, emprestado de um personagem de jogo eletrônico que suscitou longos diálogos com o terapeuta. Ao decorrer desses atendimentos resolveu junto à discussão em equipe do seu caso, iniciar a medicação psiquiátrica. Após algum tempo é indicado que participe também de um grupo, comparecendo apenas uma vez e se negando a retornar.

Com o tempo os atendimentos passam a ficar difíceis, Grookey repete estar mal e que a medicação não surte efeito, prendendo-se a esses tópicos e se recusando a falar sobre qualquer outro assunto, chegando a se irritar e questionar a capacidade do trabalho em auxiliá-lo. Torna-se hostil quando as colocações feitas a ele fogem à sua fala corriqueira, ou o questionam e tentam qualificar sua experiência resumida apenas em “estar mal”. As ideias suicidas e o planejamento passam a ser constantes, diz não haver saída para si além da morte e solicita que se valide essa visão. As suas relações consigo se encontram muito prejudicadas e encobrem sua dificuldade de relação com a família, com seu curso, e com o mundo de maneira geral. Compreende-se, principalmente o risco que Grookey oferece a si mesmo e a importância da participação da família no tratamento, ele, no entanto nega qualquer tipo de contato e aproximação com sua rede de cuidado e apoio.

Ao longo das semanas, mesmo antes do atendimento agendado, solicita ajuda e se queixa constantemente com o profissional por comunicação virtual, mantendo a postura pessimista e agressiva presente nos atendimentos, fala da inefetividade da medicação e do próprio tratamento oferecido pelo AME. Em uma dessas conversas começa a relatar uso abusivo de medicação, ele é orientado sobre o uso e é solicitado contato com os familiares. Nesse momento, ele se recusa e segue informando em tempo real a ingestão de medicação, colocando-se em situação de alto risco. Decide-se, em contato com a coordenadora do AME, fazer uma intervenção emergencial diretamente em sua casa. De posse dos dados pessoais do estudante arquivados no HC em prontuário, o terapeuta se desloca até sua casa e pede para falar diretamente com ele, podendo então conhecer e conversar com seus pais. Após alguma negociação ele é levado pela mãe e acompanhado pelo terapeuta para avaliação psiquiátrica emergencial na unidade pública de saúde mais próxima. É o primeiro contato em outro lugar, fora dos limites da Universidade, para o terapeuta e o estudante, articulando com a família e a

unidade de saúde de referência para ele, para que se inicie a construção de um Território-rede de forma conjunta e se negocie assim seu cuidado. Antes, as redes de circulação se encontravam desconectadas; o tratamento, a Universidade, a família e eram Territórios independentes e sem comunicação. Formava um aprisionamento a princípio sem saída que se apresentava também na sua fala, de mal estar contínuo e intangível para o tratamento e até para a medicação.

O vínculo entre terapeuta e estudante se tornava ainda mais difícil após esse episódio, o profissional é atacado diretamente pela medida de ir até sua casa e o trabalho do terapeuta é desvalorizado. No entanto, Grookey mesmo que em sua fala se demonstrasse avesso ao tratamento, buscava do terapeuta constantemente um suporte através de meios de comunicação virtual. É indicado, para seu Projeto Terapêutico singular então a inclusão, além do atendimento pelo AME, o acompanhamento pelo CAPS de referência, entendendo-se que apenas o atendimento no ambulatório não estava sendo suficiente, demandando a ampliação da atenção em saúde para este caso. O acompanhamento de Grookey até o CAPS foi feito pelo terapeuta do AME e a partir disso foram propostos novos termos e acordos e que se poderia encerrar o atendimento com o primeiro terapeuta e retomar com outro profissional de referência do AME. Ele pede para continuar o atendimento com o mesmo terapeuta, mas não adere ao atendimento complementar do CAPS, não enxergando naquele o seu lugar, pois não se enxergava enquanto um caso grave como outros pacientes do local, não havendo também ali algo que o interessasse. Ele passa a permitir que seja realizado contato com os pais principalmente para orientá-los quanto à sua condição. Além disso, havia uma forte questão relativa à autoimagem apresentada como queixa focal pelo estudante, questão que permeou o acompanhamento terapêutico realizado pelo AME e o acompanhamento psiquiátrico, levando o médico psiquiatra a conseguir encaminhamentos para uma cirurgia estética e outra odontológica no próprio HC. Ampliando a rede de suporte devido aos riscos aos quais estava exposto e se expunha o usuário e fornecendo suporte emergencial sempre que preciso, conseguiu-se algumas entradas junto à família, embora Grookey respondesse apenas a ações concretas das intervenções propostas como orientar os pais e as cirurgias.

Grookey mantém a recusa em falar sobre si para além de um presente mortificante e cruel, pede soluções concretas e imediatas, mágicas, o vínculo parece ser permanentemente ameaçado, muito frágil. Nesse ponto, começa a colocar sua situação financeira como ponto central e passa a procurar um trabalho que o permita continuar sua graduação. A busca pelo emprego se torna desencadeador de angústias e a espera por um retorno das entrevistas se torna

torturante, capaz de ditar seu valor e seu futuro. Outro profissional passa a fazer o acompanhamento periódico do caso como forma de mediar o vínculo instável do estudante com o ambulatório. Nos atendimentos externos continua reticente e hostil a qualquer colocação que destoe de sua visão de mundo. Por meios virtuais solicita diariamente o suporte do profissional de referência, trazendo suas questões e dificuldades em horários da noite e do fim de semana. A demanda se torna constante embora recuse tocar pontos dolorosos de suas relações com o mundo, defendendo-se de enfrentá-las ao cortar as aproximações que não sejam pela via do concreto.

Nesse momento retomamos os atendimentos para o espaço do AME como forma de delinear melhor o trabalho a um espaço terapêutico delimitado frente ao uso inflado que Grookey fazia do mesmo, limitando também o suporte por vias virtuais ressaltando a importância da espera no tratamento, incluindo o limite de suporte oferecido pelo AME ao horário agendado para seu atendimento. Ele se mostra insatisfeito e contrariado com a colocação, reiterando os ataques ao trabalho e aos profissionais, mas mantém os atendimentos com os mesmos profissionais. O foco torna-se a procura pelo emprego e a espera necessária para que as coisas possam ganhar consistência, propõe-se desenvolver habilidades necessárias a esse fim. Grookey continua em acompanhamento pelos serviços do AME até a presente data.

O caso de Grookey movimenta-se pelo ambulatório e passa por todas as modalidades de atendimento oferecidas. Conforme as questões foram colocadas, pensando em equipe e nos atendimentos com ele, avaliou-se quais dispositivos seriam mais adequados a cada momento do seu acompanhamento. Inicialmente ele demanda uma atenção individual, e tentamos gradualmente incluí-lo em atividades coletivas, sem sucesso. Essa iniciativa explicita sua relação com o outro e o mundo propiciando avançar na análise e no manejo. O desenrolar do caso passa a pedir cada vez mais presença por parte do terapeuta, embora o mesmo mantenha sempre uma postura ambivalente de procura e aversão ao tratamento. Isso exige que se busque outros pontos de atenção para Grookey visto as limitações *a priori* disponíveis no ambulatório, trabalha-se junto ao médico psiquiatra articulando encaminhamentos aos CAPS, a outras necessidades de saúde e principalmente de maior participação familiar.

O ponto principal nesse caso foi, até então, a busca por uma atenção em saúde que melhor atendesse às suas demandas através da experimentação de diferentes dispositivos que foram pensados ao longo do atendimento e desenvolvimento do serviço. Assim esperou-se dentro das limitações presentes adequar as modalidades de atendimentos oferecidas pelo AME

ao estudante e não esperar que ele se satisfizesse com os serviços já existentes em seus formatos pré-estabelecidos, o que caso fosse forçosamente mantido em seu formato inicial provavelmente teria gerado a desistência de Grookey ainda no início do acompanhamento. Mesmo com as dificuldades e resistências pode-se notar mudanças sutis nas suas falas e nas questões colocadas por ele, alterando o foco do trabalho e permitindo uma visão e ação mais ampla junto a ele e sua rede de apoio familiar e institucional. Da mesma maneira que o caso pode se expandir em ações junto a outras instituições e à família, pode também demandar até os modelos mais tradicionais de atenção, não excluindo a pertinência do mesmo. Ao longo desses percursos pode-se modular para o serviço do AME e para ele quais os dispositivos e momentos de abertura e fechamento de redes, inclusive afetivas, que melhor propiciaram uma aproximação gradativa de seu sofrimento e as condições para enfrentamento delas. Na mesma medida põe o serviço frente a seus limites e potencialidades, o incitando a criar pontes onde termina o serviço em direção à rede de saúde municipal, outros tratamentos de saúde e a família.

Itinerâncias até aqui

As modalidades de atendimento do AME foram construídas na Universidade compreendida enquanto Território, um espaço referencial no qual se desenrolam relações de poderes, de negociações e de cuidado. O Território não se limita a um espaço geográfico, é habitado por serviços e instituições, suas políticas e sujeitos que fazem dali palco de experiências, angústias e afetos. Desconsiderar essa composição do Território implica incorrer no risco de simplificar a atenção ao universitário, moldando a demanda à oferta de serviços já existentes e formatados. Ao longo de pouco mais de um ano construiu-se junto aos universitários e entidades da Universidade as modalidades de atendimento que mais atenderam ao cenário local, frente às condições existentes e potenciais.

Isso se tornou possível pois o AME foi implementado junto a instituição e aos alunos atendidos de forma que buscou ser mais horizontalizada e aberta a pensar quais dispositivos seriam mais funcionais e cabíveis ao seu contexto e ao fôlego que a equipe do AME dispunha ao serviço. A equipe multiprofissional teve papel importantíssimo aqui pois a perspectiva de diferentes especialidades e olhares contribuiu tanto para a escuta ao público universitário quanto para a delimitação das propostas que atendessem às demandas implícitas e explícitas, ampliando a diversidade teórica, técnica e humana essenciais ao trabalho. Vale destacar os

grupos terapêuticos, os atendimentos externos e a articulação com setores internos e externos à Universidade como os principais frutos desse processo de implementação do ambulatório que no ano de 2019 realizou 277 atendimentos de 88 estudantes, a partir de 482 agendamentos, conforme estatística de recurso do serviço após a regularização junto ao HC.

No início de 2020 outras articulações estão sendo realizadas junto ao HC com vistas à disponibilização de técnicos contratados com carga horária própria ao ambulatório, pretende-se fortalecer e firmar ainda mais a presença do ambulatório e a importância dessa iniciativa trazendo novas condições e provavelmente levando a repensar as formas de trabalho e os dispositivos de atendimento. Ao mesmo tempo, reuniões de representantes da UFU com a Secretaria de Saúde do Município procuram atualmente articular os serviços da RAPS com a Universidade na intenção de produzir um fluxo externo e mais integrado ao SUS.

No momento da confecção deste artigo o mundo enfrenta uma pandemia global com efeitos jamais vistos nas últimas décadas, impactando na saúde, economia e na política, colocando em xeque e desafiando os modelos de atenção em saúde, levando a pensar novas formas de agir, intervir e promover o cuidado. Com a adoção de medidas de isolamento social na cidade e na Universidade o AME se torna SOS AME e passa a oferecer atendimento online à comunidade acadêmica e externa à UFU enquanto durar a pandemia. O ambulatório passa a integrar o programa “Proteger-se-UFU” que reúne diferentes órgãos, projetos, professores, técnicos e voluntários preocupados com a saúde mental nesse período turbulento.

As mudanças iniciadas com a implementação do AME não param e não tem um ponto de chegada, como mostram estas últimas ações e articulações realizadas, enfatizando o movimento e a abertura como pontos essenciais da construção do ambulatório. Portanto, afirma-se mais uma vez a importância de considerar a atenção em saúde mental na Universidade como imbricada diretamente com um Território múltiplo e diverso da instituição e seus estudantes, partindo das vivências destes e dos profissionais como vias a proposição e a criação de um serviço que busque abarcar a complexidade presente nas demandas apresentadas e a criação de articulações internas e externas ao ambiente acadêmico num processo contínuo de trocas e construção de redes.

Referências

1. Figueiredo RM, Oliveira MAP. Necessidades de estudantes universitários para implementação de um serviço de orientação e educação em saúde mental. *Rev. Latino-am. Enfermagem* 1995; 3(1): 5-18.
2. Malajovich N, Vilanova A, Frederico C, Cavalcanti MT, Velasco LB. A juventude universitária na contemporaneidade: a construção de um serviço de saúde mental para estudantes. *Mental* 2017; 11(21): 356-377.
3. Assis AD, Oliveira ACB. Vida universitária e saúde mental: atendimento às demandas de saúde e saúde mental de estudantes de uma universidade brasileira. *Cad. Brasileiros de Saúde Mental* 2019; 2(4-5): 159-177.
4. Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis. Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das universidades federais brasileiras. Brasília: Andifes; 2011.
5. Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis. IV Pesquisa do perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de ensino superior brasileiras. Uberlândia: Andifes; 2014.
6. Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis. V Pesquisa do perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de ensino superior brasileiras. Uberlândia: Andifes; 2019.
7. Gonçalves LH. O sistema de saúde na assistência estudantil da UFV: a percepção dos estudantes de graduação beneficiados pelo PNAES. *Rev. Inter. Educ. Sup.* 2020; 6; 1-26.
8. Oliveira AB, Silva SMC. A Psicologia na promoção da saúde do estudante universitário. *Rev. Psi. Divers. Saúde.* 2018; 7(3); 363-374.
9. Cerchiari EAN, Caetano D, Faccenda O. Prevalência de transtornos mentais melhores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia.* 2005; 10(3); 413-20.
10. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília; Secretaria de Atenção à saúde Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS; 2009.
11. Romagnoli RC. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia & Sociedade.* 2014; 26(1); 44-52.
12. Martins JB. Análise Institucional e o processo de construção do conhecimento: a questão da implicação. *Psicologia em Revista.* 2017; 23(1); 488-99.
13. Furtado JP, Oda WY, Borysow IC, Kapp S. A concepção de território na saúde mental. *Cad. de Saúde Pública.* 2016; 32(9); 1-15.

14. Silva AB, Pinho LB. Território e Saúde Mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. Rev. Enferm. 2015; ,23(3); 420-4.
15. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Brasília; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2007.
16. Araújo F. Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade. Niterói: Fábio Araújo; 2007.