

# Entre saúde e educação:

## sobre um ambulatório de saúde mental infantojuvenil

Pedro Moacyr Chagas Brandão Junior<sup>(a)</sup>

Fernanda Canavêz<sup>(b)</sup>

Patricio Lemos Ramos<sup>(c)</sup>

### Introdução

O artigo insere-se na lógica que busca o reordenamento das políticas públicas de saúde, que vem se dando nos últimos anos em nosso país, primando pela integração entre o campo da saúde mental e aquele da atenção primária<sup>1</sup>. Essa transformação incide diretamente sobre a atuação das equipes que compõem a rede de assistência em saúde, na medida em que estas são convocadas à tarefa de construção de uma rede de serviços articulada que extrapola o paradigma tradicional da prática clínica. No que tange ao trabalho do psicólogo nesse campo, também as práticas psicoterápicas restritas ao atendimento ambulatorial, nos moldes dos consultórios particulares, precisam ser revistas e ampliadas.

Essa mudança deve ser compreendida à luz da Reforma Psiquiátrica, processo político e social presente em diversos países que objetiva, em última instância, reformar o modelo de assistência em saúde mental<sup>2</sup>. Constituindo-se como política pública no Brasil, tal orientação endereça críticas contundentes ao modelo hospitalocêntrico que embasou historicamente as políticas de assistência em saúde mental em nosso país<sup>3,4</sup>. Expressivas conquistas do movimento da Reforma ocorreram no âmbito legislativo, entre as quais é possível citar a promulgação da Lei Federal 10.216, em 2001<sup>5</sup>.

Esse importante passo na história do processo brasileiro de desinstitucionalização tornou necessário fomentar, organizar e implantar serviços que pudessem operar de acordo com uma nova lógica de funcionamento, visando acolher os egressos de internações psiquiátricas, sobretudo os de longa permanência. Além disso, preconizou a urgência da oferta de serviços em saúde mental afinados à construção de uma rede comunitária de cuidados. Sendo assim, vimos delinear a rede de atenção em saúde mental, da qual fazem parte os Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades (CAPS, CAPSi, CAPSad); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), como indicam Ribeiro<sup>6</sup> e Furtado<sup>7</sup>, respectivamente; assim como os leitos de saúde mental em hospitais gerais e, no quesito da chamada baixa complexidade, os ambulatórios de saúde mental<sup>8</sup>.

Tradicionalmente, os CAPS foram privilegiados entre os serviços substitutivos de saúde mental na reorganização da assistência, em função de possuírem um

<sup>(a)</sup> Uniabeu Centro Universitário. Rua Itaiara, 301, Belford Roxo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 26113-400. pedromoacyr@uol.com.br

<sup>(b)</sup> Departamento de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. fernandacanavez@gmail.com

<sup>(c)</sup> Prefeitura Municipal de Muqui. Muqui, ES, Brasil. patricio.patricioramos@gmail.com

papel preponderante na articulação da rede de serviços e nos encaminhamentos dados aos casos considerados graves, de modo que seus usuários recebem assistência intensiva e de alta complexidade. Segundo Tenório<sup>9</sup>, eles surgem como uma forma de repúdio ao hospital psiquiátrico e, no que diz respeito ao tema do presente artigo, em resposta à insuficiência dos ambulatórios caracterizados por consultas espaçadas e curtas; à repetição burocrática de prescrições medicamentosas; aos procedimentos igualmente burocráticos de admissão e de desligamento do tratamento; e, por fim, à pouca resolutividade e flexibilidade para o acompanhamento de casos mais graves<sup>9</sup>.

Entretanto, apesar de serem os CAPS imprescindíveis para o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira – na medida em que acompanham e assistem aos sujeitos com grave sofrimento psíquico –, eles deixam de atender um grande contingente de sujeitos acometidos por sofrimentos considerados pela política pública de saúde como sendo de baixa complexidade e que necessitam de acompanhamento menos intensivo. Estimativas do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde apontam que 3% da população necessita de cuidados contínuos de saúde mental por sofrer de transtornos mentais graves, severos e persistentes – aos quais seriam reservados os CAPS – e outros 9% precisariam de atendimento eventual, já que seu sofrimento seria menos grave<sup>10</sup>.

Vale ressaltar que, no campo da saúde mental, a medida entre a alta e a baixa complexidade dos casos deve ser relativizada, uma vez que os quadros clínicos não são lineares em sua apresentação nem seguem um prognóstico claramente estabelecido. Verificamos na prática clínica que as equipes deste campo devem lidar com diferentes nuances e situações que não podem ser previamente identificadas. Dessa maneira, propomos que a dualidade alta e baixa complexidade seja abordada pelo viés da necessidade de tratamento de maior ou menor intensividade.

Esta visada prima pela ideia de que os CAPS devem entrar em ação toda vez que determinado caso demandar uma atenção mais intensiva, permanecendo os ambulatórios dedicados àqueles atendimentos onde for necessária uma menor intensividade de tratamento. A título de esclarecimento, chamamos de intensivas as ações que extrapolam o contexto dos atendimentos ambulatoriais, mesmo os ampliados, quais sejam, aquelas que envolvem atendimentos de diferentes profissionais da equipe; e também os realizados no território e na comunidade.

A problemática da divisão entre alta e baixa complexidade ainda guarda mais um impasse. Além de não manter o que denominamos acima de linearidade ou estabilização contínua dos casos, com prognóstico claramente estabelecido, também o próprio público atendido em ambos os serviços (ambulatório e CAPS, em suas diversas modalidades) deve ser relativizado. O CAPS, assumindo seu lugar de ordenador da rede, pode entrar em ação não somente para realizar o atendimento *stricto sensu*, mas também pode oferecer suporte clínico, com o fim de que uma equipe ambulatorial sustente, ela própria, suas ações com determinado paciente. Esse trabalho se aproximaria de nosso tema, a saber, o apoio matricial. Nessa concepção, os casos de saúde mental, todos eles, ganham um caráter de alta complexidade, podendo envolver o atendimento de um único serviço ou de vários outros, de acordo com o quadro apresentado por determinado sujeito. Então, a complexidade a que nos referimos é justificada por demandar uma escuta atenta e uma ação singular para cada caso.

Além disso, ainda que tenham sido realizados muitos avanços no que diz respeito à assistência em saúde mental dispensada à população adulta – a despeito dos obstáculos enfrentados no processo da Reforma Psiquiátrica –, o mesmo não pode ser afirmado no que diz respeito à clientela infantojuvenil. Como aponta Couto<sup>11</sup>, crianças e adolescentes com um padrão de saúde tido como desviante continuam, em grande escala, relegados ao limbo de instituições basilares à margem do sistema formal de saúde mental, sob a justificativa de necessitarem de “proteção” e de “cuidado”.

Em paralelo, quando o quadro não chega ao extremo da institucionalização, podem ainda ser observadas outras medidas consideradas protetivas que acabam por desconsiderar o fato de crianças e adolescentes serem sujeitos singulares que podem (e devem) falar por si, inclusive a respeito de seu sofrimento. Nessa segunda tendência, destaca-se o que se chama de medicalização da vida<sup>12</sup> – como um movimento que reduz análises que conciliariam inúmeros fatores e disciplinas com a lógica médico-patologizante – e, mais especificamente no caso de crianças e de adolescentes, de medicalização da educação<sup>13</sup>. Assim, fenômenos anteriormente tomados como inerentes ao processo ensino-aprendizagem são elencados como índices de patologias que demandam, quase sempre, uma

intervenção medicamentosa, concorrendo para o incremento dos encaminhamentos endereçados à rede de assistência em saúde mental.

Esses dados falam a favor da construção de dispositivos de assistência em saúde mental, no estabelecimento de redes de atendimento, que sigam as diretrizes e a lógica da Reforma Psiquiátrica e do SUS, sobretudo no que diz respeito a crianças e adolescentes. A partir desse referencial, convidamos o leitor à discussão sobre o caso específico do ambulatório de saúde mental infantojuvenil do município de Nova Iguaçu, que se propôs a funcionar conforme a lógica apresentada de 2007 a 2013: usando a estratégia do matriciamento como forma de intervenção com a rede municipal de ensino desse município, uma experiência que pode servir de referência para os demais profissionais que atuam no campo da saúde.

Apresentamos a aposta, neste artigo, no lugar privilegiado dos ambulatórios de saúde mental no processo de integração da saúde mental à chamada atenção primária ou básica por meio da proposta de uma experiência de matriciamento, constituindo o desdobramento de discussões apresentadas previamente<sup>14</sup>. Para isso, detalhamos a seguir o funcionamento do ambulatório em saúde mental infantojuvenil, assim como a metodologia do apoio matricial e, finalmente, o caso específico da tentativa de matriciamento realizada por esse ambulatório junto com os Agentes Pedagógicos de Educação Especial (APEDES) da Secretaria Municipal de Educação do referido município.

### **A assistência em saúde mental de Nova Iguaçu: implantação do ambulatório infantojuvenil**

O município de Nova Iguaçu está localizado na baixada fluminense, região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, com uma população de aproximadamente 800 mil habitantes<sup>15</sup>. Até o ano de 2000, Nova Iguaçu ocupava o segundo lugar no Estado do Rio de Janeiro em internações psiquiátricas de adultos. Segundo o relatório do Fórum Interinstitucional para o Atendimento em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes no Estado do Rio de Janeiro, em 2001, o município também ocupava a mesma colocação no *ranking* de internações de crianças e adolescentes no Hospital Isabela Martins (Antigo Hospital Vicente Resende), unidade do Instituto Municipal Nise da Silveira.

Conforme antecipado, o ambulatório de saúde mental infantojuvenil de Nova Iguaçu foi instaurado em fevereiro de 2007 como produto de uma proposta de descentralização e regionalização dos atendimentos em saúde mental do município. O objetivo era promover maior acessibilidade à rede de saúde mental, evitando as frequentes filas que se formavam na frente do serviço, local em que ocorria a distribuição de senhas, fazendo com que muitos usuários chegassem às cinco horas da manhã para garantir seus atendimentos. Acrescida a essa situação, também a direção dos tratamentos não era claramente definida, resumindo-se, em geral, à repetição da prescrição medicamentosa.

Quando iniciou seus atendimentos, o ambulatório funcionava no centro da cidade, exatamente no mesmo endereço do ambulatório de saúde mental destinado a adultos, da emergência psiquiátrica e do CAPS II municipal. Dentro do projeto de reestruturação da assistência em saúde mental, seguindo, portanto, as lógicas da clínica ampliada e da descentralização<sup>16</sup>, os serviços foram transferidos para outros bairros e unidades básicas de saúde (UBS) de todo o município. O ambulatório infantojuvenil foi, então, instalado em duas UBS distintas, cuja interlocução foi favorecida pela realização de reuniões de equipe e de supervisão clínico-institucional, espaços dos quais participavam as equipes de ambas as unidades.

O serviço em questão foi projetado para oferecer atendimento diário, com uma equipe que objetivava trabalhar pela concepção da transdisciplinaridade<sup>17</sup>, tendo como principal referencial a concepção de clínica ampliada e compartilhada<sup>18</sup>. Esta prevê que os sujeitos devem ser considerados para além da visão organicista oferecida tradicionalmente pelo modelo biomédico. Nessa perspectiva, destacamos a seguir algumas particularidades do ambulatório quanto ao seu funcionamento e à sua estrutura.

A primeira se refere à equipe e à sua hierarquia. Diferentemente da hierarquia encontrada nos hospitais ou ambulatórios tradicionais, nessa proposta, todos os profissionais assumem a mesma posição, de forma que nenhum dos saberes seja sobreposto pelos demais. Em segundo lugar, cabe

mencionar características inerentes ao funcionamento do ambulatório. Como mencionamos, o referencial adotado pelo ambulatório era o da clínica ampliada e compartilhada. A equipe teve, por isso, reuniões semanais e supervisão clínico-institucional que buscavam fomentar as discussões e o processo de construção dos casos acolhidos e atendidos pelo serviço. Adicionalmente, os profissionais da equipe tinham parte da sua agenda de atendimento dedicado ao trabalho com a rede assistencial.

Vale também demarcar o processo de construção dos casos clínicos. Com essa expressão, enfatizamos a consideração pelos diferentes saberes que integram a equipe, posicionamento que extrapola a hegemonia dos modelos diagnósticos propostos pelos manuais de classificação psiquiátrica. No lugar de reduzir os sujeitos em sofrimento aos processos psicopatológicos que dele fazem parte, propomos um diagnóstico também ampliado, em consonância com a lógica da clínica supracitada, que leva em consideração a comunidade da qual o paciente faz parte e o modo como este se relaciona com aquela, com sua família e com sua própria doença. Nessa visada, não há um saber previamente determinado que oriente a conduta do quadro clínico, mas a escuta das particularidades de cada caso que prima por sua constante construção. Como consequência, a medicação deixa de ser a principal ferramenta de ação, de modo que o trabalho de escuta ganha novo valor a partir do encontro entre a clínica ampliada e a Reforma Psiquiátrica. Em outros termos: as possibilidades desse encontro fazem surgir uma perspectiva de trabalho na qual as particularidades de cada sujeito atendido são escutadas e valorizadas e, a partir disso, novas possibilidades de manejo clínico podem ser desenvolvidas e aplicadas.

A última característica diz respeito ao percurso dos pacientes em atendimento. Os sujeitos assistidos pelo ambulatório passavam por três momentos: acolhimento, recepção e atendimento. No primeiro momento, todos eram acolhidos por qualquer técnico do ambulatório, sem precisar de encaminhamento ou hora marcada. O técnico devia avaliar a gravidade do caso, se havia demanda de atendimento naquele exato momento ou se era possível aguardar o agendamento de uma entrevista de recepção. No momento da recepção, o profissional acolhia a demanda, escutando-a e se responsabilizando pelo seu destino, seja direcionando o caso para outro serviço, indicando um trabalho específico com a rede, ou encaminhando para o atendimento ambulatorial<sup>19</sup>. Ressaltamos que tal proposta é diversa do funcionamento dos ambulatórios tradicionais, nos quais é frequente encontrarmos longas listas de fila de espera e datas de recepção que muitas vezes são abertas apenas mensalmente.

Feita essa breve apresentação a respeito das características do ambulatório em questão, é possível passar à discussão da metodologia do matriciamento, responsável por orientar a interlocução realizada à época primeiramente com a rede de saúde e, posteriormente, com a rede de Educação, como demonstraremos na próxima seção.

### **A proposta de matriciamento da rede de saúde em Nova Iguaçu**

De acordo com Chiaverini<sup>20</sup>, o matriciamento “é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (p. 13). Trata-se de modelo idealizado por Campos<sup>21</sup> que tem direcionado os sistemas de saúde no intuito de reformular a lógica clássica predominantemente hierárquica que embasava, por exemplo, os encaminhamentos de casos. Tradicionalmente, o ato de encaminhar um caso era correlato à transferência de sua responsabilidade, o que gerava efeitos de burocratização e de pouca resolutividade no tocante aos tratamentos dispensados.

Para melhor entender os referidos dispositivos, cumpre destacar que a política nacional de saúde mental está inserida no sistema único de saúde (SUS), no qual a Atenção Básica à Saúde (ABS) vem ocupando lugar de grande destaque no fomento e execução das políticas de saúde. Sua rede de assistência é formada por centros ou unidades de saúde, pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que devem funcionar como porta de entrada do usuário à rede de assistência e desenvolver ações preventivas e de promoção à saúde<sup>22</sup>. Nesse âmbito, a lógica do matriciamento é integrada pelas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), disposto pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008<sup>23</sup>.

A aproximação com os profissionais da rede básica tem como objetivo facilitar a articulação entre os serviços, não só no que se refere aos atendimentos, mas também para ampliar sua ação na expectativa de promover, por meio do suporte, a discussão de casos clínicos e a problematização da abordagem tradicional de atendimento, comumente marcada pelo reducionismo biológico. Essa lógica acaba por concorrer para a fragmentação no modo como o sujeito é considerado, contradizendo o princípio da integralidade na atenção em saúde.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde lembra que a proposta da clínica ampliada não se restringe ao combate às doenças, mas se destina à possibilidade de transformação, “de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça [a pessoa] de viver outras coisas na sua vida”<sup>24</sup> (p. 22). Portanto, a clínica nessa perspectiva tem como base o deslocamento do eixo tradicional saúde/doença para a consideração da existência de um sofrimento subjetivo associado a todo o processo de adoecimento. Como resultado, os profissionais tomam como exigência ética de sua atuação aquela de lidar com os pacientes também em sua dimensão social, cultural, econômica e subjetiva, e não somente biológica. Para isso, mais recursos terapêuticos se fazem prementes, indicando a necessidade de um trabalho que congregue efetivamente vários saberes.

Os ambulatórios que funcionam na lógica da clínica ampliada não se restringem a realizar atendimentos em consultórios isolados, sem conexão com o lugar e com a comunidade em que estão inseridos, muito menos sem considerar as diretrizes da Política Pública de Saúde Mental e do SUS. Trata-se de um grande desafio, pois a própria estrutura dos serviços ambulatoriais e seu modo de organização direcionam seus profissionais para um atendimento individualizado e precipitam um funcionamento voltado exclusivamente para a demanda, que, em curto espaço de tempo, acaba por ocupar toda a agenda dos técnicos, que são, assim, impedidos de executar outras ações. Dessa maneira, crescem as filas de espera e o contato com os outros profissionais e serviços da rede acaba sendo impossibilitado.

Acreditamos que as ações de um ambulatório considerado ampliado devem objetivar algo além do atendimento automático à demanda. Essa ação deverá ser direcionada a um momento anterior à chegada dos pacientes ao ambulatório. Faz-se necessário também um trabalho capaz de envolver as equipes que falam em nome do sujeito que poderá ser atendido, de modo a viabilizar que os técnicos, serviços e instituições que encaminham pacientes para atendimento na saúde mental possam também se responsabilizar por seus encaminhamentos.

A lógica de um encaminhamento implicado parece ainda mais importante quando se trata da rede de educação, tendo em vista a necessidade de o sujeito que encaminha tomar sua posição na queixa escolar que constrói. Conforme Souza<sup>25</sup>, é fundamental que a queixa escolar seja apreendida como fragmento de uma complexa rede de relações, contemplando as mais diversas forças, entre as quais encontra-se a criança, a família, a escola, o sistema educacional e assim sucessivamente. Assim, uma das contribuições oferecidas pelos técnicos da saúde mental é cuidar para que o paciente não seja reduzido à doença ou à queixa que apresenta, mas que se considere “que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas”<sup>18</sup> (p. 852).

Quando esse trabalho é possível, o sujeito, que já possui um destino traçado por um diagnóstico e fica sob a responsabilidade de um único dispositivo, retorna para a rede, e essa responsabilidade passa a ser das equipes que a integram. Para que o trabalho entre equipes de diferentes dispositivos e áreas distintas possa funcionar, é preciso que a rede se torne pública para si própria, ou seja, que a lógica e o funcionamento de cada dispositivo seja de conhecimento das equipes envolvidas. Para tal, é preciso conhecer e ser conhecido por esses dispositivos.

No que tange à experiência que teve lugar no município de Nova Iguaçu, o matriciamento foi pensado também em relação ao trabalho com a rede de educação. A proposta de trabalho com o matriciamento por parte das equipes ambulatoriais de saúde mental foi oficializada no Plano Municipal de Saúde da cidade, aprovado no ano de 2008. O documento considerava que o modo de assistência prevalente até aquele momento estava centrado no supracitado modelo reducionista, isto é, com efetiva saturação do serviço pela demanda que chegava a ele, além de uma considerável demanda reprimida. De acordo com esse cenário, o plano propunha a mudança da lógica do serviço ambulatorial para outra orientada pela clínica ampliada e compartilhada, que se fundamentaria nos seguintes



preceitos: uma prática clínica que abordasse o sujeito em sua complexidade, considerando os fatores de seu cotidiano (social, familiar, econômico, etc.); o atendimento realizado por equipes interdisciplinares; um trabalho que primasse e desse a devida relevância para a atuação no território; a garantia de uma constante reavaliação dos serviços por meio da supervisão clínico-institucional; e o princípio da tomada de responsabilidade.

Nessa perspectiva, foi proposta a divisão dos ambulatórios em uma modalidade de atendimento para adultos e outra especificamente voltada para o público infantojuvenil. Esses serviços ambulatoriais deveriam funcionar em espaços distintos, com equipes e supervisões também distintas.

Como previsto, demos início ao processo de descentralização do serviço ambulatorial para as Unidades Básicas de Saúde do município, objetivando a integração com a atenção básica e a utilização desta como potente dispositivo para ampliação da rede de saúde mental. Uma das prioridades seria favorecer o acesso do usuário aos serviços e aumentar a capacidade de atendimento destes, assim como a sua resolutividade. Considerando que essa implantação deveria ser progressiva, em virtude da necessidade de tempo para que Saúde Mental e Atenção Básica pudessem assumir o desafio de utilizar a rede básica como um dispositivo dentro da política de saúde mental, o projeto foi dividido em quatro fases distintas.

Na primeira etapa, haveria a descentralização do ambulatório de saúde mental, com alocação de equipe de saúde mental em Unidades Básicas, operando na nova lógica e contando com ações de acolhimento, atendimento psicoterápico e psiquiátrico individual; na fase seguinte, ocorreria a incorporação da equipe de saúde mental às Unidades Básicas de Saúde, com as ações já descritas. Ocorreria ainda a realização de atendimentos em grupo, cujo objetivo era o reconhecimento de casos de alta hospitalar de pacientes crônicos estabilizados e de pacientes em uso abusivo de benzodiazepínicos com necessidade de desmedicalização; em um terceiro momento, haveria o encaminhamento dos casos citados na segunda fase (com necessidade de manutenção de acompanhamento) para as equipes da Atenção Básica (médicos, clínicos, enfermeiros). Nesse momento, entraria em pauta o trabalho de matriciamento da equipe de saúde mental do território correspondente e, assim, iniciariamos a quarta fase. Esta previa a manutenção do matriciamento para os casos citados e para os novos casos que não necessitassem de acompanhamento constante por serviço especializado. Nesse momento, a equipe vinculada à UBS manteria um trabalho muito próximo à proposta do NASF<sup>23</sup>, cuja publicação da portaria ministerial é contemporânea à nossa proposta.

É digno de nota que os ambulatórios não tenham conseguido aderir à proposta apresentada à rede de Atenção Básica. Um dos fatores que pode ter contribuído para esse quadro foi a constante mudança dos cargos de gestão do município. Sabemos que o apoio da gestão é imprescindível para o trabalho com as resistências dos profissionais, até então habituados ao antigo modelo de trabalho. Além disso, havia uma considerável fragilidade dos vínculos empregatícios, que foi responsável por frequentes mudanças dos integrantes de ambas as equipes.

No entanto, no que se refere ao trabalho com crianças e adolescentes, verificamos que a maior fonte de encaminhamentos para tratamentos não provinha da própria rede de saúde, mas sim da rede pública de educação. Vale ressaltar que, até aquele momento, a educação realizava seus encaminhamentos a partir de uma lista mensal a uma única fonoaudióloga. Essa profissional era responsável pelos tratamentos infantojuvenis, mas sem a realização de nenhuma conversa ou discussão de caso entre os profissionais envolvidos. Além de prioritariamente fonoaudiológico, também observamos que, no caso de atendimento psicoterápico, as intervenções constantemente se resumiam à orientação aos pais. Essa conjuntura permitiu a adequação da proposta original à efetiva demanda do município, dando início à tentativa de matriciamento com a rede pública de educação.

### **A proposta de matriciamento da rede pública de educação de Nova Iguaçu**

Antes de apresentarmos com mais detalhes nossa experiência, cabe esclarecermos que a proposta de matriciamento com a rede de educação guarda um caráter de originalidade, tendo em vista que, em sua origem, o apoio matricial constitui-se como uma ação dentro da própria rede de saúde. Além disso, em pesquisa bibliográfica sobre o tema, verificamos uma escassez de publicações de relatos dessa natureza.

No caso específico que estamos discutindo, a saber, aquele do ambulatório infantojuvenil de Nova Iguaçu, eram inúmeros os encaminhamentos feitos pela rede municipal de educação. Com o tempo, foi possível perceber que o ambulatório recebia pacientes de diferentes formas, para além dos encaminhamentos das professoras itinerantes. Estas envolviam demandas também endereçadas pelas professoras regulares, pelos orientadores pedagógicos e pelos diretores. Entretanto, independente de quem os endereçava, havia uma característica comum: a rede parecia não ver necessidade de fazer contato com o ambulatório, seja para discutir o encaminhamento ou para comunicar a sua realização. De maneira análoga, o sujeito que enunciava a queixa escolar não se via implicado na construção dessa demanda.

Esse modo de realizar os encaminhamentos e a dificuldade para absorver tamanha demanda acabaram contribuindo para que as APEDES solicitassem formalmente dez vagas semanais para atendimento, que seriam exclusivas para os alunos encaminhados ao serviço de saúde mental. Esse panorama fala a favor de um raciocínio reduzido a números burocráticos, furtando-se à discussão mais ampla sobre as situações que os preconizavam.

A partir disso, iniciamos o diálogo com essas profissionais no sentido de acolher e debater seus encaminhamentos a partir das premissas que norteavam o funcionamento do ambulatório, sejam as da Reforma Psiquiátrica ou as da clínica ampliada, até que pudemos fazer um calendário mensal de reuniões entre o ambulatório e as APEDES, encontros nos quais a experiência de matriciamento ocorreu.

Cabe uma pequena digressão para salientar que a equipe do ambulatório destacava a forma como os encaminhamentos eram feitos como um dos pontos privilegiados para as discussões a serem travadas no trabalho com a educação. Por exemplo, verificamos que muitos pacientes que chegavam ao serviço a partir dessas demandas não sabiam ao menos as razões que os levavam até aquele espaço, alegando apenas cumprirem uma exigência colocada pela escola. Percebemos, assim, que havia uma clara distância entre a queixa da escola e uma possível demanda de atendimento. Esse hiato fazia com que a equipe não tivesse acesso à história da criança encaminhada e ao trabalho que já havia sido feito com ela e com seus familiares.

Vale mencionar que os primeiros encontros da equipe do ambulatório com a da educação especial (APEDES) foram marcados por impasses e sérias dificuldades: a equipe de educação queixava-se de se sentir avaliada por nossa equipe, como se nosso fim fosse questionar seu trabalho e competência. Por outro lado, para a equipe da saúde, era um grande complicador compreender a natureza, a quantidade e os motivos dos encaminhamentos. Esses impasses geraram conflitos internos na própria equipe de saúde mental, que diversas vezes pleiteou recuar e desistir do trabalho com a educação. No entanto, nosso objetivo era avesso às primeiras interpretações das APEDES, pois almejávamos a corresponsabilidade dos casos<sup>20</sup>. Ademais, percebermos que, para além dos impasses e das queixas de ambas as equipes, as reuniões se mantinham com a presença de todos os atores envolvidos e os casos eram levados para discussão, fator que motivou a continuidade do trabalho.

As APEDES circulavam em todas as escolas da rede municipal de Nova Iguaçu, o que as tornava uma importante ferramenta ao acesso desse público à rede de serviços. Fazia parte de suas funções receber as queixas das escolas e, após triagem, realizar o encaminhamento para o local que julgavam adequado, sem se apropriarem do “tratamento”.

A aproximação entre as equipes foi importante para que entendêssemos a lógica de funcionamento das APEDES e apresentássemos a nossa forma de trabalho, propondo, então, uma parceria. O objetivo não era extinguir as diferenças nas duas formas de trabalhar, mas sim compreender que o número excessivo de encaminhamentos poderia ser acolhido como pedido para um trabalho em conjunto. Dessa forma, foi possível incluir essas duas ações na rede de assistência da infância e da adolescência.

Na época, a equipe das APEDES tinha integrado o Fórum Municipal da Infância e da Adolescência, atualmente extinto. A construção do Fórum foi um importante passo na construção da rede, uma vez que aquele buscava fortalecer os diversos serviços que compõem a rede a partir de debates coletivos que primam pela inclusão social. Sendo assim, constituía um espaço de interlocução privilegiado para que a rede se tornasse pública para si mesma. Além disso, mantivemos reuniões mensais com a equipe da educação, com uma mudança em relação às primeiras conversas. Agora, era a equipe de saúde

mental que se deslocava para se reunir com as agentes pedagógicas, no dia estipulado por elas. O que aparenta ser uma modificação de cunho burocrático apresentou-se como uma importante ferramenta que proporcionou uma decisiva modificação na relação estabelecida entre as equipes. A equipe do ambulatório pôde se familiarizar com o estatuto específico da educação e com o funcionamento e organização da rede municipal de educação, favorecendo a melhor formulação das propostas da saúde mental para que, assim, possam ser mais bem acolhidas e aceitas.

Como resultado, tivemos a redução do número de encaminhamentos realizados pelas APEDES ao ambulatório, algo em torno de 70%. Essa redução, por si só, não fala a favor da consecução de nosso objetivo inicial, uma vez que poderia ter sido ocasionado justamente pela falta de articulação e de compreensão de nossa proposta de matriciamento. Para tomá-la como um índice de uma experiência bem-sucedida, é preciso ainda atentar para outra mudança.

Além desse decréscimo, foi possível perceber duas outras diferenças no que entendemos como a qualidade desses encaminhamentos, produzindo um melhor uso do nosso dispositivo. Os casos já não eram mais encaminhados em um papel com dados/diagnósticos pré-definidos, nos quais havia um espaço somente para escrever o nome da criança e o que ela "era" ("dificuldade de aprendizagem", "distúrbio de comportamento" ou "agressividade"). Ao contrário, foi possível encontrar relatos de crianças com trajetórias singulares, cujas situações podem ser abordadas de maneira mais ampliada, que extrapola a vertente de reeducação pedagógica e, por conseguinte, de uma expectativa de adequação social. A outra diferença verificada já nas últimas reuniões foi que as APEDES não tinham mais a intenção exclusiva de encaminhar alguns alunos para atendimento ambulatorial, mas pensá-los e discuti-los buscando estratégias de manejo dessas situações no âmbito escolar. Essa sim pareceu constituir uma grande mudança que vem complementar a primeira mencionada, a saber, a redução do número de encaminhamentos, de modo que ambas estiveram intimamente relacionadas.

## Considerações finais

A despeito do que consideramos como um ganho no sentido da construção compartilhada da rede, salientamos que outros passos seriam necessários ao efetivo trabalho de apoio matricial. No caso apresentado, foi possível transmitir outra forma de abordagem dos pacientes, mas o acompanhamento e o suporte à equipe da educação, também em se tratando dos casos que não eram eleitos para atendimento na saúde mental, ainda deixavam a desejar. Chegamos a ter notícias desses casos por meio dos encaminhamentos feitos diretamente pelas escolas, que escapavam à avaliação das APEDES, indicando que estas não conseguiam regular o fluxo de encaminhamentos.

Cabe considerar que, por se tratar de uma proposta pedagógica ainda muito nova na época do desenvolvimento deste trabalho, o matriciamento era uma proposta nova também para a equipe do ambulatório de saúde mental e, por isso, a sua execução (especialmente a transmissão de uma forma de fazer específica a sua função) representou uma dificuldade para todos os técnicos do ambulatório<sup>26</sup>. Entretanto, acompanhar os resultados dos encontros e as mudanças iniciais da forma como os encaminhamentos passaram a ser realizados; participar da discussão e da construção dos casos; e perceber a apropriação por ambas as equipes de conceitos de seu interlocutor garantiram –

tanto na equipe de saúde mental quanto na equipe das APEDES – a força motriz para continuar com as reuniões.

Entendemos, baseados na própria definição de matriciamento<sup>20</sup>, que, ao longo daqueles encontros, uma proposta pedagógica esteve em curso, na qual os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica eram transmitidos e na qual os casos que eram ali apresentados e discutidos eram tomados por ambas as equipes como sendo de sua responsabilidade.

Infelizmente, a proposta de construção dessa rede compartilhada foi interrompida pela suspensão da implantação dessa lógica nas atividades do ambulatório, em 2013, bem como, conforme anteriormente explicitado, do Fórum da Infância e da Adolescência do município de Nova Iguaçu. Com a sua interrupção, também o matriciamento das APEDES da Secretaria Municipal de Educação deixou de ocorrer.



De acordo com a nossa concepção, esses fatos podem ser interpretados à luz de dois comentários principais: em primeiro lugar, indicam um verdadeiro retrocesso na possibilidade de articular saúde e educação em ações que primem pela integralidade no cuidado e que se contraponham à lógica medicalizante que faz recair sobre crianças e adolescentes o predicado da exclusividade do “cuidado” a partir de terapias medicamentosas.

Em segundo lugar, partindo da ideia de que a Reforma Psiquiátrica é um processo social e político, convém destacar a exigência de vontade política para que seja efetivamente implantada, o que exige um reposicionamento da gestão<sup>27</sup>, ressignificando a lógica que tradicionalmente esteve atrelada a pessoas com sofrimento psíquico, sejam crianças, adolescentes ou adultos.

### Colaboradores

Todos os autores participaram ativamente da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

### Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
2. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde – saúde mental: nova concepção, nova esperança [Internet]. Genebra: OMS; 2002 [citado 02 Maio 2012]. Disponível em: [www.who.int/en](http://www.who.int/en).
3. Amarante PDC, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
4. Tenório F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.
5. Presidência da República (BR). Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 9 Abr 2001.
6. Ribeiro AM. Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. *Psicol USP*. 2005; 16(4):33-56.
7. Furtado JP. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos do SUS. *Cienc Saude Colet*. 2006; 11(3):785-95.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
9. Tenório F. Questões para uma atualização da agenda da reforma psiquiátrica. In: Couto MCV, Martinez RG, organizadores. Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ; 2007. p. 13-27.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: a clínica ampliada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
11. Couto MCV. Por uma política de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Ferreira T, organizador. A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC; 2004. p. 61-74.

12. Illich I. A expropriação da saúde: nêmeses da medicina. Rio de Janeiro: Forense; 1982.
13. Guarido RA. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátricos seus efeitos na Educação. *Educ Pesqui.* 2007; 33(1):151-61.
14. Brandão PMC Jr, Ramos PL, Valente VA, Barbosa M, Pimentel A. Psicologia e educação: uma experiência de clínica ampliada no ambulatório infanto-juvenil. In: Anais do 6º Congresso Norte Nordeste de Psicologia; 06 a 09 de maio de 2009; Belém, PA.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [citado 03 Maio 2012]. Disponível em: [www.censo2010.ibge.gov.br](http://www.censo2010.ibge.gov.br).
16. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. *Hist Cienc Saúde-Manguinhos.* 2002; 9(1):25-59.
17. Ribarry IN. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicol Reflex Crit.* 2003; 16(3):483-90.
18. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Cienc Saude Colet.* 2007; 12(4):849-59.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
20. Chiaverini DH, organizadora. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
21. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc Saude Colet.* 1999; 4(2):393-403.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2006.
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM n. 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à Saúde da Família – Nasf. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
24. Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
25. Freller CC, Souza SP, Angelucci CB, Bonadio AN, Dias AC, Lins FRS, et al. Orientação à queixa escolar. *Psicol Estud.* 2001; 6(2):129-34.
26. Costa FRM, Lima VV, Silva RF, Fioroni LN. Desafios do apoio matricial como prática educacional: a saúde mental na atenção básica. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(54):491-502. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0816>.
27. Righi LB. Apoio matricial e institucional em saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. *Interface (Botucatu).* 2014; 18 Supl 1:1145-50.

O trabalho discute a função da assistência ambulatorial regida pelos princípios da Reforma Psiquiátrica a partir da experiência de uma equipe interdisciplinar do ambulatório infantojuvenil de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. O objetivo é relatar uma experiência pautada na lógica de uma assistência ambulatorial ampliada em articulação com o campo da educação. O matriciamento foi a metodologia utilizada nesta experiência. Trata-se de uma forma de produzir saúde pela construção do compartilhamento de responsabilidade entre duas equipes; neste caso, a equipe de saúde mental infantojuvenil e a equipe de agentes pedagógicos de educação especial da Secretaria Municipal de Educação de Nova Iguaçu.

*Palavras-chave:* Saúde mental. Educação. Assistência ambulatorial.

#### **Between health and education: a clinic for youngsters and children's mental health**

This paper discusses the role of ambulatory health care governed by the principles of psychiatric reform based on the experience of an interdisciplinary team caring for children and teen outpatients in Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brazil. Its objective is to report an experience guided by the logic of an expanded ambulatory care in relation to the educational domain. The matrix support was the methodology used in the reported experience as a way to produce health through the construction of shared responsibility between two teams, in this case the child and youth mental health ambulatory team and the team of pedagogical agents of special education of the correspondent Municipal Department of Nova Iguaçu.

*Keywords:* Mental health. Education. Ambulatory care.

#### **Entre la salud y la educación: sobre un ambulatorio de salud mental infanto-juvenil**

El trabajo discute la función de la asistencia ambulatorial regida por los principios de la Reforma Psiquiátrica a partir de la experiencia de un equipo interdisciplinario del ambulatorio infanto-juvenil de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. El objetivo es relatar una experiencia pautada en la lógica de una asistencia ambulatoria ampliada en articulación con el campo de la educación. La matriciación fue la metodología utilizada en esta experiencia. Se trata de una forma de producir salud por la construcción de compartir responsabilidad entre los dos equipos; en este caso el equipo de salud mental infanto-juvenil y el equipo de agentes pedagógicos de educación especial de la Secretaría Municipal de Educación de Nova Iguaçu.

*Palabras-clave:* Salud mental. Educación. Asistencia ambulatorial.

Submetido em 20/04/16. Aprovado em 10/02/17.

