

Relato de Experiencia

Apoyo Matriarcal y Salud Mental: relato de las potencialidades y desafíos en hacer el NASF por una psicóloga en una Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia

Apoyo Matricial e Saúde Mental: relato das potencialidades e desafios no fazer do NASF por uma psicóloga em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Nara Fróis de Oliveira Nogueira¹ 

Cecília de Santana Mota² 

Dhara Santana Teixeira³ 

¹Autora para correspondência. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Fundação Estatal de Saúde da Família (Salvador). Bahia, Brasil. nara-frois@hotmail.com

^{2,3}Fundação Estatal de Saúde da Família (Salvador). Bahia, Brasil. csmota27@yahoo.com.br, dharateixeira@gmail.com

RESUMEN | INTRODUCCIÓN: Una de las principales herramientas del NASF-AB es el Apoyo Matriarcal (AM), siendo una estrategia de organización del trabajo, buscando la integración de equipos de referencia y equipo especializado. Por ser una estrategia esencial para el desarrollo de un cuidado integral es que temáticas como la Salud Mental han sido añadidas en las acciones desarrolladas en la AB. En ese sentido, el apoyo matriarcal en salud mental debe propiciar que los profesionales de referencia puedan calificar la producción de cuidado en SM. **OBJETIVO:** Reflejar sobre las potencialidades y desafíos vividos en la práctica de apoyo matriarcal en salud mental en la AB a partir de la experiencia de una psicóloga del NASF en una Residencia Multiprofesional en salud. **METODOLOGÍA:** La práctica descrita en este artículo se refiere a un estudio cualitativo, del tipo relato de experiencia, donde se buscó reflejar acerca de las actividades desarrolladas a lo largo del periodo de dos años en una Residencia Multiprofesional en Salud. Fueron utilizados como fuente de datos, escritos en portafolios y diarios de campo de la autora. **RESULTADOS:** Fueron desarrolladas acciones que proporcionaron el acercamiento entre el equipo con las discusiones relacionadas a Lucha Antimanicomial, consultas compartidas y construcción de PTS. A lo largo del proceso de trabajo fue interesante percibir la apropiación de los profesionales en el equipo de referencia en el manejo de las acciones en salud mental demostrado el rol esencial del AM para efectivizar la clínica ampliada. **CONCLUSIÓN:** El camino delimitado en este relato permite reflejar sobre la importancia de extenderse y consolidar el cuidado en salud mental en la AB, promoviendo cambios importantes en la lógica de atención.

PALABRAS CLAVE: Estrategia de Salud de la Familia. Salud Mental. Atención Básica. Política de salud.

RESUMO | INTRODUÇÃO: Uma das principais ferramentas do NASF-AB é o Apoio Matricial (AM), sendo uma estratégia de organização do trabalho, buscando a integração de equipes de referência e equipe especializada. Por ser uma estratégia essencial para o desenvolvimento de um cuidado integral é que temáticas como a Saúde Mental têm sido incluídas nas ações desenvolvidas na AB. Nesse sentido, o apoio matricial em saúde mental deve propiciar que os profissionais de referência possam qualificar a produção de cuidado em SM. **OBJETIVO:** Refletir sobre as potencialidades e desafios vivenciados na prática de apoio matricial em saúde mental na AB a partir da experiência de uma psicóloga do NASF em uma Residência Multiprofissional em Saúde. **METODOLOGIA:** A prática descrita neste artigo refere-se a um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, onde buscou-se refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo do período de dois anos em uma Residência Multiprofissional em Saúde. Foram utilizados como fonte de dados escritos em portfólios e diários de campo da autora. **RESULTADOS:** Foram desenvolvidas ações que propiciaram a aproximação entre a equipe com as discussões relacionadas a Luta Antimanicomial, consultas compartilhadas e construção de PTS. Ao longo do processo de trabalho foi interessante perceber a apropriação dos profissionais na equipe de referência na condução das ações em saúde mental, demonstrando o papel essencial do AM para efetivar a clínica ampliada. **CONCLUSÃO:** O percurso traçado neste relato permite refletir sobre a importância de se estender e consolidar o cuidado em saúde mental na AB, promovendo mudanças importantes na lógica de atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia de Saúde da Família. Saúde Mental. Atenção Básica. Política de saúde.

Introducción

La Estrategia de Salud de la Familia (ESF), uno de los pilares para consolidación de los principios del Sistema Único de Salud (SUS), tiene como característica básica ser puerta de entrada del sistema de salud. Originalmente fundada a partir de la noción de derecho a la salud y equidad del cuidado, sigue promoviendo un cambio significativo en el modelo de atención a la salud en Brasil. Dentro de las posibilidades de actuación en el ámbito de la ESF está el Núcleo Ampliado de Salud de la Familia y Atención Básica (NASF-AB) ([Ministério da Saúde, 2010](#)).

Este se configura como una estrategia innovadora que tiene como objetivo apoyar, ampliar y perfeccionar las acciones desarrolladas por la Atención Básica (AB) contribuyendo para la integralidad del cuidado a los usuarios del SUS. El trabajo del NASF-AB debe ayudar en el aumento de la capacidad de análisis, intervención y resolución sobre los problemas y necesidad de salud del territorio, incluyendo en ese escopo un cambio en la actitud y actuación de los profesionales de la Salud de la Familia (SF) y entre el propio equipo NASF-AB ([Ministério da Saúde, 2010](#)).

El NASF-AB es constituido por equipos multiprofesionales que, de forma interdisciplinar, deben actuar de manera integrada con los equipos de Salud de la Familia (eSF) a la cual está vehiculada. Es importante llamar la atención que, a pesar de hacer parte de los servicios de la Atención Básica, el NASF-AB no se constituye como puerta de entrada de la Red de Salud, ni como servicio de especialidades en la AB. De esta manera, todas las acciones desarrolladas deben ser de responsabilidad compartida entre los equipos NASF-AB y eSF, visando la ampliación de la clínica y cambio de las prácticas de cuidado ([Ministério da Saúde, 2010](#)).

Para comprender el proceso de trabajo es necesario concebir que el NASF-AB se constituye en retaguardia especializada para la Atención Básica, desarrollando sus acciones a partir de dos dimensiones: clínico-asistencial, que se refiere a la actuación directa con los usuarios, a partir de los cuidados individuales, colectivos y comunitarios; y técnico-pedagógica, que

produce acciones de apoyo matriarcal con y para los equipos de salud ([Ministério da Saúde, 2010](#)). Es importante señalar que, a pesar de la división didáctica de esas dos dimensiones, ellas pueden y deben estar conectadas en los diversos momentos de actuación.

En ese contexto de AB y NASF es que está ubicada la experiencia relatada en este artículo. Siempre tuve interés en el área de la salud, específicamente en políticas públicas de salud, por ese motivo decidí ingresar en la Residencia Multiprofesional en salud de la Familia para acercarme de las temáticas pertinentes cuando se hace salud en la atención básica. Se hace necesario ubicar la importancia de las experiencias de Residencia en Salud en el proceso formativo de profesionales, teniendo en vista que permiten una profundización de las prácticas delante de la intensa inmersión en campo que las residencias posibilitan, resultando en una comprensión de la salud de forma integral, a partir de una implicación política y ética en las acciones desarrolladas.

Los atravesamientos por todas las experiencias vividas a lo largo de dos años de la residencia me hicieron pensar sobre ¿cuáles algunas de las posibilidades para desarrollar acciones y dispositivos de apoyo matriarcal en Salud Mental en la Atención Básica? Esa pregunta orientará las experiencias localizadas en el texto.

Fue en el proceso de esa experiencia que yo aprendí sobre el concepto (y la práctica) del apoyo matriarcal (AM). De acuerdo con el Ministerio de la Salud ([Ministério da Saúde, 2009](#)) AM se constituye una de las herramientas fundamentales para la organización del proceso de trabajo del NASF y apunta el núcleo como una de las principales estrategias de cualificación de la atención básica ([Ministério da Saúde, 2010](#)), utilizando los conceptos de Equipo de referencia y Equipo de Apoyo Matriarcal.

El apoyo matriarcal es una estrategia de organización del trabajo en salud que ocurre a partir de la integración de equipos de Salud de la Familia involucradas en la atención a las demandas comunes de determinado territorio con equipos o profesionales de otros núcleos de conocimiento diferentes de los

profesionales de los equipos de AB ([Ministério da Saúde, 2010](#)). Así, lo que se busca es asegurar la retaguardia especializada a equipos de referencia, de manera personalizada e interactiva.

El propio término evidencia el papel del apoyo matriarcal. El término matriarcal se refiere a matriz que puede significar, con base en su origen latina, lugar de creación; o aún, fundamentado en su utilización matemática, puede indicar un conjunto de números relacionados entre si y requieren análisis en la vertical, horizontal o líneas transversales. A partir de esa definición se puede percibir que la elección del término sirve para señalar la posibilidad de la relación horizontal que debe ser mantenida entre profesionales de referencia y especialistas, contraponiendo la dura relación vertical fomentada por la tradicional estructura de los sistemas de salud. Ya el primero término – apoyo – hace referencia a la forma como esa relación horizontal debe operar.

Siendo este, un presupuesto fundamental de la propuesta del NASF: la comprensión de lo que es conocimiento nuclear y de lo que es conocimiento común y que se comparte entre el equipo de SF y el mencionado experto. Por este motivo, el apoyo matriarcal tiene como objetivo ampliar las posibilidades y profesiones, teniendo en vista que ningún especialista, de modo aislado, podrá asegurar un abordaje integral ([Campos & Domitti, 2007](#)).

Poner el apoyo matriarcal en práctica en los servicios de salud requiere que algunas tareas sean realizadas, como, por ejemplo: 1) Explicitar y negociar actividades y objetivos prioritarios; 2) definir claramente quienes son sus usuarios; 3) evaluar la capacidad de articulación con las eSF y el trabajo en conjunto con ellas; 4) identificar las posibles corresponsabilidades y alianzas; 5) construir y acompañar las actividades mediante indicadores de impacto ([Ministério da Saúde, 2010](#)).

El desarrollo de apoyo matriarcal debe ocurrir de acuerdo con la construcción compartida de directrices clínicas y sanitarias entre los componentes de un equipo de referencia y los expertos que ofrecen apoyo matriarcal. Esas directrices deben prever criterios para accionar el apoyo y definir el espectro de

responsabilidades tanto de los diferentes integrantes del equipo de referencia como de los apoyadores matriarcales, llevando en consideración el grado de vulnerabilidad y riesgo existentes en el territorio para establecer las estrategias de acciones prioritarias, que deben ser realizadas en conjunto con las eSF y comunidad. Ese hacer busca romper con las prácticas de salud enyesadas que ofrecen servicios a la comunidad sin considerar cual la demanda existente, como parte de estrategias programáticas ([Ministério da Saúde, 2010](#)).

En la práctica son alumnos de los ejemplos de posibilidades de actuación del equipo de apoyo matriarcal, aquí entendidas en los equipos de NASF: (1) Cuidado compartido, para una intervención interdisciplinar, con intercambio de saberes, capacitación y responsabilidades mutuas, generando experiencia para ambos profesionales involucrados. (2) Intervenciones específicas del profesional del NASF con los usuarios y/o familias, con discusión y negociación a priori con los profesionales del equipo de Salud de la Familia responsables por el caso. (3) Acciones comunes en los territorios de su responsabilidad desarrolladas de forma articulada con los equipos de Salud de la Familia. Como el desarrollo del proyecto de salud en el territorio, planes, apoyo de grupos, trabajos educativos, de inclusión social, enfrentamiento de la violencia, articulación de red intersectorial.

Por comprender la potencia del apoyo matriarcal para la consolidación de un sistema de salud que desarrolla un cuidado integral es que esa propuesta ha sido incentivada por el Ministerio de Salud a través de diversas políticas, como, por ejemplo, las Políticas Nacionales de Salud Mental, lanzada en 2001; de Atención Básica, en 2012; y de Humanización, en 2013 ([Campos et al., 2014](#)).

En esta perspectiva, armonizándose con la relevancia del Apoyo Matriarcal en el hacer en salud, en el próximo punto será abordado algunas de las especificidades del apoyo matriarcal en Salud Mental, centrados principalmente en el contexto del apoyo en USF.

Apoyo matriarcal en salud mental

Frente a la complejidad del hacer en salud es necesario fijarse de que existe un componente de sufrimiento psíquico asociado a la mayoría de las situaciones de enfermedad. Siendo así, es posible decir que “todo problema de salud es también de salud mental y que toda salud mental es también – y siempre – producción de salud” ([Ministério da Saúde, 2005](#), pp. 33).

En este contexto, en los últimos años se tiene percibido un incentivo a la promoción de acciones de apoyo matriarcal en Salud Mental, teniendo en vista que, en 2003, el Ministerio de la Salud indicó el apoyo matriarcal como directriz para inclusión de acciones de Salud Mental de la AB ([Ministério da Saúde, 2003](#)).

Con la creación del NASF-AB, ha sido posible que la estrategia de apoyo matriarcal sea realizada en el propio ámbito de la AB, teniendo expertos que prestan ese apoyo al equipo de referencia. Se destaca que las experiencias de matriarcamiento en salud mental en la Atención Básica son prácticas pioneras y consolidadas en todo el país ([Ministério da Saúde, 2004](#); [Tófoli & Fortes, 2007](#)).

Considerando que la Reforma Psiquiátrica apunta para la superación del modelo hospitalocéntrico/manicomial en el cuidado a los usuarios, teniendo en vista un cuidado que no saque el sujeto de su espacio social ([Dimenstein et al., 2009](#)), la Atención Básica tiene un importante papel en el proceso de reinserción social, ya que está inmersa en los territorios y es un espacio de producción de salud, tanto para los usuarios, como para sus familias.

De ese modo, se torna fundamental desarrollar estrategias que articulen la inserción de la Salud Mental en la Atención Básica, promoviendo la interlocución entre los diferentes profesionales y servicios de salud y calificando los equipos de Salud de la Familia para una atención ampliada en salud que contemple la subjetividad y el conjunto de relaciones sociales que determinan deseos, intereses y necesidades ([Figueiredo & Campos, 2009](#)).

Aun segundo las autoras, el apoyo matriarcal en salud mental debe propiciar que los profesionales de referencia puedan calificar la producción de cuidado en SM, buscando comprender las dimensiones

subjetiva y social del ser humano, pero que estén acompañados por otros profesionales especializados que desempeñen el papel de soporte para intervención en ese campo.

Por ese motivo, es Crescente la inserción del psicólogo en la AB, como profesional de la salud mental, sea en la propia ESF o en equipos auxiliares como el NASF. El psicólogo inserido en AB es convocado a compartir sus conocimientos con todos los profesionales del área de salud, independientemente de su formación académica, teniendo en vista que la salud mental es un tema transversal en cualquier práctica de salud, con la finalidad de posibilitar la calificación de la escucha y acogimiento del sufrimiento psíquico de los usuarios para promoción de una clínica ampliada ([Iglesias & Avellar, 2016](#)).

Aún segundo los autores, ese nuevo modo de hacer no implica en la pérdida de la especificidad de la psicología, considerando que la misma no transmitiría a los profesionales de referencia las intervenciones más nucleares, pero actuaría para transmitir los conocimientos indispensables a la ampliación de la resolución de las demandas en salud mental existentes en el territorio.

Vale destacar que la inserción de la Psicología en el SUS ocurrió a partir de tensionamientos entre dos aspectos: primero, a partir de la inserción en los servicios como dispositivos para manutención de una lógica individualizante, tecnicista, biologizante. Y segundo, como posibilidad de ruptura de ese modelo hegemónico para el desarrollo de una práctica que amplie las posibilidades de modos de vida ([Dimenstein & Macedo, 2012](#)).

En ese sentido, es necesario estar atento al desafío continuo de la actuación en la AB: la convocatoria para no adecuarse a la estandarización de las prácticas. Es a partir de un posicionamiento político que el psicólogo en la AB debe intervenir en un plan ético provocando análisis en las políticas, en los procesos de trabajo y en las relaciones que se establecen entre profesionales y usuarios. Es necesario que haya un compromiso con la reinención de las prácticas de atención a los usuarios, con la utilización de nuevas tecnologías de cuidado, alterando así los modos de organización de los servicios ([Dimenstein & Macedo, 2012](#)).

Por ese motivo, se pone como uno de los objetivos de este texto buscar comprender cuál el papel de la psicología como apoyador matriarcal en salud mental en AB, pues comprendemos que el psicólogo de la AB puede contribuir en este trabajo compartiendo el abordaje de la clínica psicosocial que considera el usuario como sujeto social, cuando enfatiza subjetividad, corporalidad, historicidad en la construcción de las acciones en salud.

Frente a todas esas discusiones, evidenciando que el hacer psi también se colectiviza y se comparte en la Atención Básica, a partir de la inserción de la autora, en cuanto residente de psicología en el NASF-AB, actuando de forma multiprofesional en el apoyo a las Unidades de Salud de la Familia, nos interesa ubicar que el objetivo general de este trabajo es reflejar acerca de las potencialidades y desafíos vividos en la práctica de apoyo matriarcal en salud mental en la AB, a partir de la experiencia de una psicóloga del NASF en una Residencia Multiprofesional en Salud.

Teniendo la intención de la reafirmación de la relevancia del NASF, como importante dispositivo para garantizar la integralidad de las acciones en salud, la calificación de los profesionales y un cuidado humanizado a los usuarios. Teniendo en vista que la diversidad de saberes que componen el núcleo, amplía la posibilidad de intervención y cuidado, diversificando también la actuación para más allá de una postura fijada en la enfermedad. Frente a todas esas vertientes la relevancia de ese trabajo se presenta en la contribución que los conocimientos sobre la práctica de apoyo matriarcal pueden producir en los profesionales de salud y en la producción del cuidado.

Metodología

La práctica descrita en este artículo se refiere a un cualitativo, del tipo relato de experiencia, donde se buscó reflejar sobre las actividades desarrolladas a lo largo del período de dos años (2019-2021) en una Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia, en el estado de Bahía.

El relato de experiencia es un texto que describe precisamente una dada experiencia que pueda contribuir de forma relevante para su área de actuación, está relacionada a una experiencia profesional tenida como exitosa o no, pero que contribuya con la discusión, el intercambio y la proposición de ideas para la mejoría del cuidado en la salud (Gerhardt y Silveira, 2009). Es importante resaltar que mismo tratándose de un relato de experiencia y no una investigación con seres humanos el compromiso ético con los participantes del relato sobre el sigilo, la autonomía, la beneficencia, no mal eficiencia – fueron considerados en este relato.

Para comprender el campo que será descrito en este relato, cabe decir que las Residencias Multiprofesionales en Salud fueron creadas a partir de la promulgación de la [Ley n° 11.129](#) de 2005, son orientadas por los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS), y deben organizarse a partir de las necesidades y realidades locales y regionales, añadiendo las profesiones del área de salud ([Resolución CNS n° 287/1998](#)). Son definidas como modalidad de enseñanza de posgrado lato sensu, vuelta hacia la educación en servicio y destinada a las categorías profesionales que integran el área de salud, que tiene por objetivo ser un programa de cooperación intersectorial para favorecer la inserción calificada de los jóvenes profesionales de la salud en el mercado de trabajo, particularmente en áreas prioritarias del Sistema Único de Salud. ([Ministério da Saúde, 2005](#))

El campo de actuación descrito en este relato es la Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia (RMSF), orientado por la Fundación Estatal en Salud de la Familia (FESF-SUS) en alianza con la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Los profesionales asumen el servicio desarrollando todas las actividades previstas para el Núcleo, buscando alcanzar competencias y habilidades previstas en el proyecto Político Pedagógico del Programa. Esa modalidad de actuación posibilita que el residente se reconozca como profesional de salud e integrante del equipo proporcionando una postura más autónoma, teniendo en vista que la transformación de las prácticas de cuidado en salud está relacionada con los cambios de postura profesional.

El campo de práctica de la Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia es un municipio de medio porte ubicado en la Región Metropolitana de Salvador/Bahia. Con población aproximada de 80 mil habitantes. El sistema municipal de salud, específicamente en la Atención Básica, se compone por 19 equipos de Salud de la Familia en 16 Unidades de Salud de la Familia (incluyendo zona campesina y urbana) y 3 NASF, siendo un NASF compuesto por profesionales del municipio y dos por profesionales residentes.

Cada NASF de la Residencia apoya 5 eSF en 4 USF, una de ellas en la zona rural del municipio. El equipo de NASF es compuesta por dos psicólogos, una nutricionista, dos fisioterapeutas, un profesor de educación física y actualmente cuenta con tutoría de una profesora de educación física.

Las actividades desarrolladas por el equipo NASF fueron las más diversas: cuidados individuales y compartidos con la eSF y con el propio NASF, creación y conducción de grupos y actividades colectivas, momentos y educación permanente, articulación de red de salud e intersectorial, mapeo de los equipamientos sociales del territorio, visitas domiciliarias, organización y participación en Ferias de Salud, creación y consolidación de huertas comunitarias, participación en proyectos de Farmacia Viva para plantación de fitoterápicos, actividades del Programa Salud en la Escuela, participación en reuniones comunitarias.

Para sistematización de este relato fueron utilizados los registros realizados durante el periodo de vigencia de la residencia: los relatos en el portafolio, que es una herramienta de la RMSF-FESF para registro y análisis individual de la práctica desarrollada. Bien como escritos personales de la autora, como diarios de campo.

A seguir, discutiremos más detalladamente algunas de las acciones desarrolladas por los psicólogos del equipo NASF buscando realizar la articulación entre el hacer del NASF, a partir de la perspectiva del apoyo matriarcal, y las aproximaciones con la Salud Mental en la Atención Básica.

Resultados y discusión

Describir, analizar y reflejar sobre las prácticas desarrolladas durante el periodo de residencia requiere un movimiento inicial de ubicar el lector en el contexto de inserción en un campo cercado de atravesamientos. Como discutido anteriormente, el rol del NASF como referencia para el apoyo matriarcal es de un lugar de ruptura con el modelo hegemónico vigente en las prácticas y en la formación en salud. Por lo tanto, antes de iniciar el relato es necesario contar el movimiento de desconstrucción de la profesional psicóloga para inserción en el NASF y comprensión del apoyo matriarcal.

Históricamente la constitución de la Psicología como psicología y profesión fue utilizada como dispositivo de control y gobierno de los cuerpos y de la vida. Con una práctica liberal, caracterizada por el elitismo, individualismo y patologización de la vida, se mantuvo distante de las necesidades de la mayor parcela de la población (Cela & Oliveira, 2015).

Aun segundo las autoras, es de ese modo que las formaciones en Psicología estructuran sus programas curriculares. Las técnicas, los instrumentos, los lenguajes y los valores de la Psicología fueron forjados para atender las demandas de un grupo con renta media, y serían ahora transpuestas a una parcela de la población cuya realidad social es desconocida de esa Psicología tradicional, lo que ocasiona la formación de profesionales poco preparados para una actuación multiprofesional, interdisciplinar y pautados en una clínica ampliada.

Salir de las certezas que la formación tradicional ofrece no es tarea fácil y tampoco ocurre sin crisis. No tener un lugar seguro donde apoyarse genera dudas, angustias y miedos. Por ese motivo, se hace necesario ubicar la característica de la formación, pues mi inserción en cuanto residente en el equipo de NASF trajo muchas angustias e incertidumbres acerca del trabajo realizado. Por tratarse de un campo nuevo, que representa una ruptura en el modelo de atención, y por tener una demanda reprimida muy grande en el campo de prácticas.

La inserción del psicólogo en la AB posibilita la ampliación de la mirada sobre las cuestiones de salud, pero pone el profesional frente a desafíos que necesitan ser superados cotidianamente. Uno de ellos es la comprensión de cuál la representación que esa categoría profesional tiene para los otros profesionales y para la comunidad. Es necesario deconstruir la imagen de que las cuestiones relacionadas a la SALUD Mental tienen siempre una respuesta o una intervención pronta. Para superar ese desafío es necesario reconocer y ampliar las posibilidades de actuación de la Psicología y que haya un movimiento de análisis constante de las prácticas desarrolladas (Cezar et al., 2015).

Por ese motivo, Nascimento et al. (2006) orientan cuanto la importancia de la ruptura de la identidad profesional como un método constante. Poner en análisis el lugar que ocupamos, nuestras prácticas de saber-poder en cuanto productores de verdades – consideradas absolutas, universales y eternas – bien como, los efectos que producen, con lo que se agencian. Esa perspectiva rompe con la lógica racionalista y afirma que “toda o cualquier práctica perpetrada es siempre implicada, produce efectos, es siempre política” (pp.17)

El desafío está en la realización de un trabajo más amplio y no fijado en el modelo clínico individual o en las acciones exclusivas de salud mental. Para tanto, el campo requiere una flexibilidad para trabajar en equipo, con vistas a superar la fragmentación del conocimiento fijado en las especialidades, por medio de una relación más abierta con los equipos de salud.

Además del desafío apuntado arriba, otra dificultad encontrada fue el desarrollado de un trabajo más integrado con los equipos de la ESF. En muchas situaciones fue difícil discutir casos y compartir intervenciones, teniendo en vista que algunos profesionales creían que las acciones de salud mental eran de responsabilidad exclusiva de las psicólogas. Además, persiste el desafío de tornar las acciones de prevención, promoción y educación en salud, prácticas cotidianas en los equipos de ESF. Esas intervenciones aún ocurren de manera puntual y por medio de iniciativas de algunos profesionales (Cezar et al., 2015).

La apuesta en ese modo de producción de cuidado y el intento diario de superación de esos desafíos ocurre por cuenta de la comprensión de que la AB tiene un volumen de posibilidades y potencialidades capaces de ir más allá del cuidado a la enfermedad, lo que torna cada vez más posible creer en acciones de salud mental que visen a la promoción de un cuidado integral.

Desarrollo de las prácticas

Todos los aspectos discutidos hasta aquí serán descritos a partir de la elección de tres intervenciones realizadas a lo largo del periodo de la residencia y que representan las potencialidades y los desafíos frente al hacer del NASF en la función del apoyo matriarcal.

Aproximación entre Lucha Antimanicomial y Salud de la Familia

Comprendiendo la relevancia de compartir los saberes y nuevas prácticas que vienen de la Reforma Psiquiátrica, y considerando el mes de mayo (específicamente el día 18 de mayo) como periodo de mayor compromiso en las cuestiones concernientes a la Lucha Antimanicomial fueron desarrolladas actividades de matriciamiento entre equipo NASF, eSF y salones de esperas en las Unidades de Salud para aproximación con la temática.

En momentos de Educación Permanente en las reuniones de NASF-AB fueron explicitados a los demás profesionales la Historia y los Principios de Reforma Psiquiátrica, bien como las rupturas que se propone con relación al modelo manicomial, con objetivo de acercar las otras categorías profesionales que componían el equipo con la temática, así como planear las acciones que vendrían a ser desarrolladas.

Fue posible notar lo cuanto las discusiones sobre la Reforma Psiquiátrica aun son desconocidas por los profesionales de salud. Muchos relataron que no tenían informaciones suficientes sobre el movimiento, sobre la fecha y sobre las especificidades que la Reforma proporciona al cuidado en Salud Mental,

algunos aun entendían el cuidado a partir del modelo manicomial como principal posibilidad de cuidado plausible. Por ejemplo, algunos profesionales durante las reuniones, hablaban sobre el miedo y la asociación que se establece entre locura y peligrosidad, la remitiendo únicamente a episodios de crisis aguda, marcada por agresividad y/o impulsividad.

De ese modo, hablar sobre la asociación entre locura y peligrosidad es hablar sobre la producción social del miedo. El miedo no se refiere únicamente a un fenómeno psicológico, pero histórico y social también (Cunha, 2016). La lógica manicomial, basada en los ideales de exclusión y estigmatización, tiene en la asociación entre locura y peligrosidad uno de sus pilares de manutención. La idea de peligrosidad surge asociada al concepto de la locura, por esta en nuestra sociedad ser vista como pérdida de razón, extrañeza, ausencia de individualidad y subjetividad.

En nombre de este peligro y, para garantizar la orden social, el loco tuvo sus derechos civiles, sociales y políticos negados y su libertad secuestrada. La trayectoria de intolerancia y prejuicio ligada al loco hizo del hospital psiquiátrico el emblema de la exclusión y del secuestro de la ciudadanía y, de la vida de los sujetos, un sufrimiento (Rossi, 2015). Temer la locura sirve apenas para justificar la violencia que se emplea contra el loco y para validar el aislamiento y estigmatización de la locura en la sociedad. Acorados en el discurso del miedo se puede “ayudar”, diagnosticar, “tratar”, de las más variadas y violentas formas, sin ninguna garantía de un debido acceso a la salud.

Después de esas discusiones, percibir el reconocimiento de los profesionales y la apertura para la disociación entre locura y peligrosidad, bien como para el reconocimiento de cuanto las prácticas desarrolladas en la salud que aun reproducen discursos manicomiales se constituyeron como un inicio promisor del trabajo que fue desarrollado.

Y eso se queda más claro en el momento de realización de las acciones planeadas. Los profesionales del NASF, de todas las categorías, se involucraron en

el planeamiento y desarrollo de las acciones con interacción y propiedad. Una de esas acciones fue un Salón de Espera para los usuarios de la USF.

Antes, es importante destacar la relevancia de la estrategia de los Salones de Espera para la aproximación entre usuarios, profesionales y temas concernientes a la Salud. Ella es un espacio estratégico que puede ser utilizado para potencializar las acciones de educación, constituyéndose un espacio de intercambio de experiencias y de compartir historias de vida, reflexión y construcción de nuevos sentidos sobre sí mismo, sobre el otro y sus vidas, promoviendo un trabajo multiprofesional e interdisciplinar (Pedrosa & Pereira, 2020).

En una dramatización, una profesional interpretó una persona en sufrimiento psíquico en un contexto manicomial, con el objetivo de suscitar la discusión sobre el cuidado en libertad y la abolición de prácticas manicomiales. Fue interesante notar cuanto los profesionales, dichos “no psis”, se apropiaron de la discusión y levantaron cuestiones extremadamente pertinentes en el diálogo con los usuarios, lo que refuerza la potencia de matriciamiento.

La comprensión y apropiación con las temáticas relacionadas a la Salud Mental posibilitan que los profesionales desarrollen cierto nivel de criticidad y rompimiento con los estigmas, permitiendo mayor aproximación a los casos, disminuyendo el sentimiento de miedo de los profesionales y facilitando asumir la responsabilidad sanitaria del equipo sobre los casos (Amaral et al., 2018). Cuando se aumenta la capacidad de los equipos de la ESF en manejar con el sufrimiento psíquico e integrarlas con los demás puntos de la red asistencial, el apoyo matricial progresivamente fortalece el cuidado en salud mental en cuanto demanda legítima de la AB.

Compartir el cuidado en las consultas

A lo largo del periodo de inserción en las actividades del NASF, una de las bases del trabajo desarrollado eran las consultas compartidas con los otros profesionales de salud, tanto del NASF, como de la eSF.

En una de las consultas desarrolladas, de acompañamiento de prenatal, varias demandas de Salud Mental emergieron, desde cuestiones de histórico psiquiátrico y, por lo tanto, factor de riesgo para depresión posparto (Arrais, Araújo e Shiavo, 2018) a la no aceptación del embarazo. La profesional que acompañé señaló que nunca tenía visto tantas demandas en SM en un único momento. O sea, las demandas existen, pero falta predisposición o acogimiento suficientes para encontrarlas y, sobre todo, dar los encaminamientos necesarios. Lo que nos hace reflejar que, si no hubiese mi participación, desarrollando la función de apoyador matricial, todas esas cuestiones serían invisibilizadas.

Por ese motivo, los cuidados conjuntos con el profesional matricial tienen una importante función pedagógica, ya que los equipos pueden aprender in loco a intervenir en el campo de la Salud Mental y autorizarse en las acciones que ni siempre caben en los protocolos, manejando con situaciones de exclusión social, violencia, luto y que pueden ser acogidas durante la propia consulta clínica. O también, cuando los profesionales refieren sentirse inseguros para manejar con los pacientes psicóticos o con los cuadros psiquiátricos más graves, y el cuidado conjunto con el apoyador matricial puede proporcionar un encuentro desmitificador del sufrimiento psíquico y de la enfermedad mental, ayudando a disminuir el prejuicio y la segregación de la locura (Amaral et al., 2018).

Después de las consultas compartidas, la profesional que acompañé señaló la importancia de los intercambios interdisciplinarios y lo cuanto consiguió volver compleja su visión de los casos y posibilidades de intervención. En la práctica del Apoyo Matricial, ese es uno de los objetivos a ser alcanzados, proporcionar que los profesionales del equipo de referencia puedan ampliar las propias prácticas, ejercitar la escucha calificada, realizar acompañamiento sistemático de algunos casos, posibilitando la organización de la asistencia de modo que el usuario que necesite de atención en salud mental pueda tener un acompañamiento de resolución e integral. Además de eso, se quiere, con eso, producir corresponsabilización entre Equipo de Referencia y profesionales matriciales, con la posibilidad de garantía de encuentro productivo entre equipos de Atención Básica y equipos de los

CAPS, con vistas a la ampliación del cuidado en salud mental (Iglesias & Avellar, 2019).

De la integración del apoyador matricial con el profesional de referencia, un afectando y siendo afectado por el otro, compartiendo conocimientos, experiencias, visiones de mundo, consonancias y disonancias incluso, emergen nuevas perspectivas, posibilidades productivas y relaciones interpersonales. La riqueza de ese proceso dice respecto que las intervenciones ocurran no solo en la vida de los usuarios, sino que en los profesionales. El proceso implica la construcción del trabajo en acto, en la escucha y en compartir informaciones, en la planificación de un proyecto terapéutico singular y en la corresponsabilización de los profesionales involucrados (Hirdes, 2015).

Construcción de Proyecto Terapéutico Singular

El proyecto Terapéutico Singular (PTS) es una de las herramientas de trabajo en el cuidado desarrollado por la AB, él es comprendido como un conjunto de propuestas de conductas terapéuticas construidas con y para un sujeto individual o colectivo. Generalmente dedicada a casos complejos, él es una variación de la discusión de caso (Ministério da Saúde, 2009). En él los equipos de referencia y apoyo matricial pueden organizar un plan de cuidado junto con los(las) usuarios(as) y sus familias con el objetivo de facilitar la realización de las intervenciones necesarias que alcancen un cuidado integral, de resolución para las demandas existentes.

En ese sentido, fueron desarrollados algunos PTS para casos complejos de Salud Mental que deberían involucrar todos los profesionales. Inicialmente fueron organizados algunos momentos de educación permanente, en las reuniones, para presentar a los equipos lo que es y como funciona el PTS. Después de esa primera aproximación con la temática, el equipo eligió casos que fueron discutidos de forma general en las reuniones de eSF, los más complejos que demandaban un cuidado intensificado fueron elegidos, bien como los profesionales de referencia para el caso. Las intervenciones fueron organizadas en el PTS a partir de los siguientes momentos: diagnóstico, definición de metas, división de responsabilidades y reevaluación (Ministério da Saúde, 2009).

Después de la elección de los casos, fueron marcados encuentros con los usuarios para levantamiento de metas, intervenciones y los plazos para las mismas. Esa es una etapa esencial de la construcción del PTS, teniendo en vista que el mismo debe constituirse como una propuesta terapéutica de acuerdo con el usuario. Es con el amparo en el singular de cada sujeto explicitado en el PTS que los trabajadores de salud pueden promover una relación dialógica e interactiva con el usuario, centrándose en sus pretensiones, sus experiencias de vida y de su proceso salud-enfermedad, opiniones y necesidades ([Jorge et al., 2015](#)).

Los encuentros para la realización de las intervenciones acordadas eran realizados con frecuencia definida con los usuarios, que variaban entre encuentros semanales, quincenales y mensuales, con la participación de los profesionales responsables por el caso y otros, caso fuese necesario. Los primeros encuentros eran dedicados a la vinculación con el usuario, comprensión de su contexto, levantamiento de la historia de vida y estado de salud. Hechos con mucho cuidado, esos encuentros fueron esenciales para la continuación del trabajo desarrollado, pues acercaba el usuario de nosotros, estimulando la corresponsabilidad con el andamio de las acciones y una interacción horizontal.

Frente a esa complejidad de los casos, diversas intervenciones fueron pensadas y puestas en práctica: inicio de acompañamiento con odontólogo, fisioterapeuta, nutricionista, entre otros profesionales; acompañamiento terapéutico; actividades de arte; inserción en grupos; articulación con los servicios de la atención especializada; entre otros.

A la medida que las acciones eran desarrolladas, reuniones periódicas entre los profesionales eran realizadas para discusión, evaluación de las intervenciones y tomada de decisiones para los próximos pasos. Siendo este uno de los aspectos relevantes del PTS como herramienta para el apoyo matricial, su construcción exige que el caso sea discutido constantemente entre los profesionales de referencia. El PTS implica en compartir percepciones y reflexiones entre profesionales de diferentes áreas del conocimiento, a través de la división de tareas

y responsabilización compartida, en la busca por la comprensión de la situación o problema en cuestión ([Silva et al., 2019](#)).

El PTS es considerado una herramienta para disparar procesos de cambios en las prácticas de salud, pues posibilita una mayor aproximación entre los profesionales y las demandas en Salud Mental. Siendo, por lo tanto, un excelente espacio de formación permanente. Por otro lado, es un espacio de cambio y de aprendizaje para los apoyadores matriciales, que también experimentarán aplicar sus saberes en una condición compleja, llena de variables con las cuales ni siempre el recorte de una especialidad está acostumbrado a manejar. ([França et al., 2020](#); [Ministério da Saúde, 2009](#)). Por ser necesariamente una construcción colectiva, el proyecto terapéutico incorpora la noción interdisciplinaria o transdisciplinaria que partiendo de esa actitud integrativa entre los profesionales posibilita no solo el cambio de saberes, sino en la práctica inter/transdisciplinaria "no se enseña, tampoco se aprende; se vive, se ejerce" ([Cela & Oliveira, 2015, p.34](#))

Esa noción es extremadamente importante para podernos pensar en los modos de prácticas de salud a partir de concepto de transdisciplinaria. En ese sentido, la transdisciplinaria surge como un dispositivo a partir de la comprensión de que la complejidad evidenciada en los casos acompañados por los servicios de salud no permite la realización de un hacer clínico que sea individualizado. Transdisciplinaria, porque los conocimientos que hacen de ella parte deben ser tan relacionados, que no se cruzan entre ellos, haya transformación uno del otro y no necesite haber distinciones entre sí. Eso nos saca del lugar de experto, pues ningún saber nunca será suficiente para dar cuenta del plan de la realidad de cada sujeto ([Ministério da Saúde, 2009](#)).

A lo largo del proceso de construcción fue interesante percibir la apropiación con la cual los profesionales en el equipo de referencia pasaron a conducir las acciones, involucrados – incluso afectivamente – con los casos, ellos pasaron a asumir la responsabilidad de las actividades desarrolladas con los usuarios que anteriormente serían tachados como "de salud mental" y encaminamientos de forma indiscriminada.

Vale llamar atención que solo es posible desarrollar un trabajo transdisciplinar si el cuidado fuera desarrollado en red. Las experiencias descritas tornan nítida la importancia de la construcción de redes vivas de cuidado que ponen en conexión los varios servicios existentes en los territorios, produciendo el encuentro de trabajadores y usuarios, con potencia para elaborar y ejecutar proyectos terapéuticos singulares, siendo este uno de los objetivos centrales y uno de los mayores desafíos de apoyo matricial. Requiere ir más allá de la estructuración de la red física de los servicios, y considerar la dinámica micropolítica de la red de cuidados, que desafía los espacios de gestión del SUS y pide una mirada singular ([Hori & Nascimento, 2014](#)).

Todas las articulaciones citadas arriba crean la posibilidad de hacer la deseada clínica ampliada, cuya función, por excelencia, sería acompañar movimientos, metamorfosis subjetivas, paisajes que van procesándose cotidianamente en la vida, proporcionando un medio creador para encuentros y composiciones. Una clínica como práctica política que tiene que ver con el afecto y con la fabricación de modos de existencia ([Dimenstein et al., 2009](#)). Como nos presenta [Passos](#) y [Benevides \(2000\)](#) la clínica en cuanto experiencia de desvío, que hace bifurcar un camino de vida en la creación de nuevos territorios existenciales, que implica en una actitud de acogimiento de quien demanda tratamiento.

De esa forma, existe la posibilidad de incorporar el cuidado en salud mental en una perspectiva de clínica ampliada, mediante un abordaje interdisciplinar y/o transdisciplinar. El apoyo matricial en salud mental implica que esa construcción colectiva del trabajo ocurra como un proceso. Así, el apoyo matricial genera posibilidades de “mayores coeficientes de transversalidad en las relaciones entre los profesionales de los equipos de referencia, entre equipos de varios servicios y entre estos y los profesionales de áreas especializadas” ([Hirdes & Scarparo, 2015](#), pp. 389)

La ampliación del espacio de las prácticas en salud mental en AB, como en el NASF, por ejemplo, contribuye para la crítica y la deconstrucción de los artificios técnicos en las prácticas hegemónicas. Esto porque la ampliación de la clínica solo será posible en la reorganización del conocimiento, mediante un amplio proceso de capacitación de los equipos para que lideren con la subjetividad y una reorganización

de los modos de como se trabaja, que permita la construcción de vínculo ([Hirdes & Scarparo, 2015](#)).

El proceso de la reforma psiquiátrica invita a todos los profesionales y servicios que repiensen su hacer en salud mental, en una lógica de cuidado que promueva la desinstitutionalización, la valorización del habla del sujeto y la superación de la atención centrada en la medicalización, para así poder pensar en procesos terapéuticos que puedan producir la reinserción social de esos usuarios. A partir de eso, el paradigma manicomial sigue siendo deconstruido, generando nuevas demandas para el pensar y el hacer de esos profesionales.

Todos los aspectos dichos hasta aquí destacan algunos elementos que son imprescindibles para el desarrollo del apoyo matricial en salud mental, son ellos: transdisciplinariedad, red de relaciones, integralidad, autonomía del sujeto en su proceso de subjetivación, intersectorialidad, formación de vínculo, humanización y por fin, implicación y análisis (producción) de nosotros mismos.

Consideraciones finales

La inserción del NASF en la AB permite que pequeñas alteraciones en las prácticas de salud posibiliten acciones con una mirada vuelta a la complejidad y la vida de los sujetos y sus necesidades de salud. Esa nueva perspectiva, un tanto cuanto revolucionaria, demanda que esas acciones sean realizadas a partir de un trabajo conjunto, transdisciplinar, tornando el apoyo matricial un importante dispositivo para la ampliación de la clínica.

En lo que toca al apoyo matricial en salud mental es posible reflejar sobre la importancia de extenderse y consolidar el cuidado en salud mental en la AB, promoviendo cambios importantes en la lógica de atención. La salud mental necesita ser vista como un campo plural e integrado a las diversas líneas de cuidado de los equipos de Atención Básica/ Salud de la Familia.

Algunos desafíos aún necesitan ser superados y los equipos necesitan estar sabiendo de sus responsabilidades como equipo de referencia frente los casos de salud mental, todavía el camino está siendo construido, aunque a pasos lentos.

De todo modo, creo que el trabajo de apoyo matricial relatado en este artículo posibilitó agregar saberes e instaurar reflexiones positivas en el sentido de deshacer los “nudos” de la desinstitucionalización, establecer alianzas longitudinales y fortalecer la mirada de los equipos de salud de la familia y del propio NASF para el territorio en lo que toca a las demandas de salud mental.

Todo el trayecto delimitado aquí da la oportunidad a la reflexión que la organización y la práctica de la asistencia en salud pautadas en el apoyo matricial posibilita un hacer que busca desvíos e inventa caminos nunca imaginados, imprimiendo análisis a partir de un conjunto de diferentes lógicas, rechazando el lugar de la solución de problemas mediatos y actuando en el inusitado de los acontecimientos (Nascimento et al., 2006).

Para finalizar, es imprescindible que se haga un análisis para los intentos de retroceso que las políticas públicas de salud han sufrido a lo largo de los últimos años. Los avances admitidos a través de la lucha colectiva de trabajadores, usuarios y gestores del SUS en favor de la defensa y operatividad de un sistema de salud igualitario, universal e integral están siendo atingidos por aquellos que creen que salud es mercancía.

Tanto las políticas de Atención Básica como a las políticas de Salud Mental (bases para el hacer en el NASF) están sufriendo desmontes con la institución de direccionamientos para el trabajo que no coadunan con los principios de la Reforma Psiquiátrica y de la Reforma Sanitaria. Por ese motivo es a partir de la dimensión ético-política que debe estar presente en nuestro hacer, que una acción actuante y militante debe ser hecha. Defender el SUS, defender las reformas, defender el NASF, defender el apoyo matricial y la clínica ampliada como prácticas de cuidado son herramientas importantes para la manutención de un hacer en salud para todas, todes y todos.

Contribuciones de las autoras

Nogueira FON participó del relato, producción y redacción del manuscrito, incluyendo la discusión, revisión y aprobación de la versión final del artículo. Mota CS y Teixeira DS contribuyeron substancialmente en todas las etapas de la concepción y elaboración del artículo, incluyendo la discusión de los datos, revisión y aprobación de la versión final del artículo.

Conflictos de intereses

Ningún conflicto financiero, legal o político involucrando terceros (gobiernos, empresas y fundaciones privadas, etc.) fue declarado para ningún aspecto del trabajo sometido (incluyendo, pero no limitándose a subvenciones y financiamientos, participación en consejo consultivo, diseño de estudio, preparación de manuscrito, análisis estadístico, etc.).

Referencias

- Amaral, C. E. M., Torrenté, M. D. O. N. D., Torrenté, M. D., & Moreira, C. P. (2018) Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde [Apoyo matricial en Salud Mental en atención primaria: efectos sobre la comprensión y el manejo por parte del personal sanitario comunitario]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(66), 801-812. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0473>
- Arrais, A. R, Araújo, T. C. C. F., & Schiavo, R. A. (2018). Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico [Factores de riesgo y protección asociados a la depresión posparto en la atención prenatal psicológica]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(4), 711-729. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde [Matriz de apoyo y equipo de referencia: una metodología para gestionar el trabajo interdisciplinar en salud]. *Cadernos de saúde pública*, 23(2), 399-407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
- Campos G. W. S., Figueiredo M.D., Pereira Júnior N., & Castro C. P. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada [La aplicación de la metodología Paideia en el apoyo institucional, el apoyo matricial y la clínica ampliada]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(Supl 1), 983-95. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>
- Cela, M., & Oliveira, I. F. (2015). O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações [El psicólogo en el Centro de Apoyo a la Salud Familiar: articulación de conocimientos y acciones]. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 20(1). <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150005>
- Cezar, P. K., Rodrigues, P. M., & Arpini, D. M. (2015). A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional [La psicología en la estrategia de salud familiar: experiencias de residencia multiprofesional]. *Psicologia: ciência e profissão*, 35(1), 211-224. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000012014>

- Cunha, T. C. (2016). De que(m) temos medo? A produção social do medo como discurso de ordem [¿A qué(quié) tenemos miedo? La producción social del miedo como discurso del orden]. *Revista Mythos*. https://www.academia.edu/download/53397342/De_quem_temos_medo_-_Thiago_Colmenero_Cunha_-_revista_Mythos_maio2017.pdf
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental [Apoyo matricial en las Unidades de Salud Familiar: experimentando innovaciones en salud mental]. *Saúde e sociedade*, 18(1), 63-74. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007>
- Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial [Formación en Psicología: requisitos para trabajar en atención primaria y psicossocial]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(SPE), 232-245. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>
- Figueiredo, M. D., & Campos, R. O. (2009). Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? [La salud mental en la atención básica de salud en Campinas, SP: ¿una red o una maraña?]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 129-138. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>
- França, M. A. S. A., Spirandelli, A. C. M. A., & Verde, M. C. C. L. V. (2020). Uso de ferramentas de gestão na micropolítica do trabalho em saúde: um relato de experiência [Utilización de herramientas de gestión en la micropolítica del trabajo sanitario: informe de una experiencia]. *Saúde em Debate*, 43(6), 138-146. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S613>
- Hirdes, A. (2015). A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental [La perspectiva de los profesionales de Atención Primaria sobre el apoyo matricial en salud mental]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 371-382. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.11122014>
- Hirdes, A., & Scarparo, H. B. K. (2015). O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde [El laberinto y el minotauro: la salud mental en la Atención Primaria]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 383-393. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>
- Hori, A. A., & Nascimento, A. F. (2014). O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil [El Proyecto Terapéutico Singular y las prácticas de salud mental en los Centros de Apoyo a la Salud Familiar (NASF) de Guarulhos (SP), Brasil]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3561-3571. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11412013>
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2016). As contribuições dos psicólogos para o matriciamento em saúde mental [Las contribuciones de los psicólogos al matriciamento de la salud mental]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 364-379. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001372014>
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2019). Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores [Matriciamento em Saúde Mental: prácticas y concepciones aportadas por equipos de referencia, matriciadores y gestores]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1247-1254. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>
- Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de pesquisa* [Métodos de investigación]. Plageder.
- Jorge, M. S. B., Diniz, A. M., Lima, L. L., & Penha, J. C. (2015). Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental [Apoyo matricial, proyecto terapéutico singular y producción de cuidados en salud mental]. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24(1), 112-120. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002430013>
- Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. (2005). Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências [Establece el Programa Nacional de Inclusión Juvenil - Projovem; crea el Consejo Nacional de la Juventud - CNJ y la Secretaría Nacional de la Juventud; modifica las Leyes nº 10.683, de 28 de mayo de 2003, y nº 10.429, de 24 de abril de 2002; y dicta otras disposiciones]. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm
- Ministério da Saúde. (2003). *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários* [Salud mental y atención primaria: el vínculo y el diálogo necesarios]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas/departamento de atenção básica. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão de Atenção Básica. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>
- Ministério da Saúde. (2004). *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial* [HumanizaSUS: equipo de referencia y apoyo matricial]. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf
- Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil* [Reforma psiquiátrica y política de salud mental en Brasil]. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

- Ministério da Saúde. (2009). *Clínica ampliada e compartilhada* [Clínica ampliada y compartida]. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf
- Ministério da Saúde. (2010). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família* [Directrices de la NASF: Centro de apoyo a la salud familiar] (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Caderno de Atenção Básica, n. 27). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf
- Ministério da Saúde. (2014). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho* [Núcleo de Apoio a la Salud de la Familia - Volumen 1: Herramientas para la gestión y el trabajo] (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
- Nascimento, M. L., Manzini, J. M., & Bocco, F. (2006). Reinventando as práticas psi [Reinventar las prácticas psi]. *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 15-20. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000100003>
- Passos, E., & Barros, R. B. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade [La construcción del plan clínico y el concepto de transdisciplinariedad]. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 16(1), 71-79. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722000000100010>
- Pedrosa, S. P. O. F., & Pereira, E. R. (2020). Coordinando grupos em sala de espera: analisando o processo [Coordinación de los grupos de la sala de espera: análisis del proceso]. *Revista da SPAGESP*, 21(2), 66-82. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000200006&lng=pt&tlng=pt
- Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998.* (1998). Relaciona categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do CNS [Enumera las categorías de profesionales sanitarios de nivel superior a efectos de la actuación del CNS]. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html
- Rossi, V. R. (2015). Medida de Segurança: a violação do direito à saúde a partir do conceito de periculosidade [Medida de seguridad: la vulneración del derecho a la salud desde el concepto de peligrosidad]. *Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário*, 4(3), 75-93. <https://doi.org/10.17566/ciads.v4i3.171>
- Silva, L. J. C. D. A., Araújo, A. C. V. D., Vasconcelos, N. L. D., Paiva, C. B. N., & Pires, C. A. (2019). A Contribuição do apoiador matricial na superação do modelo psiquiátrico tradicional [La contribución del partidario de la matriz en la superación del modelo psiquiátrico tradicional]. *Psicologia em Estudo*, 24, e44107. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.44107>
- Tófoli, L. F., & Fortes, S. (2007). Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência [Apoyo a la matriz de salud mental en la atención primaria en el municipio de Sobral, CE: el informe de una experiencia]. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 6(2), 34-42. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/151/143>