

Ámbitos terapéuticos y matriciales: una experiencia grupal de salud mental en la atención primaria

Alcances terapêuticos e matriciais: uma experiência de grupo de saúde mental na atenção básica¹

Therapeutic and matrix reaches: an experience of a mental health group in primary care

Yanna Cangussu¹ 

Lidiane Guedes² 

¹Autora correspondiente. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil. yanna.cangussu@gmail.com

²Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (Santo Antônio de Jesus). Bahia, Brasil. guedes.lidiane@gmail.com

RESUMEN | INTRODUCCIÓN: La salud mental gana otro lugar en el sistema integral de atención a la salud a partir del SUS. La Atención Primaria pasa a formar parte del RAPS a partir de la Ordenanza 3088 (2011), pasando a ser corresponsable de esta atención. En la práctica, este cambio se da de forma progresiva y encuentra barreras, especialmente en lo que se refiere a la formación de los profesionales y algunos estigmas arraigados. Por lo tanto, se destaca la importancia de las acciones dirigidas a la promoción de la salud mental en este contexto. **OBJETIVO:** Reflexionar sobre los desafíos y potencialidades de la AB frente a las demandas de la HM y el apoyo matricial entre los profesionales de la salud, a través del relato de la experiencia de un grupo de atención en la HM, en la óptica de una psicóloga del Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia (FESF-Fiocruz). **MÉTODO:** Se trata de un relato de experiencia, de carácter cualitativo, sobre un grupo de atención a la EM realizado en una USF de Lauro de Freitas (BA). **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** El grupo se desarrolló de forma interdisciplinaria y con participación social. Pretendió ser terapéutico, abriéndose a la escucha y fortaleciendo vínculos, además de ser un espacio de apoyo matricial. **CONSIDERACIONES FINALES:** AB es un servicio fundamental en la estructuración de RAPS, pero aún está en proceso de reinventarse en este rol. El grupo demuestra cuán desafiante puede ser ir más allá de la lógica biomédica, proponer superar estigmas, crear nuevas posibilidades para el cuidado de la salud y dejarse afectar por la experiencia, pero también cómo puede ser transformadora para la salud mental y la formación de los implicados.

PALABRAS CLAVE: Atención primaria. Salud mental. Grupo. Matriciamento.

RESUMO | INTRODUÇÃO: A saúde mental ganha um outro lugar no sistema de cuidado integral à saúde a partir do SUS. A Atenção Básica passa a integrar a RAPS desde a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, tornando-se corresponsável por este cuidado. Na prática essa mudança ocorre de forma progressiva e encontra barreiras, principalmente quanto a formação dos profissionais e alguns estigmas enraizados. Diante disso, destaca-se a importância de ações que visem promover a saúde mental neste contexto. **OBJETIVO:** Refletir acerca dos desafios e potencialidades da AB frente as demandas de SM e do matriciamento entre os profissionais de saúde, através do relato da experiência de um grupo de cuidado em SM, sob o ponto de vista de uma psicóloga da Residência Multiprofissional de Saúde da Família (FESF-Fiocruz). **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência, de caráter qualitativo, sobre um grupo de cuidado em SM realizado em uma USF em Lauro de Freitas (BA). **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O grupo foi desenvolvido de forma interdisciplinar e com participação social. Visou ser terapêutico, abrindo-se para a escuta e fortalecimento de vínculos, além de ser um espaço de matriciamento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A AB é um serviço fundamental na estruturação da RAPS, porém ainda está num processo de se reinventar neste papel. O grupo demonstra como pode ser um desafio ir além da lógica biomédica, se propor a superar estigmas, criar novas possibilidades de cuidado em saúde, e se permitir ser afetado pela experiência, mas também como pode ser transformador para a saúde mental e formação dos envolvidos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção básica. Saúde mental. Grupo. Matriciamento.

¹Este artículo fue presentado como Trabajo de Conclusión de Especialización (TCE) para el título de especialista en el Programa de Posgrado en Salud Mental y Atención Básico por la Escuela de Medicina y Salud Pública.

Presentado 31/08/2021, Aceptado 26/01/2022, Publicado 04/03/22
 Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2022;11:e4046
<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2022.4046>
 ISSN: 2317-3394

Cómo citar este artículo: Cangussu, Y., & Guedes, L. (2022). Ámbitos terapéuticos y matriciales: una experiencia grupal de salud mental en la atención primaria. *Revista Psicología, Diversidade e Saúde*, 11, e4046. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2022.4046>



ABSTRACT | INTRODUCTION: Mental health gains another place in the health care system from the SUS. Primary Care has become part of the RAPS since Ordinance 3088 (2011), becoming co-responsible for this Care. In practice, this change occurs progressively and encounters barriers, especially regarding the training of professionals and some ingrained stigmas. Therefore, the importance of actions aimed at promoting mental health in this context is highlighted. **OBJECTIVE:** to reflect on the challenges and potential of AB in the face of the demands of MH and the matrix support among health professionals, through the report of the experience of a care group in MH, from the point of view of a psychologist of the Multiprofessional Health Residency of the Family (FESF-Fiocruz). **METHOD:** This is an experience report, of a qualitative nature, about an MS care group carried out at a USF in Lauro de Freitas (BA). **RESULTS AND DISCUSSIONS:** The group was developed interdisciplinary and with social participation. It aimed to be therapeutic, opening itself to listening and strengthening bonds, in addition to being a space for matrix support. **FINAL CONSIDERATIONS:** AB is a fundamental service in the structuring of RAPS, but it is still in the process of reinventing itself in this role. The group demonstrates how challenging it can be to go beyond the biomedical logic, propose to overcome stigmas, create new possibilities for health care, and allow oneself to be affected by the experience, but also how it can be transformative for mental health and the training of those involved.

KEYWORDS: Primary care. Mental health. Group. Matrix support.

Introducción

Revolucionario es un adjetivo que caracteriza fuertemente al Sistema Único de Saúde (SUS) brasileño, por aportar una perspectiva de atención diferente a la tradicional biologicista y meramente curativa. A partir de la Reforma Sanitaria y de la Reforma Psiquiátrica (RP), el cambio respecto a la salud fue estructural, reafirmando como un derecho, y dando cabida a la participación y al control social ([Nogueira & Brito, 2017](#)).

El RP, teniendo como protagonistas a los trabajadores de la salud mental (SM), a los usuarios y a sus familias, tenía como objetivo principal la deconstrucción del paradigma del asilo ([Ramos & Pio, 2010](#)). Según Paulo [Amarante](#) (1995), el movimiento surgió de la indignación hacia las prácticas asilares basadas en la psiquiatría clásica. Estas instituciones, que deberían promover la salud, acabaron cronificando los casos y segregando a los sujetos, además de toda la violencia institucional que alarmó a la sociedad. La nueva perspectiva trajo la idea de extender la atención a los espacios públicos, promoviendo la reinserción social, la humanización y la garantía de los derechos. Tras la creación del SUS, el MS pasó a incorporar el sistema de atención integral, y el modelo asistencial se orientó hacia la promoción de la salud, haciendo que su objeto central fuera el sujeto biopsicosocial, y no ya la enfermedad. Recién en 2001 el movimiento iniciado en la década de 1980 logró la sanción de la Ley 10.216, que garantiza los derechos de las personas con trastornos mentales y reorienta todo el modelo de atención ([Almeida et al., 2020](#)).

En este contexto, la Atención Primaria de Salud (APS) se destaca porque sus principales atribuciones se centran en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, involucrando acciones de diagnóstico y tratamiento, rehabilitación, reducción de daños y mantenimiento de la salud ([Ministério da Saúde, 2012](#)). Así, asume un papel articulador entre los servicios de la Red Asistencial (RAS), siendo la base de los niveles de atención secundaria y terciaria. En la forma en que está estructurada, territorializada y como principal puerta de entrada, la UCP tiene la posibilidad de conocer a la población de ese territorio y sus necesidades reales, por lo que en eso deben basarse sus acciones, y tomando como estrategia el uso de tecnologías blandas y duras ([Cangussu, 2020](#)).

Considerando las "tecnologías" como los recursos materiales e inmateriales utilizados para producir acciones transformadoras de la naturaleza (M. M. S. [Silva et al., 2015](#)), podemos así definir las tecnologías blandas como aquellas relacionadas con la producción de vínculo, la acogida y la gestión del proceso de trabajo, con énfasis en la alta densidad relacional entre trabajador y usuario. A su vez, las levaduras están relacionadas con el conocimiento estructurado de cada área. En conjunto, proporcionan la base de la atención en la UCP, sin excluir, sin embargo, las tecnologías duras relacionadas con el equipamiento tecnológico, las normas y las estructuras organizativas (M. M. S. [Silva et al., 2015](#)). Estas acciones deben considerar al sujeto como singular, integral y autónomo, además de entender que los determinantes sociales de la salud interfieren directamente en las condiciones de salud de la población ([Ministério da Saúde, 2012](#)). Para que toda esta complejidad sea posible, es importante que se trabaje desde la corresponsabilidad de los servicios sanitarios, la actuación de equipos multidisciplinares y la participación popular.

Entre los usuarios ingresados en la UCP, se encuentran los que se encuentran en situación de malestar psicológico, que deben encontrar un lugar de atención en la misma, ya que, según la Ordenanza 3088 de 23 de diciembre de 2011, por la que se crea la *Rede de Atenção Psicossocial* (RAPS), la UCP pasa a ser corresponsable como parte integrante de esta red. Ramos & Pio (2010) coinciden con la visión de Merhy (M. .M S.M Silva et al., 2015) sobre el cuidado, asignando este concepto como el verdadero objeto de la salud, crucial para cualquier intención de curación, promoción y protección de la salud. La producción de cuidados se ve aquí como algo dinámico y realizado por todos los sujetos implicados en las singularidades de las relaciones y colectividades. Sin embargo, esto no se limita a los profesionales de la salud, sino que se espera que todo profesional de la salud sea un promotor de la atención capacitado para actuar con tecnologías blandas.

La UCP es un servicio estratégico en este sentido, ya que se centra en acercar a la población y a cada individuo a sus diversas historias, incluidas las que tienen repercusiones más notorias en la salud mental (Ministério da Saúde, 2013). Según Ramos y Pio (2010, p. 216):

Todo problema de salud es también -y siempre- mental, y que toda salud mental es también -y siempre- producción de salud, en este sentido, siempre será importante y necesaria la articulación de la salud mental con la atención sanitaria básica.

Entre las posibles formas de actuación de la PC contra el SM están: la acogida y el fortalecimiento del vínculo, la escucha y la promoción de la reinserción social, la reducción de daños, además de las actividades terapéuticas y de ocio, la atención sanitaria general, la implementación de proyectos terapéuticos singulares y la articulación de la atención entre los servicios de la RAPS. Ocurre que, ante tantos cambios en la lógica del cuidado, es común encontrar profesionales que se sienten inseguros, con dudas, temores o interés en capacitarse para actuar mejor en estos casos, y es a partir de esto que surge la propuesta de apoyo matricial (Cangussu, 2020).

El apoyo matricial es una estrategia pedagógica y terapéutica destinada a promover la atención compartida en la que, además de la acción sanitaria en favor del usuario, los profesionales tienen la oportunidad de cualificarse, es decir, de aprender

mediante el intercambio de conocimientos entre ellos. (Chiaverini, 2011). Este dispositivo tiene un gran potencial en cuanto a la Salud Metabólica en la PC, y puede darse tanto de forma intersectorial, entre varios servicios de la RAPS y la RAS, como entre los equipos de la PC y el *Núcleo Ampliado da Saúde da Família* (NASF).

A *Saúde da Família* (SSF) es la principal estrategia del SUS para la consolidación de la UCP, con el fin de producir una atención más integral, equitativa y continua, según la Ordenanza N° 2.436, del 21 de septiembre de 2017. El trabajo de esta estrategia lo realizan equipos multiprofesionales, entre los que se encuentran los equipos mínimos (eSF), compuestos por un médico, un enfermero y un técnico o auxiliar de enfermería, los dentistas, un auxiliar o técnico de salud bucodental y los agentes de salud comunitaria o de enfermedades endémicas; y la NASF.

Según la Ordenanza n° 2436 del 21 de septiembre de 2017 y la Política Nacional de Cuidados (PNAB), el NASF está compuesto por un equipo multiprofesional e interdisciplinar con categorías profesionales complementarias al eSF. Sus especialidades pueden variar en función de las demandas de cada territorio y sus actuaciones deben basarse en las necesidades de la población y en las dificultades de los profesionales de la UCP. Por lo tanto, deben trabajar en una relación horizontal con otros profesionales, proporcionándoles apoyo clínico, sanitario y pedagógico, en favor de la atención longitudinal. El intercambio de conocimientos, las responsabilidades y la articulación de redes y colectividades son algunas de sus atribuciones, tal como lo establece la Ordenanza N° 2.436 (2017). La NASF pretende aumentar la resolutivez del FH, asumiendo la corresponsabilidad de los cuidados y reduciendo las derivaciones a la atención especializada (Klein & d'Oliveira, 2017).

Desde su creación por el Ministerio de Salud en 2008, la NASF ha sufrido cambios significativos que amenazan su función de apoyo a la matriz y dan cabida al mantenimiento de una lógica más ambulatoria, opuesta a la transdisciplinariedad (Melo et al., 2018). Fue en 2019 cuando sufrió su mayor impacto porque, a partir del programa *Previne Brasil*, nos enfrentamos a un cambio radical en el modelo de financiación de la AB en el SUS. La transferencia de fondos federales a los municipios, que antes se basaba en el número de equipos, incluidos los Equipos de Salud Familiar

(ESF) y los NASF registrados, se basa ahora en el número de usuarios registrados y en los indicadores de rendimiento de los equipos (indicadores basados en una lógica médico-céntrica que no tienen en cuenta el rendimiento de muchas profesiones de los NASF). Teniendo en cuenta que los SSF son el mínimo necesario para la existencia de una Unidad de Salud Familiar (USF), su existencia no se vio afectada.

Corresponde a los gestores locales, ante la pérdida del principal financiador de la NASF (el EM), elegir el mantenimiento de estos profesionales y cómo deben actuar. Esto caracteriza el fin de la política nacional de la NASF-AB como estrategia, que llevó al fin de varios equipos, al despido de miles de profesionales, a la sobrecarga del SFS y a la falta de atención integral a los usuarios (Reis & Meneses, 2020). La pregunta sigue siendo: ¿merece nuestra sanidad tener sólo lo mínimo necesario para un servicio que funcione? Prefiero pensar que no, al fin y al cabo la lógica del SUS presupone un trabajo multiprofesional ampliado e integrado, y con una cualificación continua, para que pueda tratar toda la complejidad de la vida humana en una población tan grande y múltiple como la de Brasil.

En este contexto, es importante conocer el trabajo y las potencialidades de la NASF en materia de salud y, en concreto, de EM. Por lo tanto, este artículo aborda la experiencia de creación/desarrollo de un grupo de atención a la salud mental realizado en una FHU en Lauro de Freitas - Bahía (BA), desde el punto de vista de un psicólogo de la NASF. El grupo en cuestión fue desarrollado por un FHU con dos psicólogos de la NASF y también contó con el apoyo de otros profesionales de equipos mínimos y de la NASF, tanto en la planificación como en las discusiones de difusión, además de la participación activa de la comunidad.

Cabe destacar que esta FHU tuvo la particularidad de acoger el programa de Residencia Multiprofesional en Salud Familiar y la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria de la *Fundação Estatal Saúde da Família* (FESF) en colaboración con la *Fundação Oswaldo Cruz* (Fiocruz). El territorio adscrito tenía una alta demanda de atención en EM y se esperaba que los psicólogos asumieran un seguimiento clínico ambulatorio, propio de una sobrecarga de la categoría, así como de la falta de espacios para la matrícula y la promoción de la atención sanitaria integral. De ahí surge la idea de este grupo como medio para potenciar la acogida

de estos usuarios y la corresponsabilidad de la UCP con su atención, a través del apoyo matricial.

Sería un espacio de intercambio entre profesionales y entre profesionales y usuarios, para estrechar lazos, prevenir lesiones, promover la salud y el crecimiento profesional.

Incluso después de años de relaciones públicas, el campo de la EM sigue marcado por las luchas para garantizar y reconocer su lugar de atención en muchos servicios de salud, lo que se ve agravado por la formación de muchos profesionales en la UCP que reproducen un estándar hegemónico biologicista y reduccionista, no permitiéndoles acoger a este público. A partir de esto, este trabajo tiene como objetivo reflexionar sobre los desafíos y potencialidades de la UCP frente a las demandas del SM y del matriciamento entre los profesionales de la salud, a través del relato de la experiencia de un grupo de atención en el SM, desde el punto de vista de una psicóloga de la Residencia Multiprofesional de Salud Familiar (FESF-Fiocruz).

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo, ya que pretende ahondar en un contexto determinado para poder tejer reflexiones. Este es un informe de experiencia de un grupo de atención en EM que se desarrolló en una FHU de Lauro de Freitas (BA) en 2018, desde el punto de vista de un psicólogo residente. Este tipo de trabajo pretende contribuir a los estudios en un área determinada a partir de lo que se puede aprender de una experiencia específica (Gerhardt & Silveira, 2009). Para ello, se buscó preservar el compromiso ético con las personas involucradas en la experiencia, especialmente en lo que respecta a la confidencialidad de las identidades y la información personal.

Experimentar este viaje de escritura fue un acto de revivir en la memoria un proceso que me transformó como profesional y como persona, y para ello se utilizó el diario de campo. El diario es una herramienta de producción de conocimiento que permite analizar la experiencia, a partir del registro de lo que ocurre en la vida cotidiana. La escritura se realiza en función del campo, y también produce cruces en este campo. Su análisis puede generar malestares, surcos y, por lo tanto, desplazamientos de un orden instituido y

cristalizado, y apertura para el surgimiento de otros pensamientos, afectaciones y creaciones, como aborda Lourau ([Nascimento & Lemos, 2020](#)).

Lauro de Freitas es una ciudad de Bahía que se extiende por 57,7 km² y contaba con 163.449 habitantes en el último censo del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) en 2010, con una población estimada en 2021 de 204.669 personas ([Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística](#) El municipio ha ido ampliando su cobertura de AB, y en 2019 alcanzaron el hito del 75% de áreas cubiertas por USF's, según [Reyner](#) (05 agosto, 2019).

En este caso, la USF tuvo la particularidad de acoger el programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia y la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria de la Fundación Estatal Salud de la Familia (FESF) en colaboración con la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz). El programa de Residencia Multiprofesional fue creado por la Ley 11.129 de 2005 con el objetivo de posibilitar la inserción y calificación de jóvenes profesionales de la salud en el mercado de trabajo, y más específicamente en las áreas demandadas por el SUS. Constituyen un modelo de enseñanza/aprendizaje, con carácter de postgrado lato sensu, a través del cual los jóvenes profesionales pueden cualificarse mientras se insertan en la práctica del servicio, contando con el apoyo de la supervisión docente asistencial, como se cita en la ley nº 11.129, de 30 de junio de 2005.

Este programa de Residencia tiene una duración de 2 años, y en el primer año (R1) los residentes asumen el servicio de la USF, y en el segundo año (R2) participan en diferentes prácticas en otros servicios de salud de la red, en conjunto con el AB. El mencionado grupo, denominado Bem Viver (Buen Vivir), comenzó a mediados del primer año de los residentes y duró 6 meses. La disolución del grupo se produjo al final de la R1 de mi grupo de profesionales residentes, y esto coincidió también con otras cuestiones externas que incidieron en la salida de la residencia del municipio. Este hecho acabó limitando la continuidad de la propuesta y, por tanto, una mayor profundidad del estudio.

El USF en cuestión estaba formado por 5 equipos mínimos y un equipo de la NASF que sólo cubría su territorio. Entre los profesionales había quienes eran miembros de la residencia o de su cuerpo pedagógico, y funcionarios.

La idea del grupo se desarrolló a través de un diálogo entre dos psicólogos de la NASF junto con un FHS debido al análisis de la alta demanda de atención a la EM en el territorio. Estos fueron también los profesionales responsables del desarrollo del grupo: dos psicólogos y una enfermera (residentes), un médico (empleado municipal y preceptor de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria) y un CHW. El equipo contaba con otros dos CHA que prefirieron no participar.

Durante el proceso de planificación, el proyecto se discutió como una agenda en las reuniones de la unidad con todos en la FHU, y con los preceptores y partidarios del programa de residencia en otros espacios educativos. La NASF, algunos otros residentes y las CHA también apoyaron la planificación, aportando sus puntos de vista a las reuniones de la unidad y a las reuniones de la NASF, y estando disponibles para participar en actividades específicas cuando se les pedía (por ejemplo, la difusión). En la USF, ya hubo reuniones de matriciamento sobre la EM con la participación de un psicólogo del Centro de Atención Psicosocial para el alcohol y otras drogas (CAPS ad) y de profesionales de la Clínica de la Calle, que acabaron aportando sus reflexiones sobre la planificación. Aunque el RAPS del territorio trabaja con el sistema de referencia y contrarreferencia, se vio en este grupo la posibilidad de ampliar la corresponsabilidad del PC con el SM, y la cualificación de los profesionales del matriciamento. Cuando se identificaron demandas con perfiles para otros servicios de la red, se derivó a los pacientes, pero esto no impidió que continuaran las reuniones.

El equipo responsable ya celebraba reuniones semanales, y en ellas se incluía un tiempo para la planificación del grupo, incluyendo las sugerencias de la comunidad. Al final de cada grupo hubo también un momento de evaluación de la jornada, tanto con los usuarios como exclusivamente con los profesionales, con discusiones matriciales. Así, el desarrollo del grupo tuvo lugar de forma dinámica y participativa.

Desde el principio, se preparó un proyecto que definía algunas especificidades: sería un grupo de atención a la salud mental, en el que las personas podrían hablar de sus angustias y ser escuchadas, podrían recibir apoyo, formar vínculos e identificaciones, y los profesionales podrían aprender de la práctica y de los intercambios. Estaba abierto a todos los miembros de la comunidad que experimentaban problemas

de sufrimiento psicológico, pero se celebraba en un despacho cerrado, haciendo hincapié en la importancia de la confidencialidad de los temas que allí se trataban. Los responsables de la FHS deberían estar siempre presentes como forma de fortalecer el vínculo, pero los psicólogos se turnarían para estar siempre presentes en los grupos como forma de facilitar la gestión y el apoyo matricial, así como para contemplar la agenda dinámica de la NASF.

En cuanto al público objetivo, los CHA identificaron a posibles usuarios con el perfil para formar parte del grupo y realizaron visitas domiciliarias con el enfermero del equipo para estrechar lazos, presentar la propuesta e invitarlos al grupo. Además, otros profesionales de la salud y los propios psicólogos hicieron la invitación cuando identificaron la demanda en su atención. Poco a poco, el grupo se fue conociendo y los propios usuarios empezaron a invitar a otros. Así, tuvieron libre acceso a la recepción de la FHU, donde se identificaron y fueron orientados en cuanto a la participación.

El grupo se reunía una vez a la semana. Los lunes se colocaba un cartel en la oficina donde se realizaba, y duraba una media de 1 hora y media. Siempre se dividía en 3 etapas: 1. momento de presentación si había nuevos participantes, donde se podía confirmar la demanda y el perfil (si era necesario después se podían discutir otras estrategias de atención para cada caso); 2. actividad principal prevista para cada día; 3. despedida con música tocada a la guitarra por el médico del equipo y cantada por todos. Así nació Bem Viver.

Resultados y debates

El inicio del camino

Confieso que el proceso de residencia en sí mismo ya es un reto indescriptible, pero en este caso destaca una particularidad más: fuimos el primer grupo de psicólogos en participar en esta residencia. Había una expectativa sobre nosotros desde el día en que nos inscribimos, debido a la gran demanda de atención a la salud mental presentada por el territorio y los profesionales. Aunque me sentía halagado por ser buscado en este lugar, también tenía muchas dudas: ¿cuál era nuestro papel en la PCU? ¿Cómo era el trabajo de un NASF?

El NASF es un equipo multidisciplinar con diferentes categorías de profesionales sanitarios que deben trabajar en colaboración con los profesionales del SFS. Desde su creación por la Norma Administrativa nº 154, del 24 de enero de 2008, la propuesta ha sido un trabajo integrado, compartiendo los diferentes conocimientos y la corresponsabilidad de la atención como forma de ampliar el trabajo de los equipos de la UCP, revisar la práctica de las derivaciones y fortalecer las estrategias de atención longitudinal. Por lo tanto, el NASF no debe funcionar como una puerta de entrada al sistema, y su trabajo se diseñará en función de las demandas que presente el territorio y de las dificultades que presenten los profesionales del SFS, con el fin de apoyarlos, tal y como se recoge en la Ordenanza nº 154 de 24 de enero de 2008. No es un servicio de especialidad de la UCP; por el contrario, sigue la lógica de un trabajo matricial, considerando el matriciamento como una forma de producir salud a través de la construcción compartida del trabajo y con espacios de intercambio pedagógico-terapéutico entre profesionales ([Chiaverini, 2011](#)).

Entre las dificultades presentadas por los profesionales en el contexto de este informe, destaca el tratamiento de los casos de salud mental. Inicialmente, prevaleció la práctica de las derivaciones, había una cierta expectativa de que la psicología asumiera sola el frente de los casos de SM. La Guía Práctica de Matriciamento en Salud Mental, del Ministerio de Salud, destaca incluso que una de las razones implicadas en esta inseguridad puede ser el hecho de que algunas formaciones sanitarias no profundizan en los estudios de salud mental, especialmente los más biologicistas. Además, existe la posibilidad de que los profesionales sólo hayan convivido con pacientes de salud mental en entornos hospitalarios y en crisis, lo que favorece la creación de algunos estigmas ([Chiaverini, 2011](#)). La locura en sí misma ya conlleva muchos estigmas.

[Almeida](#) et al. (2020) coinciden con este punto de vista en que las dificultades de estos profesionales pueden deberse, en muchas ocasiones, a sentimientos de miedo a las reacciones de los pacientes con trastornos mentales, o a la falta de conocimientos sobre un tema tan complejo como la EM ([Almeida et al., 2020](#)). También es común entre ellos el sentimiento de frustración e impotencia por percibirse incapaces de curar a estos pacientes, lo que apunta a una práctica curativista centrada en la enfermedad. La tendencia en estos casos es una atención más centrada en el

alivio de los síntomas agudos mediante intervenciones farmacológicas, dejando, por tanto, el tema en un segundo plano. Esta visión no corrobora el principio de integralidad y atención ampliada previsto para la UCP ([Angelini](#) & Caccia-Bava, 2015).

Sin embargo, en la actualidad está claro que las prácticas asistenciales en estos casos deben ser realizadas por todos los profesionales, no sólo en el sentido curativo, sino en una perspectiva terapéutica y preventiva que busque garantizar la autonomía de estos individuos en la producción de su propia salud (A. F. [Silva](#) et al., 2018).

En estos casos, incluso las personas con trastornos mentales graves deben tener su espacio de atención y cuidado en la APS. Las intervenciones más intensas, como los procesos psicoterapéuticos y/o las intervenciones farmacológicas, pueden ser responsabilidad de centros especializados como los CAPS, pero el apoyo a la adherencia al tratamiento, la atención clínica a estos usuarios y la inserción en la comunidad pueden (y deben) ser realizados por el equipo del SFS. Asimismo, los pacientes con trastornos leves, como los trastornos de adaptación, y los pacientes con trastornos mentales comunes deben ser acogidos por los profesionales de la salud familiar con el apoyo adecuado, incluida la educación en salud mental ([Chiaverini](#), 2011).

El caso es que, aun comprendiendo la importancia de la corresponsabilidad, a medida que nos implicábamos más en el trabajo y crecían las exigencias y responsabilidades, cada equipo empezó a actuar de forma más aislada, y cada vez me encontraba más realizando seguimientos clínicos individualizados sin compartir la atención a la HFH con las FHHW. La propia cuestión de la confidencialidad clínica en psicología me hizo cuestionar lo que se podía compartir. Fue cuando la otra psicóloga residente se fue de vacaciones cuando me encontré abrumada. Sólo tenía un turno de atención individual y estaba lleno. Me di cuenta de que cualquier demanda de SM que llegaba a los equipos era remitida a mí, cada vez con menos participación. Empecé a darme cuenta de cómo mi interés por la SM a menudo también me llevaba a asumir la responsabilidad del caso y a alejarme del papel de apoyo de la matriz.

Al mismo tiempo, con el fortalecimiento de los lazos entre los profesionales y el mayor contacto con los problemas de salud mental del territorio, un tema que apareció en las discusiones de casos en muchas reuniones, algunos profesionales mostraron interés en una mayor calificación en el área. Esta profundización es esencial para el trabajo en la UCP, ya que la falta de ella puede traer consecuencias importantes para la recepción de estos usuarios en el servicio, "como prácticas discriminatorias y prejuiciosas hacia las personas en malestar mental, así como acciones moralistas, infantilización y normatización de comportamientos" (G. [Silva](#) et al., 2017).

La psicología, desde la perspectiva del apoyo matricial, jugará un papel clave para contribuir a que los trabajadores que no se sientan preparados puedan actuar con más confianza en la construcción de prácticas de atención basadas en las necesidades de estos usuarios. Desde otra perspectiva, el matriciamiento también se convierte para nosotros en una oportunidad para comprender mejor cuáles son las dificultades y potencialidades de otras áreas de la salud cuando se enfrentan al SM (G. [Silva](#) et al., 2017). Las posibilidades son infinitas ante esta perspectiva de trabajo conjunto y con apertura a los intercambios, sobre todo cuando las relaciones entre las distintas categorías se producen de forma horizontal.

Al dialogar con otros servicios de RAPS, me di cuenta de que la solución no era derivarles a la atención especializada, al fin y al cabo, allí no se recibían muchas derivaciones. Había una sobrecarga para el reducido número de psicólogos del municipio. Entonces surgió la gran pregunta: ¿Cómo asegurar un seguimiento de los casos en el territorio que tenían el perfil para el AB, sin reproducir un patrón meramente clínico? Esta respuesta no está dada, hay que construirla desde cada equipo, exigió la creación de nuevas estrategias y la ampliación de la atención. Decidí llevar mi queja a una reunión de la NASF, y a partir de ahí empezamos a discutir posibles cambios en las formas de producir cuidados que dieran cabida a la transdisciplinariedad. La sobrecarga me provocó el malestar necesario para crear algo, y de ahí nació la idea de este grupo centrado en la EM, y que posteriormente fue bautizado por sus miembros (profesionales y usuarios) como "Vivir bien".

La propuesta de Bem Viver fue construida y llevada a cabo junto con un FHS y otro psicólogo de la NASF interesados en el tema. La idea era crear un espacio de conversación y escucha donde fuera posible producir y difundir diálogos, intercambios y afectaciones, y así generar efectos terapéuticos y matrices.

Los grupos son en sí mismos herramientas de atención que nos permiten recibir la totalidad de los sujetos, en la medida en que tienen libertad para hablar de sí mismos y de sus sufrimientos de una manera más informal. También tienen el potencial de permitir una horizontalidad y continuidad de la atención, ya que las reuniones son periódicas y los vínculos pueden fortalecerse con el tiempo ([Ministério da Saúde](#), 2010). Para ello, no basta con que el grupo exista, sino que los profesionales no adopten una posición de únicos poseedores del conocimiento, y no utilicen este espacio para difundir un supuesto ideal normalizador, promoviendo la institucionalización y asfixia de las subjetividades. Por el contrario, para la promoción del cuidado y, a su vez, de la salud, es importante que sea un espacio que permita la expresión de las singularidades, la integración y la socialización, especialmente de las personas más diversas que viven en la misma comunidad y que pueden formar sus propias redes de apoyo entre sí (G. [Silva](#) et al., 2017).

Al ser este grupo una alternativa para la ampliación de los cuidados y la corresponsabilidad, su idea comenzó a discutirse entre todos los profesionales de la USF, y se debatió en las reuniones del FSe, de la NASF y de las unidades. Hubo un deseo unánime de que el grupo no se limitara al territorio del equipo responsable, sino a toda la USF. Discutimos algunos detalles sobre cómo garantizar un espacio para ello, tanto en el horario como en un espacio físico que permita la privacidad. La discusión también se llevó a la matriciación intersectorial con CAPS como y Clínica de la Calle. En este espacio se aclaró el público objetivo, además de algunos consejos de gestión, el respeto a la autonomía del sujeto frente a su proceso de salud y la atención a la exhaustividad. En cada reunión el grupo iba tomando forma y nos entusiasmaba, la planificación conjunta nos desafiaba a pensar y repensar, permitía que otras personas que no estaban directamente involucradas prestaran más atención a los problemas de la EM en el territorio y que todos viéramos que AB puede hacer más por estos usuarios.

Las CHA se convirtieron en un elemento esencial para identificar y promover nuestro enfoque, a través de las visitas domiciliarias, con los usuarios que tenían el perfil para hacerlo. Es decir, personas con trastornos mentales leves o moderados, o trastornos psicóticos estabilizados, y también personas que vivían otras situaciones y sufrimientos psicológicos y emocionales que no necesariamente tenían un diagnóstico.

Entre algunos de los profesionales existía preocupación e inseguridad respecto a las enfermedades mentales graves, especialmente los casos de psicosis. Incluso escuchamos preguntas sobre si este no era el papel de CAPS. Aclaramos que el enfoque estaba dirigido a los pacientes de SM que se espera sean seguidos en el AB; pero que dependiendo de cada sujeto y de la gravedad del caso, también se aceptarían otros temas de sufrimiento psicológico. Y luego transformamos los diagnósticos en nombres, hablamos de personas de la comunidad que ya conocíamos, que ya utilizaban el servicio y que tenían diagnósticos de esquizofrenia, por ejemplo, y de lo viable y saludable que sería para ellos un espacio como éste. No sé si hay una forma mejor de superar algunos estigmas de las enfermedades mentales que poder ver a los sujetos que están detrás de los diagnósticos. El estigma del SM, o mejor dicho, de la enfermedad mental ha acompañado a estos sujetos durante muchos años, pegándolos a una idea de peligrosidad, imprevisibilidad, alienación e incapacidad ([Angelini & Caccia-Bava](#), 2015). Esta visión implica la existencia de un estándar de normalidad, en el que todo lo que difiere de él es marginado y excluido en un proceso de higienización social, y esto impacta, hasta hoy, en la forma en que estos usuarios son acogidos en los servicios de salud (A. F. [Silva](#) et al., 2018). Cuando es la enfermedad la que está en evidencia, se abre una brecha entre el profesional y el enfermo. Sólo cuando estamos dispuestos a conocer y escuchar a los sujetos podemos, junto con ellos, construir nuevas formas de promover la salud y mejorar sus condiciones de vida.

El desarrollo del Vivir Bien

El primer día del Vivir Bien se vivió con ansiedad por parte de los profesionales, algunas dudas rondaban en nuestras cabezas: ¿vendrán? ¿Se sentirán a gusto?

¿Seremos capaces de crear un vínculo? El grupo comenzó con sólo 3 usuarios. El programa incluía un momento para explicar la propuesta del grupo, luego se realizaba una dinámica de presentación y relajación y, como cierre, el médico interpretaba una canción. La primera reunión tenía como objetivo establecer y reforzar el vínculo, además de un "rompehielos" para que pudieran sentirse poco a poco más a gusto. La dinámica de presentación extrapoló el tiempo imaginado, y se llevó todo el tiempo de nuestro grupo, porque los presentes mostraron una gran demanda de discurso. Esto puso de manifiesto la importancia de que esos usuarios sean escuchados y acogidos. Fue el comienzo de un vínculo que se fue estrechando a medida que volvían cada semana. La canción fue cantada por todos juntos, y acabamos decidiendo que sería una práctica semanal. Al final del grupo los profesionales se reunieron para evaluar el momento, hablamos de lo difícil que puede ser para algunas personas desafiarse a sí mismas para abrir sus debilidades y hablar de su dolor. También discutimos el potencial de ese espacio en vista del balance positivo que tuvimos con los presentes. Decidimos intensificar el proceso de búsqueda activa (visitas domiciliarias a los pacientes identificados por los CHA) y de difusión del grupo (por parte de los profesionales sanitarios en las consultas y otros grupos de USF).

Poco a poco, Bem Viver fue creciendo hasta el punto de tener que limitar la media de 10 a 12 participantes. Se pensó que si la demanda superaba este número, celebraríamos dos sesiones de grupo, pero no fue necesario.

Al principio, los psicólogos acabaron asumiendo el liderazgo de la planificación y coordinación del grupo; sin embargo, esto se fue modificando con el tiempo, a medida que los demás profesionales y usuarios se sintieron integrados, vinculados y más familiarizados con la problemática de la EM, la corresponsabilidad fluyó.

El grupo siempre comenzaba con un momento de presentación, en caso de que hubiera nuevos miembros, donde podíamos conocernos, estrechar lazos y confirmar la demanda. También fue un momento de "¿Cómo estás? ¿Qué tal la semana? Luego hubo dinámicas o un momento de apreciación de alguna producción artística (pinturas, poemas, fragmentos de películas, libros, dibujos, música, etc.), que con el tiempo comenzaron a ser traídas

o incluso producidas por los propios usuarios. Descubrimos que incluso teníamos un diseñador en el grupo. La idea era que estos desencadenantes abrieran un espacio para que pudieran hablar de sus experiencias, de sus dolores y de la forma en que habían aprendido a lidiar con las dificultades, es decir, que abriéramos un espacio para que pudieran expresar con palabras lo que es difícil de decir. [Bondía](#) (2002) destaca que las palabras son importantes mecanismos de subjetivación, ya que permiten la producción de significados y la creación de realidades.

Creo en el poder de las palabras, en el poder de las palabras, creo que hacemos cosas con las palabras y también que las palabras hacen cosas con nosotros. Las palabras determinan nuestro pensamiento porque no pensamos con pensamientos, sino con palabras, no pensamos desde una supuesta genialidad o inteligencia, sino desde nuestras palabras. Y pensar no es sólo "razonar" o "calcular" o "argumentar", como a veces nos han enseñado, sino que es sobre todo dar sentido a lo que somos y a lo que nos pasa. Y esto, el significado o el sinsentido, es algo que tiene que ver con las palabras. Y, por lo tanto, la forma de situarnos ante nosotros mismos, ante los demás y ante el mundo en el que vivimos también tiene que ver con las palabras. Y la forma de actuar en relación con todo esto. ([Bondía](#), 2002, p. 21).

Para que estas afectaciones, elaboraciones y transformaciones sean posibles, es importante que las personas puedan sentir que ese grupo es un lugar seguro para experimentar la vida ([Ministério da Saúde](#), 2010), que sus asuntos serán acogidos sin juicio, sin represión y con un pacto de confidencialidad establecido.

Al final de cada grupo, evaluábamos la jornada con los usuarios y escuchábamos sus opiniones y sugerencias. Nos dimos cuenta con el tiempo de la existencia de un espacio con el equipo después de cada grupo para evaluar el día, fue un momento de matriciamento, donde pudimos darnos cuenta de las dificultades de cada uno en el tratamiento de las cuestiones de sufrimiento que aparecieron. "Sí, dificultad para soportar el llanto del otro, ya que ese era el momento en que el otro tenía que llorar. Dificultad de no tener una respuesta preparada o una orientación/consejo que dar, lo que apuntaba a aprender a construir estrategias con el paciente". ([Cangussu](#), 2020, p. 18). Dificultad de querer hacer más, y tener que lidiar con los límites de la

asistencia, y con la autonomía de cada sujeto frente a su proceso de salud/enfermedad.

Dificultades incluso para escuchar simplemente, sin cortar, sin dirigir, y al mismo tiempo asegurarse de que no había un solo paciente dirigiendo toda la discusión. Qué interesante fue este momento de intercambio, para darnos cuenta de cómo el grupo nos había ido sensibilizando a los profesionales en nuestra actuación; para darnos cuenta de la potencialidad del apoyo matricial en la realidad y del papel de la propia PCU frente al MS y al RAS.

Fue en esos momentos cuando me di cuenta de que la experiencia real estaba ocurriendo. [Bondía](#) (2002) destaca que vivimos en un mundo donde el exceso de información, la inmediatez para formarse una opinión y la aceleración del tiempo que se pierde en sí mismo, dificultan que las personas se permitan vivir la experiencia. El Buen Vivir se convirtió en un espacio en el que pudimos permitirnos aprender a vivir la experiencia cada día, aprender a cuestionarnos nuestros conceptos y opiniones preestablecidas, sorprendernos de nuestras dificultades para tratar el dolor de los demás, prestar atención a las diferencias de cada uno, pudimos salir de nuestro automatismo y mirar, pensar, escuchar, sentir, pudimos deconstruirnos y reconstruirnos sin prisas ni exigencias.

De vez en cuando aparecían espontáneamente algunas reacciones positivas, que nos estimulaban y nos tranquilizaban al ver que íbamos por el buen camino. "Estar en el buen camino" no significa aquí no tener dificultades o no equivocarse, sino tener apertura a la escucha, flexibilidad para transformar ese espacio y dinamismo ante lo colectivo y la vivacidad de las relaciones.

Tuvimos el privilegio de contar con la presencia de al menos una CHA en el grupo, que se mostró abierta a escuchar y sensible a los temas tratados. Algunos relatos fueron traídos en referencia a esta profesional: "ella sabe lo que pasé, me acompañó". Había una identificación con esa figura de la comunidad que había vivido allí durante años y representaba la salud, y eso acabó reforzando el vínculo de estos usuarios con los demás profesionales. "La participación de los agentes de salud en los equipos de coordinación de grupos puede facilitar el conocimiento de los usuarios del

grupo, la historia de esa comunidad y la forma en que afrontan las relaciones en la vida". ([Ministério da Saúde](#), 2010, p. 114).

Con el tiempo los usuarios empezaron a traer a otros participantes al grupo y también empezaron a asistir a otros grupos, en definitiva, fueron estrechando lazos con la USF y, por tanto, con su propia salud. Las canciones finales se convirtieron en una tradición, suscitaban coros, risas, lágrimas y cantos aún más exagerados. Inicialmente tendíamos a pensar en canciones que trajeran como temas las emociones, los cuidados, el bienestar, etc., pero en algunas sesiones contamos con la presencia de una usuaria (ya acompañada por el CAPS) que tiene un diagnóstico de esquizofrenia y una risa contagiosa, y se puede decir que se emocionó con la música. Acabó animándonos a recordar y cantar en círculo varias canciones, coplas de carnaval, sambas, etc. Consiguió hacernos levantar, bailar y mostrarnos que la propia música nos atraviesa y afecta, independientemente del tema que trate. R. S. [Silva](#) & [Moraes](#) (2007) destacan este poder de la música para permitir la coexistencia de una diversidad de sonidos, ritmos, historias y subjetividades, y cómo producen transversalidad, multiplicidad, movimientos y transformaciones.

A veces, algunos usuarios miembros venían a justificar su ausencia, demostrando un compromiso y un vínculo, las razones eran variadas: desde mudarse a otro territorio hasta sentirse mejor, conseguir un trabajo y seguir adelante. La configuración del grupo era fluida y adquiría nuevas características con cada persona más o menos.

Poco a poco fuimos aprendiendo a acoger las singularidades y a dejarnos afectar por ellas. Según Paulo [Amarante](#), citado por [Luchmann](#) y [Rodrigues](#) (2007), "la locura se refiere a esta experiencia humana de estar en el mundo de forma diferente a la que el hombre, ideológica e idealmente, considera como normal. Y la locura es el sujeto de estas experiencias ("erlebenis") y de estas vivencias". Al reflexionar juntos sobre esta definición y esta experiencia, queda una gran pregunta: ¿podemos todos estar más locos a veces? Esta pregunta viene con todo el reconocimiento del sufrimiento de los que están realmente enfermos psíquicamente y sabiendo que ninguno de nosotros está libre de ello, pero entendiendo que para construir nuevas formas de conocer y actuar en el mundo ante personas tan singulares y complejas,

necesitamos trasponer la normalidad ideológica e idealista planteada por el hombre y entender que la locura y la salud pueden relacionarse. Producir transdisciplinariedad es salir de este automatismo, establecer vínculos horizontales con los usuarios y dejarse transformar en este proceso.

Finalmente, aproximadamente 6 meses después de que empezáramos a vivir bien, el programa de residencia optó por abandonar el territorio, lo que puso fin al grupo. Dejar esta USF y el municipio fue un proceso de cambio muy difícil para todos, y especialmente un proceso de despedida de proyectos, de espacios de atención, de vínculos, de sujetos. Preparamos una carta de despedida que fue leída y escuchada con mucho pesar. Habíamos planeado una reunión secreta de amigos y de fin de curso casualmente para este día, lo que nos permitió cerrar ese espacio y dejar claro el cariño que había en esas relaciones. Como mensaje final destacamos lo importante que era que los usuarios mantuvieran ese vínculo entre ellos, y que crearan espacios en sus vidas donde pudieran promover la SM. También sugerimos que se utilizara el control social para solicitar la recreación de ese espacio con los profesionales que se quedaron. Y así siguieron nuestras vidas, separadas y marcadas por esta parte de nuestra historia en la que las vidas se cruzaron.

Los comentarios que recibimos mostraban que el grupo había promovido la salud mental, que la gente se sentía bien por estar allí, que traían cómo acababan concertando citas fuera de allí, que algunos creaban amistades con las que podían hablar, que otros se sentían valorados por las aportaciones que traían y acogidos por todos. En cuanto a los profesionales, me doy cuenta de que cuanto más se empezó a hablar y a abrir espacio a la EM, más gente se acercó a mí queriendo discutir los casos, e incluso considerando que un determinado caso podría ser atendido en la UCP. Las CHAs vinieron a hablar de algunos usuarios, los profesionales pidieron participar un día para conocer Bem Viver, y aprendimos a escuchar y acoger un poco más el dolor de los demás.

Consideraciones finales

Después de décadas en las que la enfermedad mental era tomada como un sello que definía a las personas como alienadas, incapaces y despojadas de sus subjetividades, hoy, la EM y cada cambio en su modelo de atención, viene a transformar las relaciones y propone ver a los sujetos. Este cambio de paradigma no es fácil, ya que requiere abandonar algunos estigmas arraigados en la sociedad y desnudarse de una posición narcisista y jerárquica de la sabiduría. Se hace aún más difícil ante las profesiones que no abordan el SM en su formación.

Los equipos mínimos llegan a la UCP y se ven desbordados por situaciones de sufrimiento psíquico en las que, muchas veces, no se sienten seguros para acoger y responsabilizarse. Los profesionales de la NASF, a su vez, también formados en base a un sistema cartesiano en el que cada uno se ocupa de una parte del sujeto, todavía están aprendiendo a realizar el apoyo matricial, e incluso los que se dedican a valorar y difundir esta práctica, entendiendo todo su potencial transformador, se encuentran con la falta de financiación específica que amenaza incluso el mantenimiento de la existencia de la propia NASF. La lógica de la transdisciplinariedad y el propio cuidado de la materia en su totalidad se ven amenazados en lugar de cumplir con los protocolos y demostrar cuantitativamente una productividad.

Esta propuesta de atención longitudinal que respeta la integridad y autonomía del sujeto requiere un proceso de vinculación y apertura a la escucha, al fin y al cabo, no hay conocimiento teórico que nos permita saber más del otro que de sí mismo. El trabajo en grupo tiene el potencial de permitir una relación más estrecha entre los usuarios y los profesionales a largo plazo, además de permitir que todos se expresen de una manera más libre e informal, que cuenten sus diferentes formas de vivir, que se reflejen en la forma en que los demás afrontan sus problemas, además de posibilitar las lágrimas, las risas, las canciones y los encantos.

Vivir bien se construyó desde esta perspectiva, como una forma de ampliar la atención a los usuarios con problemas de EM en ese territorio. No fue sólo un procedimiento, una atención o una medicina ofrecida, sino una experiencia que pasó a formar parte de la vida de todos los implicados, afectándonos de manera transformadora. No era la enfermedad mental la que se atenúa o, de forma muy utópica, se cura; era "fulano" el que pasaba por tal dificultad, era "Cyrana" la que tenía ciertas cicatrices que la paralizaban, eran personas que sufrían y exigían una acogida.

Abrirse a escuchar el dolor de los demás no es una tarea fácil y requiere, eso sí, aprender, ejercitarse, sensibilizarse. Pero, ¿cómo se puede enseñar/aprender si no se experimenta? ¿Cómo podemos promover el matriciamiento si no nos abrimos a una experiencia de intercambio? Todos, usuarios y profesionales, tuvieron esta oportunidad de experimentar y construir juntos una atención diferenciada. Se diferencia no porque sea mejor o peor, sino porque proviene de esas relaciones, fue construido por esas personas y para esas personas.

La PCU es un servicio fundamental en la estructuración del RAPS, y tiene un potencial indescriptible frente a la EM. Lo que suele faltar es permitirse crear posibilidades que vayan más allá de un estándar biomédico preestablecido, es dejar el estigma para atender a las personas, aunque implique enfrentarse a sus miedos, es superar lo meramente procesal para dejarse afectar por las experiencias de los demás.

Agradecimientos

Agradezco a la Secretaría de Salud de Lauro de Freitas por el año 2018. También agradezco a la FESFSUS y a todo el personal pedagógico y equipo de residentes de 2018 a 2020, a la FIOCRUZ/BA y a la fuente de pago de la beca de residencia.

Contribuciones de los autores

Cangussu, Y. E. S. participó en la creación, diseño, análisis y redacción del artículo científico. Guedes, L. F. participó en el diseño, orientación y revisión del artículo científico.

Conflictos de intereses

No se ha declarado ningún conflicto financiero, legal o político con terceras partes (gobierno, empresas privadas y fundaciones, etc.) para ningún aspecto del trabajo presentado (incluyendo, pero sin limitarse a, subvenciones y financiación, participación en el consejo asesor, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

Referências

Almeida, D. R., Soares, J. N. C., Dias, M. G., Rocha, F. C., Andrade Neto, G. R., & Andrade, D. L. B. (2020). O cuidado aos portadores de sofrimento mental na atenção primária: uma prática interdisciplinar e multiprofissional [La atención a las personas con sufrimiento mental en la atención primaria: una práctica interdisciplinaria y multiprofesional]. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 12, 420-425. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.8388>

Amarante, P. (Coord.). (1995). *Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* [Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil]. Fiocruz.

Angelini, C. R., & Caccia-Bava, M. C. G. G. (2015). "A gente sente que precisa e pode...": os desafios para a inclusão da saúde mental na atenção básica ["Creemos que debemos y podemos...": los retos para la inclusión de la salud mental en la atención primaria]. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(36), 1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)1033](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)1033)

Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência [Notas sobre la experiencia y el conocimiento de la experiencia]. *Revista Brasileira de Educação*, 10(19), 20-28. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>

Cangussu, Y. E. S. (2020). *Caminhando pela saúde da família e redescobriendo a saúde mental: memorial de uma psicóloga na Residência Multiprofissional em Saúde da Família* [Caminando por la salud familiar y redescubriendo la salud mental: las memorias de un psicólogo en la Residencia Multiprofesional en Salud Familiar] [monografía, Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz]. ARCA: Repositório Institucional da Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/48496/2/TCR%20YANNA%20IMBIRU%C3%87U%202020.pdf>

Chiaverini, D. H. (Org.). (2011). *Guia prático de matriciamiento em saúde* [Guía práctica de matriciamiento en salud]. Editora UERJ.

Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de pesquisa* [Métodos de investigación]. Plageder.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo Demográfico*. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/lauro-de-freitas/panorama>

Klein, A. P., & d'Oliveira, A. F. (2017). O "cabo de força" da assistência: Concepção e prática de psicólogos sobre o apoio matricial no núcleo de apoio à saúde da família [El "cable de energía" de la asistencia: concepto y práctica de los psicólogos sobre el apoyo matricial en el centro de apoyo a la salud familiar]. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(1), e00158815. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158815>

Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Prevé la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales y reorienta el modelo de atención a la salud mental]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 abr. 2001.

Lei n.º 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 n.ºs 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 n.º 10.683, de 28 de mayo de 2003, y n.º 10.429, de 24 de abril de 2002; y dicta otras disposiciones]. <https://codigos.vlex.com.br/vid/lei-n-11-129-655387705>

Luchmann, L. H. H., & Rodrigues, J. (2007). O Movimento Antimanicomial no Brasil [El movimiento antiimanicomial en Brasil]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 399-407. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200016>

Melo, E. A., Mendonça, M. H. M., Oliveira, J. R., & Andrade, G. C. L. (2018). Mudanças na política nacional de atenção básica: Entre retrocessos e desafios [Cambios en la política nacional de atención primaria: entre retrocesos y desafíos]. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 38-51. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s103>

Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica* [Política nacional de atención primaria]. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE40A==>

Ministério da Saúde. (2013). *Cadernos de atenção básica: Saúde mental* [Cuadernos de atención primaria: salud mental]. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-36251>

Ministério da Saúde. (2010). *Cadernos HumanizaSUS* [Cuadernos HumanizaSUS]. Secretaria de Atenção à Saúde. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf

Nascimento M. L., & Lemos F. C. S. (2020). A pesquisa-intervenção em psicologia: Os usos do diário de campo [Investigación-intervención en psicología: usos del diario de campo]. *Barbarói: Revista do Departamento de Ciências Humanas*, 57, 239-253. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i57.14675>

Nogueira, F. J. S., & Brito, F. M. G. (2017). Diálogos entre saúde mental e atenção básica: Relato de experiência do pet-saúde no município de Parnaíba-PI [Diálogos entre la salud mental y la atención primaria: Informe de la experiencia de salud de mascotas en el municipio de Parnaíba-PI]. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(2), 374-387. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000200010&lng=pt&nrm=isso

Portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008. (2008). Cria os núcleos de apoio à saúde da família – NASF [Crea los centros de apoyo a la salud familiar – NASF]. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Aprueba la Política Nacional de Atención Primaria, estableciendo la revisión de las directrices para la organización de la Atención Primaria en el Sistema Único de Salud (SUS)]. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Crea la Red de Atención Psicosocial para personas con sufrimiento o trastorno mental y necesidades derivadas del consumo de crack, alcohol y otras drogas, dentro del Sistema Único de Salud (SUS)]. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Ramos, P. F., & Pio, D. A. M. (2010). Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica [Construcción de un proyecto de atención a la salud mental en atención primaria]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(1), 212-223. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000100016>

Reis, S., & Meneses, S. (12 de febrero, 2020). Novo financiamento da atenção básica: Possíveis impactos sobre o NASF-AB [Nueva financiación de la atención primaria: posibles repercusiones en la NASF-AB]. *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*. <https://cebes.org.br/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/21242/>

Reyner, G. (05 de agosto, 2019). Com 75% de cobertura na Atenção Básica, índice deve atingir 100% até final do ano em Lauro de Freitas [Con una cobertura del 75% en Atención Primaria, el índice debe alcanzar el 100% a finales de año en Lauro de Freitas]. <https://www.laurodefreitas.ba.gov.br/2019/noticias/com-75-de-cobertura-na-atencao-basica-indice-deve-atingir-100-ate-final-do-ano-em-lauro-de-freitas/1246>

Silva, A. F., Florencio, R. M. S., Queiroz, A. M., Santos, E. M., Carvalho, L. C., Pereira, A., & Lima, V. L. A. (2018). Acolhimento à pessoa em sofrimento mental na Atenção Básica [Acogida de personas con problemas mentales en Atención Basica]. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 12(9), 2459-2469. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234705p2459-2469-2018>

Silva, G., Iglesias, A., Dalbello-Araujo, M., & Badaró-Moreira, M. I. (2017). Práticas de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental na atenção básica [Práticas de atención integral a personas con problemas mentales en atención primaria]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 404-417. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001452015>

Silva, M. M. S., Dias, M. S. A., Saraiva, M. J. G., Silva M. R. F., & Vasconcelos, M. I. O. (2015). A produção de tecnologias enquanto efetividade da residência multiprofissional em saúde da família [La producción de tecnologías como eficacia de la residencia multiprofesional en salud familiar]. In M. S. A. Dias, M. M. S. Silva, F. L. Souza, A. K. S. Gadelha, & E. A. S. Alves (Orgs.), *Tecnologias leves em saúde: Saberes e práticas da residência multiprofesional na estratégia saúde da família* (pp. 13-37). Rede UNIDA.

Silva, R. S., & Moraes, M. (2007). Musicoterapia e saúde mental: Relato de uma experimentação rizomática [Musicoterapia y salud mental: informe de un experimento rizomático]. *Revista Psico (Porto Alegre)*, 38(2), 139-147. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-522149>