

## A CONTRIBUIÇÃO DO APOIADOR MATRICIAL NA SUPERAÇÃO DO MODELO PSIQUIÁTRICO TRADICIONAL

Luziane Juzi Carvalho de Alencar Silva<sup>1 2</sup>, Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-4102-2452>

Alessandra Cristina Vieira de Araújo<sup>3</sup>, Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-5049-2539>

Natalya Lima de Vasconcelos<sup>2</sup>, Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3765-5118>

Camila Batista Nóbrega Paiva<sup>2</sup>, Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-4689-3938>

Camila Assunção Pires<sup>2</sup>, Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-6233-0011>

**RESUMO.** O presente artigo teve como objetivo relatar o processo de trabalho do apoiador matricial para o cuidado em saúde mental na atenção básica, na perspectiva da superação do modelo psiquiátrico tradicional. Trata-se de um relato de experiência realizada no Apoio Matricial – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Distrito Sanitário II do município de João Pessoa-PB. Os dados foram coletados a partir de registros realizados no diário de campo do apoiador matricial. Entre as ações que foram realizadas pelo apoiador estão a cartografia, as reuniões de matriciamento em saúde mental, as discussões de casos, a visita domiciliar, o atendimento compartilhado, a articulação da rede, dentre outras. A experiência evidenciou que as atividades de matriciamento potencializaram a atuação das equipes da Atenção Básica para as demandas de saúde mental no território. Tais atividades apresentaram-se essenciais no processo de trabalho para a efetivação do cuidado em saúde mental. Além disso, possibilitou a corresponsabilização pelos usuários e suas famílias para maior resolutividade dos casos existentes no território.

**Palavras-chave:** Apoio matricial; Sistema Único de Saúde; saúde mental.

## THE CONTRIBUTION OF THE MATRIX SUPPORTER IN OVERCOMING THE TRADITIONAL PSYCHIATRIC MODE

**ABSTRACT.** This article aims to report the work process of matrix supporter for the mental health care in Basic HealthCare, under the perspective of overcoming the traditional psychiatric model. This is an experience report held at the Matrix Support – Family Health Support Center (known as NASF in Brazil) of the Sanitary District II in the city of João Pessoa-PB. Data were collected from records in the field diary of the matrix supporter. Among the actions that were carried out by the supporter are: cartography, matrix meetings on mental health, case discussions, home visits, shared care, network articulation, among others. The experience highlighted that the matrix activities potentiate the performance of the teams of Basic Health Care for the demands of mental health in the territory. Such activities were essential in the work process for the implementation of mental health care. In addition, possible co-responsibility by the

<sup>1</sup> E-mail: [juzicarvalho@hotmail.com](mailto:juzicarvalho@hotmail.com)

<sup>2</sup> Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/EBSERH), João Pessoa-PB, Brasil.

<sup>3</sup> Departamento de Psicologia-CCHLA, laboratório de Percepção, Neurociência e Comportamento (LPNec), Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa-PB, Brasil.



users and their families for better resolution of existing cases in the territory was possible.

**Keywords:** Matrix support; Public Health System; mental health.

## LA CONTRIBUCIÓN DEL APOYADOR MATRICIAL EM LA SUPERACIÓN DEL MODELO PSIQUIÁTRICO TRADICIONAL

**RESUMEN.** En el presente artículo se tuvo como objetivo relatar el proceso de trabajo del apoyador matricial para el cuidado en salud mental en la atención primaria de salud, bajo la perspectiva de la superación del modelo psiquiátrico tradicional. Se trata de un relato de experiencia realizada en el Apoyo Matricial – Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) de Distrito Sanitario II del municipio de João Pessoa-PB. Los datos fueron recogidos a partir de registros realizados en el diario de campo del apoyador matricial. Entre las acciones que fueron realizadas por el apoyo están: cartografía, reuniones de matriciación en salud mental, discusiones de casos, visita domiciliar, atención compartida, articulación de la red, entre otras. La experiencia evidenció que la actividad de matriciación potencializa la actuación de los equipos de la Atención Básica para las demandas de salud mental en el territorio. Tales actividades se presentaron esenciales en el proceso de trabajo para la efectividad del cuidado en salud mental. Además, permitió la co-responsabilidad por los usuarios y sus familias para una mejor resolución de los casos existentes en el territorio.

**Palabras clave:** Matriz de soporte; Sistema Único de Salud; salud mental.

### Introdução

A partir dos anos 70 ocorreram intensas mobilizações sociais – como o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – que resultaram na incorporação de um novo modelo de atenção e gestão de cuidado em saúde mental, proposto pelos processos da Reforma Psiquiátrica (RP) ocorridos em vários países do mundo e da Reforma Sanitária Brasileira, que se contrapõem ao modelo hospitalocêntrico hegemônico. Esse novo modelo busca qualificar os processos de cuidado, integrar os serviços e transformar o lugar da loucura no meio social, além de promover a cidadania e a emancipação dos sujeitos envolvidos no processo (Amarante, 2007; Garcia & Reis, 2018; Silva, Gomes, Castro, & Silva, 2017).

Nesse contexto de mudanças e com a promulgação, em 06 de abril de 2001, da Lei Federal nº 10.216 – que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais – foi iniciada a implantação de serviços de base comunitária que mais tarde vieram compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída por meio da portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com o objetivo de criar, articular e integrar os pontos de atenção da rede de saúde no território para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, qualificando o cuidado em saúde mental pela ampliação do acesso, do acolhimento e atenção contínua.

Essa rede abrange componentes estratégicos para garantir aos usuários uma atenção à saúde em seus três níveis (primário, secundário, terciário). São eles: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, estratégias de desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Esses componentes integram pontos de atenção diversificados,

dentre eles: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades, Serviço Residencial Terapêutico (SRT) configurando estratégia de desinstitucionalização junto ao Programa de Volta para casa, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, além das ações estratégicas no componente Atenção Básica (AB) tais como as desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (Garcia & Reis, 2018).

Efetivar ações em rede pressupõe trabalhar com a singularidade de cada território, inserindo os seus componentes sanitários e socioeducacionais na produção ampliada do cuidado. Ao considerar o território enquanto espaço vivo, que supera a compreensão geográfica por apontar a identidade biopsicossocial e simbólica dos sujeitos, reconhece-se a importância de implementar o cuidado em saúde mental na AB com destaque para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pois acompanham no cotidiano do seu trabalho situações de pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 2013).

A ESF constitui a principal porta de entrada da rede de atenção à saúde estabelecida com a finalidade de reorientação do modelo assistencial e reorganização da AB. Ela é constituída de equipe multiprofissional com responsabilidade sanitária e territorial de referência e processo de trabalho orientado para promoção e coordenação do cuidado integral e contínuo, assim como para o ordenamento dos demais pontos de atenção da rede. Dessa forma, a AB integra a rede psicossocial como componente estratégico na missão de ordenar a atenção em saúde mental no território junto aos dispositivos CAPS com o objetivo de promover a corresponsabilização dos casos, a facilitação do processo de reinserção social e rompimento com as práticas excludentes e manicomializadas evidenciadas na história da loucura, a elaboração de estratégias para direcionar o processo de humanização na saúde e incentivar processos de trabalho relacionais, dialógicos e interativos com os usuários e suas famílias (Brasil, 2012; Garcia & Reis, 2018).

Nesse enfoque, o Ministério da Saúde, visando ampliar a abrangência das ações da AB, sobretudo no que tange ao manejo da saúde mental, estabeleceu, a partir da portaria nº 154/08, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Os núcleos são compostos por equipes multiprofissionais com o objetivo de apoiar as Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) orientados pelo referencial teórico-metodológico do Apoio Matricial (AM). Este apoio configura-se em uma estratégia de suporte especializado e oferece tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes da ESF. Com isso, o AM visa ampliar a capacidade resolutiva das equipes, sua clínica e sua corresponsabilização no direcionamento dos fluxos em saúde mental, atuando no território adscrito de cada equipe e suas demandas. Essa atuação integrada possibilita atendimentos compartilhados entre profissionais tanto nas UBS como nas visitas domiciliares e permite a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) por meio de discussões periódicas de casos clínicos com a ESF. Essas discussões configuram-se como um recurso clínico e gerencial de excelência, principalmente nas situações de maior complexidade (Brasil, 2010; Brasil, 2014; Garcia & Reis, 2018).

Nesse enfoque, o objetivo deste estudo é relatar o processo de trabalho do apoiador matricial/NASF no município de João Pessoa-PB, na perspectiva da superação do modelo psiquiátrico tradicional, para um melhor cuidado em saúde mental na AB-ESF.

## **Percurso metodológico**

Trata-se de um relato de experiência que aconteceu no Apoio Matricial/NASF do Distrito Sanitário II (DS) do município de João Pessoa-PB, em que uma das autoras

acompanhou quatro equipes de Saúde da Família durante um período de quatro meses. O AM/NASF deste distrito era formado no total por 21 apoiadores distribuídos em diversas categoriais profissionais (fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros) para dar suporte a todas as equipes de saúde da família, localizadas neste distrito e na época ao Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), atualmente Policlínica. Esses apoiadores eram organizados em duplas ou trios, respeitando o caráter multiprofissional demandado pela necessidade de cada território, para apoiar até cinco ESF. No entanto, esse trabalho relata o matriciamento referente apenas ao acompanhamento de quatro equipes de saúde da família desenvolvido em parceria com outros dois profissionais apoiadores atuantes nas mesmas UBS.

O Distrito Sanitário II é um espaço geográfico de abrangência técnica de saúde com 32 ESF distribuídas em nove bairros, possuindo entre os seus equipamentos sociais um CAPS AD III, Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil (UAI), Rede Crer Ser, praças, escolas públicas e privadas, entre outros. Nessa perspectiva, a presente proposta procurou responder as demandas das equipes de saúde da família localizadas em um bairro de extrema necessidade de intervenções em saúde mental as quais a população, além de apresentar casos pontuais de transtornos moderados e graves, ainda apresentava queixas psicossomáticas, uso abusivo de álcool e outras drogas, dependência de ansiolítico, entre outros.

Os dados que subsidiam a produção deste relato de experiência foram coletados a partir de registros realizados em documentos privados do apoiador matricial denominado de diário de campo e discutidos a partir da relevância teórico-prática. O diário de campo do apoiador é uma exigência de gestão municipal para registro de todas as observações, inquietações, percepções e intervenções realizadas junto às equipes de saúde da família. Segundo Lorena (2018), o diário de campo objetiva subsidiar a atividade de supervisão do processo de trabalho realizado e facilitar o planejamento de ações estratégicas baseadas na potencialidade de cada apoiador e necessidade de cada território.

O relato foi sistematizado a partir da ordem sequencial das ações desenvolvidas pelo apoiador matricial junto às equipes da ESF, enquanto recursos estratégicos e conceituais, os quais foram utilizados na prática cotidiana. Nesse contexto, a base estratégica para o direcionamento das atividades foi prioritariamente as necessidades de saúde percebidas naquele território e as limitações das equipes em responder as demandas existentes relativas à assistência em saúde mental.

Entre as ações realizadas pelo apoiador estão a cartografia realizada nas áreas de abrangência das quatro ESF na primeira semana de inserção do apoiador nas equipes; duas reuniões de matriciamento em saúde mental para as quatro equipes da ESF; discussões de casos clínicos e construção de PTS durante as reuniões técnicas em cada ESF ocorridas semanalmente, uma visita domiciliar e atendimento compartilhado entre equipe do CAPS e ESF, articulação dos pontos de atenção da rede de saúde, reuniões quinzenais do Grupo de Trabalho de Saúde Mental (GT) ocorridas na sede do DS II. Dentre os temas trabalhados com as equipes estão os conceitos de linhas de cuidados, interdisciplinaridade e corresponsabilização em saúde.

É importante ressaltar que mesmo em se tratando de um relato de experiência e não uma pesquisa com seres humanos o compromisso ético com os participantes do relato sobre o sigilo, a autonomia (a garantia da livre desistência a qualquer momento), a beneficência (objetivo de trazer maior bem ao usuário e ao trabalho das equipes), a não maleficência (nenhuma atividade foi realizada para causar qualquer mal intencional) e a

justiça foram nortes presentes durante sua produção, sendo assim realizado de acordo com os princípios da bioética que orientou a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## **Relato e discussão da experiência**

### **Breve contextualização do matriciamento no município de João Pessoa-PB**

O matriciamento foi implantado desde o ano de 2006, como principal estratégia para consolidar o modelo nacional de saúde em defesa da vida, adotado no município, que prevê a organização de ações estratégicas de saúde baseado nas necessidades integrais da população e compromissos sanitários considerados prioritários. Assim sendo, o matriciamento se configurava enquanto espaço coletivo de discussões, planejamento, organização e estruturação de espaços de atendimento compartilhado visando troca de saberes entre os diversos profissionais e a superação da fragmentação do processo de trabalho decorrente das especialidades.

Portanto, antes do surgimento das equipes NASF/MS, em 2008, o município de João Pessoa já garantia espaços protegidos para o compartilhamento dos saberes e construção coletiva das ações em saúde, na perspectiva da cogestão e corresponsabilização pelo processo de cuidado. Desse modo, as equipes foram inseridas na lógica do AM baseado nas linhas de cuidado (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, entre outras) preconizadas na portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, com a finalidade de determinar o cuidado através do encontro entre as necessidades de cada território que compõe os DS e a intervenção tecnicamente orientada para a produção em saúde.

### **Processo de trabalho e contribuições do apoiador matricial no município de João Pessoa**

O trabalho do apoiador matricial junto às equipes de Saúde da Família buscou refletir e responder as reais necessidades de saúde da população dos territórios de referência, para isso o AM lança mão da atividade de cartografia executada, preferencialmente, com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada ESF por reconhecer o seu saber sobre o contexto de vida das famílias adscritas. Desta forma, essa atividade foi realizada na primeira semana de atuação do AM junto às ESF realizada com o objetivo de transitar significativamente pelas suas delimitações geográficas a fim de encontrar os sujeitos e contextualizar suas demandas ao movimento vivo e natural do território.

Cartografar o território de atuação é antes de qualquer coisa singularizá-lo enquanto espaço vivo produzido pelas pessoas que o habitam e por sua história social, econômica e cultural, tal como afirma Merhy (2002), o método cartográfico acompanha em lócus as ações em saúde e amplia o olhar e o agir em saúde. Ainda segundo o mesmo autor, o território é o lugar onde ocorrem as experiências subjetivas – os inconscientes que protestam – e de adoecimento do sujeito, de segregação e desassistência, assim como os vínculos familiares e sociais que compõem o cenário fundamental de manifestação da vida cotidiana das pessoas.

Com isso, a cartografia consiste em identificar as condições e os modos de vida da população, suas potencialidades e seus fatores de riscos; assim como mapear os equipamentos e os serviços públicos disponíveis, as organizações comunitárias, entre outros recursos com vista a ampliar a capacidade de intervir no território em direção à melhoria da situação de saúde e qualidade de vida da população (Godim & Monken, 2008).

Portanto, entendemos que os agravos em saúde mental emergem de um processo multicausal e daí a importância de conhecer o território e as histórias de vida da população para que as ações de promoção e prevenção em saúde mental tenham sentido e produzam cuidados, pautados no vínculo e no acolhimento.

A condução dessa atividade junto às equipes de Saúde da Família possibilitou o reconhecimento dos casos de transtorno mental e de dependência química que se encontravam sem assistência multiprofissional em saúde mental, assim como em situações de cárcere privado, existentes no território. Essas situações eram compreendidas equivocadamente pelos familiares e profissionais da AB como recurso necessário para a proteção do usuário, de sua família e da comunidade. Foi possível ainda identificar os dispositivos apropriados para o manejo clínico e a reinserção social desses usuários, para uma oferta de acompanhamento integral e humanizado.

Após a cartografia realizada pelo apoiador foi fomentado nas equipes, através das reuniões técnicas que ocorrem semanalmente em cada ESF, um processo de reflexão e discussão acerca da realidade encontrada. Constatou-se na fala dos atores locais as dificuldades da equipe em atender as demandas e solucionar situações em que o quadro psíquico cursava com uma inadequada assistência familiar, social e de saúde especializada. Através dessas discussões, foram pontuados conjuntamente os nós críticos que tornam essa atenção fragilizada na AB, entre eles: o estigma e o preconceito ainda presentes nesse contexto, pouco conhecimento sobre transtornos mentais, reforma psiquiátrica e os novos serviços da rede municipal de saúde mental, resultando na fragilidade ou mesmo ausência de articulação com os CAPS de referência.

Tal processo compreende a reunião técnica para além de um momento de encontro, mas a concebe enquanto um processo educativo que objetiva amparar e embasar, por meio do compartilhamento do saber, a práxis dos vários profissionais que formam a ESF (Educação Permanente em Saúde - EPS). Em João Pessoa, naquele momento, a EPS parecia dialogar muito fortemente com o desdobramento da Educação Popular, de Paulo Freire, em que o fazer e o aprender é mútuo e complementar.

Logo, foi possível planejar e organizar duas reuniões de matriciamento com as quatro equipes de ESF em conjunto, com vista a produzir inovações no cuidado em saúde mental na AB. A lógica inicial do matriciamento foi tentar romper com os paradigmas que tendem a reduzir as pessoas com transtorno mental a objetos, refletindo sobre a história da loucura e os processos da RP, ofertando elementos para um acompanhamento baseado na necessidade subjetiva de cada sujeito em sofrimento psíquico. Essa prática do AM se configura como de suporte técnico-pedagógico para a produção de educação permanente em saúde, com e para a equipe, ampliando as possibilidades de análise dos diversos aspectos que permeiam o cuidado em saúde mental e o aprimoramento de competências da equipe (Brasil, 2014).

Na primeira reunião, os apoiadores realizaram uma apresentação sistematizada sobre a nova política em saúde mental no Brasil com o objetivo de agregar saber à prática e fomentar a discussão em equipe. Em seguida, para sensibilizar e ilustrar todo o processo de mudança do confinamento crônico para um cuidado psicossocial desenvolvido no território foi utilizado o vídeo *Um outro olhar* do Ministério da Saúde. Este vídeo retrata o contexto da RP e a atenção em saúde mental realizada pelas modalidades de CAPS, despertando a sociedade para a necessidade de desmistificar na loucura as falsas crenças de periculosidade, incapacidade e dando lugar a novas formas de convívio entre a sociedade e a loucura.

Na segunda reunião de matriciamento, realizou-se uma apresentação da rede de saúde mental do município descrevendo: o tipo, a demanda, as principais atividades realizadas, os profissionais preconizados, a localidade, a referência territorial e seu fluxo. Esta apresentação visou facilitar as articulações de rede e os encaminhamentos na construção dos futuros PTS. Para este momento foi convidado um representante da coordenação municipal de saúde mental ilustrando a atual configuração da rede de saúde mental no município de Joao Pessoa.

O modo dinâmico e interativo dos encontros possibilitou muitas trocas de conhecimentos e experiências entre os profissionais, já que constituíam espaços abertos, horizontais e dialógicos. É importante ressaltar que estes espaços de educação permanente em saúde, organizado pelo AM, também podem favorecer aos profissionais exporem suas dificuldades e/ou medos relacionados à tentativa de aproximação com os usuários em sofrimento psíquico de seu território.

Por ser pautada nas necessidades e questionamentos do cotidiano de trabalho, a EPS constitui uma importante estratégia para a qualificação e formação dos trabalhadores da saúde, e visa garantir a assistência integral, resolutiva, humanizada e participativa (França, Silva, Matos, & Pereira, 2017). Com isso, permite ao apoiador matricial refletir sobre a necessidade de incluir os usuários no processo de acompanhamento diário realizado pela AB ofertando a esses sujeitos a possibilidade de serem acolhidos em suas elaborações peculiares e delirantes comuns aos sujeitos de estruturação psicótica, por meio da oferta da escuta objetivando novas produções de sentido a esses fenômenos estranhos ao sujeito.

A oferta organizada destas atividades de matriciamento resultou em uma ação interventiva junto a uma das equipes de saúde da família sobre uma situação de cárcere privado trazido por um profissional, onde foi possível discutir e propor soluções. Aqui, não discutiremos o caso clínico, mas trataremos como a atuação do apoiador matricial na AB poderá propor novas formas de lidar com a desassistência ao usuário e promover a responsabilização das equipes na linha de cuidado em saúde mental.

A situação exposta pela ACS permitiu discutir, durante reunião técnica, sobre o descuido com usuários nestas circunstâncias e a necessidade da corresponsabilização pelo cuidado em saúde mental, num processo de articulação permanente entre a atenção especializada (CAPS) e a AB. Também foi abordado com a equipe sobre a necessidade de constituir diálogos, estabelecer vínculos e atribuir 'voz' ao outro que, por muitos anos, foi excluído de sua condição de cidadão.

Nesse espaço refletiu-se com mais intensidade sobre o 'crime de cárcere privado', pois anos de internação em manicômios gera a cronificação de qualquer sujeito em sofrimento psíquico, destituindo-o dos hábitos naturais de um ser humano (Amarante, 2007). Além da importância de trabalhar a dimensão da reconstrução (enfoque clínico) e reinserção social desses sujeitos, pelo estabelecimento contínuo do vínculo, do acolhimento, da escuta ao sujeito e a família para produzir relações, bem como da articulação com outros dispositivos da rede necessária ao processo de reabilitação psicossocial.

Sobre a dimensão da reconstrução, a capacitação aos profissionais que dispensam cuidados na linha de SM é indispensável, pois é preciso estar apto a:

[...] montar uma explicação para as vozes e os delírios, mesmo que esta explicação seja ela própria delirante; recuperar uma relação que parecia perdida com a família, ou perceber que, na impossibilidade da vida em família existem outros espaços legítimos de convívio e de afeto; fazer

arte, procurar trabalho, definir políticas, participar de movimentos [...] enfim, criar novas produções de sentido (Lobosque, 2001, p. 21).

Para um cuidado à situação abordada, foi realizado um PTS, já que se tratava de um caso que demandava maior gravidade e complexidade. O PTS é um dispositivo de intervenção, uma ferramenta na gestão de cuidado que visa organizar o processo de trabalho da equipe e favorece o atendimento integral, por meio de acolhimento qualificado, estabelecimento de vínculo, divisão de tarefas e responsabilização compartilhada. A utilização de PTS como prática de cuidado em saúde mental na atenção básica se justifica pela importância da estruturação da rede de atenção psicossocial, além de valorizar a vida dos indivíduos e famílias em sofrimento psíquico (Laurito, Nascimento, & Lemes, 2018).

Neste sentido, uma das tarefas organizadas para melhor condução do caso, foi a articulação com a equipe do CAPS III de referência, dispositivo central no processo de superação ao modelo psiquiátrico tradicional. A articulação foi interventiva e resultou em uma visita domiciliar pelas equipes do CAPS e ESF com avaliação compartilhada do caso e encaminhamento para tratamento na rede substitutiva de saúde mental em um processo de compartilhamento do cuidado entre AB e serviço especializado. Ao se tomar como foco a micropolítica do processo de trabalho, na produção do cuidado, percebe-se que a rede funciona com base no trabalho das equipes de saúde, assim, os trabalhadores tornam-se os operadores desta rede, sendo de grande importância esta articulação, já que facilitam o planejamento de ações (Quinderé, Jorge, & Franco, 2014).

Como recurso para potencializar o trabalho do apoio matricial é previsto pela gestão municipal a participação dos apoiadores em reuniões de Grupos de Trabalho (GT) específicos de cada linha de cuidado para uma construção multidisciplinar e compartilhada das ações. Nesse enfoque, o GT de Saúde Mental constituído comumente por profissionais psicólogos e assistentes sociais visa pensar, discutir e fortalecer práticas humanizadas de cuidado integral em saúde mental na AB, capilarizando o debate no coletivo e matriciando as discussões para os demais apoiadores do DS que não compõem o GT de saúde mental. Os encontros desse GT aconteceram quinzenalmente na sede do próprio DS II.

O objetivo é que as equipes de saúde da família, por meio do AM, sejam contempladas com os saberes necessários para potencializar o processo de desinstitucionalização e, ao mesmo tempo, serem estratégias importantes para evitar internações arbitrárias. Desta forma, o matriciamento em saúde mental com as ESF possibilita fundamentar as ações das equipes para intervenções efetivas e corresponsáveis durante o processo de reinserção social e reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais. Ao aumentar a capacidade das equipes da ESF em lidar com o sofrimento psíquico e integrá-las com os demais pontos da rede assistencial, o apoio matricial progressivamente fortalece o cuidado em saúde mental enquanto demanda legítima da AB (Amaral, Torrenté, Torrenté, & Moreira, 2017).

A participação desses profissionais apoiadores no GT de saúde mental possibilitou a ampliação do conhecimento sobre o processo da reforma psiquiátrica e suas novas práticas, assim como conhecer a rede substitutiva de saúde mental do município pelas visitas técnicas realizadas aos serviços. Essa prática permite ao apoiador apropriar-se da organização da política municipal de saúde mental, vista como substancial para o suporte adequado às equipes de saúde da família no que se refere ao cuidado em saúde mental.

Harmonizado também numa prática interdisciplinar, o trabalho do apoiador matricial traz o desafio de construir coletivamente práticas que extrapolem os muros individuais destinados a cada profissão e alce para um trabalho que possibilite o compartilhamento do saber com vista a um cuidado baseado no 'fazer com'. Porém, impasses e embaraços

acompanharam todo o processo, haja vista que trabalhar com profissionais que desconhecem a política antimanicomial e os princípios preconizados pelo Ministério da Saúde compromete o desenvolvimento das ações, pois muitos profissionais se fecham numa lógica de trabalho fragmentada, centrada em práticas tradicionais de cuidado.

Desse modo, há a necessidade de fazer a conexão com os lugares sociais institucionalizados e os não institucionalizados, com a rede de atenção à saúde, com a comunidade e, conseqüentemente, com todos os territórios geopolíticos nos quais se experimentam a vida. Nestes, também se apresentam as potencialidades e os impasses da atuação do apoiador matricial no tocante à linha de cuidado em saúde mental (Lancetti, 2002).

### **Tecendo algumas considerações**

O processo da reforma psiquiátrica convida a todos os profissionais e serviços a repensarem o seu fazer em saúde mental, numa lógica de cuidado que promova a desinstitucionalização, a valorização da fala do sujeito e a superação da atenção centrada na medicalização, para assim poder pensar em processos terapêuticos que possam ou não produzir a reinserção social desses usuários. A partir disso, o paradigma manicomial vem sendo desconstruído, gerando novas demandas para o pensar e o fazer desses profissionais.

A inserção do AM na lógica organizada pelo município de João Pessoa-PB para o suporte às equipes de saúde da família permitiu estreitar a comunicação entre atenção básica e serviço especializado, promovendo encontros de saberes que proporcionem uma atenção mais integral e menos fragmentada. Embora as atividades realizadas pelo apoiador matricial já fossem previstas no campo da atenção básica, as equipes da ESF ofereciam uma assistência em saúde mental com intervenções ainda cristalizadas e com pouco conhecimento dos processos de reforma psiquiátrica e rede substitutiva o que prejudica a qualidade do cuidado. Importante destacar que de forma geral as equipes foram receptivas às ações propostas pelo AM, mesmo havendo uma resistência inicial por parte de alguns profissionais, pois traziam em seus discursos a referência da lógica do medo e do risco para sociedade, pensamento esse veiculado no imaginário social sobre a loucura.

Sendo assim, acreditamos que o trabalho compartilhado do AM com as ESF através do suporte técnico-pedagógico possibilitou agregar saberes e instaurar reflexões positivas no sentido de desfazer os 'nós' da desinstitucionalização, estabelecer laços longitudinais e fortalecer o olhar das equipes de saúde da família para o território no que tange as demandas de saúde mental. Não obstante, acreditamos que o AM conseguiu empoderar essas equipes a instituir novos processos que facilitem o diálogo e a capacidade de assumir compromissos com a saúde mental dos usuários.

Esta vivência no AM também nos permitiu inferir sobre o potencial positivo de sua performance junto a ESF no cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico de seu território. Assim como pode colaborar para discussões/reflexões sobre a organização do processo de trabalho do apoiador e para o processo de tomada de decisão das equipes gestoras nas três esferas de governo. Uma vez que facilitou o planejamento de ações e de estratégias que melhorem a qualidade da atenção, na perspectiva de superação do modelo psiquiátrico tradicional como também no compartilhamento de intervenções significativas de um 'fazer com' em defesa da vida.

Para as autoras fica a convicção de que essas ações foram positivas e transformadoras ao processo de trabalho das ESF à medida que a lógica da segregação e

da estigmatização da doença mental foi sendo desconstruída, qualificando assim o cuidado e assistência aos usuários de saúde mental. Contudo, esse não é um processo findo. A desconstrução de práticas de cuidados institucionalizantes merece e deve ser reverberada, refletida e questionada em todos os campos da saúde a fim de que realmente haja uma transformação do lugar da loucura no meio social.

## Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Amaral, C. E. M., Torrenté, M. O. N., Torrenté, M., & Moreira, C. P. (2017). Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *Interface: Comunicação, saúde, educação*, 22(66), 801-812. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0473>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2010). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família* (Caderno de atenção básica, n. 27). Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). *Saúde mental* (Caderno de atenção básica, n. 34). Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano* (Cadernos de atenção básica, n. 39). Brasília, DF.
- França, B. D., Silva, K. L., Matos, J. A. V., & Pereira, L. A. (2017). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: um dispositivo para a prática de educação permanente. In *Anais da 69ª Reunião Anual da SBPC*. Belo Horizonte, MG.
- Garcia, P. T., & Reis, R. S. (Orgs.). (2018). *Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS*. São Luís, MA: EDUFMA.
- Godim, G. M. M., & Monken, M. (2008). Territorialização em Saúde. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Orgs.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (2a ed. rev. ampl., p. 392-399). Rio de Janeiro, RJ: EPSJV.
- Lancetti, A. (Org.). (2002). *A saúde mental e a saúde da família*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Laurito, J. A. S., Nascimento, V. F., & Lemes, A. G. (2018). Proposta de instrumento para projeto terapêutico singular em saúde mental. *Cadernos UniFOA*, 13(37), 115-122.
- 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. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)

- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro, RJ: Garamond.
- Lorena, A. G. (2018). Cartografia sanitária na saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 10(25), 38-57. Recuperado de: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4986/5203>
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* (3a ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. (2006). Divulga o Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B., & Franco, T. B. (2014). Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24, 253-271.
- Silva, L. J. C. A., Gomes, A. L. C., Castro, M. M., & Silva, L. R. (2017). A importância do vínculo para o cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. In L. C. Coimbra, G. S. N. Silva, M. P. Rodrigues & A. M. A. Gomes (Org.), *Atenção integral em saúde da família* (p. 108-127). Natal, RN: EDUFERN.

Recebido em 27/09/2018

Aceito em 15/02/2019

---

*Luziane Juzi Carvalho De Alencar Silva*: Mestranda no Programa Biotecnologia e Inovação em Saúde pela Anhanguera (2019 – atual). Especialista em Saúde Mental pela Residência de Psicologia em Saúde Mental do Hospital Ulisses Pernambucano - UPE (2011); Especialista em Gestão do Cuidado com ênfase no Apoio Matricial pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2012). Atuou como Psicóloga do NASF na cidade de João Pessoa - PB (2012) e como Assessora Técnica de Saúde Mental na Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa – PB (2014). Foi Membro do Colegiado de Saúde Mental do Município de João Pessoa (2014). Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB (2008). Psicóloga do Hospital Universitário Lauro Wanderley – EBSEH/UFPB (2015 – atual) e Psicóloga do CAPS AD III David Capistrano de João Pessoa - PB (2014 – atual).

*Alessandra Cristina Vieira De Araújo*: Mestranda pelo Programa Neurociência Cognitiva e Comportamento da UFPB (2013-2015). Atuou como Coordenadora do Centro de Educação Integrada- CODEI (Deficiência Intelectual) até 2017 da FUNDAÇÃO CENTRO INTEGRADO DE APOIO AO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA – FUNAD. Graduada em Psicologia com formação em Psicologia Hospitalar e especialização em Neuropsicologia e Gestão do cuidado e Apoio Matricial pela UFPB. Trabalha com política e gestão do cuidado, com ênfase no Apoio Matricial/atuou como Psicóloga do NASF da cidade de João Pessoa - PB até 2013. Membro do Colegiado de Saúde Mental do Município de João Pessoa até 2013; Membro Gestor da Rede de Proteção da Infância Rede Crer Ser até 2013; Membro e parecerista do CORES - Colegiado da Rede Escola do município de João Pessoa até 2013; membro da comissão organizadora da Escola de Redução de Danos do SUS de João Pessoa nos anos de 2011, 2012 e 2013.

*Camila Batista Nóbrega Paiva*: Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde – Universidade Estadual da Paraíba – UEPB (2018 - atual). Especialista em Saúde da Criança pela Residência Multiprofissional em Saúde da Criança no Hospital de Pediatria Professor Heriberto Ferreira Bezerra (HOSPED) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN- 02/2013). Especialista em Psicoterapia Cognitivo Comportamental da Infância e Adolescência (Unipê - 2017). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (12/2010). Psicóloga do Hospital Universitário Lauro Wanderley, EBSEH – UFPB (2015 – atual).

*Natalya Lima De Vasconcelos*: Pós graduanda no curso de Especialização em Cuidados Paliativos - UFPB. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Centro de Psicologia Hospitalar e Domiciliar do Nordeste. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Psicóloga do Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga (PB) e do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB/EBSEH.

*Camila Assunção Pires*: Pós-graduanda no curso de Especialização em Preceptoria em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Especialista em Psicoterapia Cognitivo Comportamental pela Universidade Estácio de Sá - RJ. Graduada em Psicologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Piauí. Psicóloga Hospitalar da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares no Hospital Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba – EBSEH/HULW/UFPB.