



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

**TRILHAS DA RAPS AQUI E LÁ: O MATRICIAMENTO E A CONSTRUÇÃO
DA REDE EM CAMPINAS E CAICÓ**

GIULIA DE ARRUDA MALUF

CAMPINAS

2020

GIULIA DE ARRUDA MALUF

**TRILHAS DA RAPS AQUI E LÁ: O MATRICIAMENTO E A CONSTRUÇÃO
DA REDE EM CAMPINAS E CAICÓ**

Trabalho de Conclusão de Curso da
Residência Multiprofissional em Saúde
Mental e Coletiva da Universidade
Estadual de Campinas.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Teresa
Onocko-Campos.

Agradecimentos

São tantos agradecimentos que já começo por quatorze de uma vez. Muito da formação e da vida fora dela nesses dois anos aconteceram por causa dessa turma de mulheres incríveis que me acompanhou ao longo dessa jornada. Não sei nem enumerar todos os adjetivos que elas merecem. Obrigada por tudo, pelas trocas, pelas supervisões formais e informais e por tanta leveza. Obrigada todas!

Obrigada também a uma outra residência, aquela que me recebeu com tanto afeto ao longo do mês de agosto. O estágio eletivo em Caicó, na Residência Multiprofissional em Atenção Básica da UFRN, foi com certeza uma das experiências mais intensas desses dois anos de residência – e quiçá dos sete de Psicologia. Esse TCC é fruto disso – e tantas outras coisas depois dele. Em especial, gostaria de agradecer à Profa. Ana Luiza, que abriu as portas da Universidade, de sua casa e de suas experiências para mim. Obrigada mesmo, você é uma grande inspiração!

Poderia seguir agradecendo por mais tantas pessoas que cruzaram meu caminho nesses dois anos. Usuários, oficinairos, militantes, colegas da RAPS – povoaram de sentidos e aprendizados.

Enfim, Zé, amor grandão. Obrigada pela parceria!

Sumário

1. Contextualização	5
2. Um breve panorama: Campinas e Caicó	6
2.1. A metrópole do interior: Campinas	6
2.2. Um polo do sertão: Caicó	7
2.3. Antes de continuar, uma síntese e uma observação	9
3. Os municípios e o SUS: uma reflexão sobre a descentralização e as desigualdades	9
4. RAPS: uma argumentação militante	11
4.1. A complexidade da vida e o dinamismo do território: um chamado pela integralidade	13
4.2. A aposta no cuidado coletivo: o matriciamento	14
5. Pontos e tramas: a costura da RAPS nos dois municípios	17
5.1. De onde veio essa rede? Caicó, Campinas e hospitais psiquiátricos ...	17
5.2. Fluxos, parcerias e distância: as idas e vindas do apoio matricial	20
6. Caminhos transformadores: a Universidade	30
7. Uma ode à permanente montagem da RAPS	33
8. Referências	34

Quem já passou no sertão/ E viu o solo rachado,/ A caatinga cor de cinza,/ Duvido não ter parado/ Pra ficar olhando o verde/ Do juazeiro copado.

E sair dali pensando/ Como pode a natureza/Num clima tão quente e seco,/ Numa terra indefesa/ Com tanta adversidade/ Criar tamanha beleza.

O juazeiro, seu moço,/ É pra nós a resistência,/ A força, a garra e a saga,/ O grito de independência/ Do sertanejo que luta/ Na frente da emergência.

Nos seus galhos se agasalham/ Do periquito ao canção./ É hotel do retirante/ Que anda de pé no chão./ O general da caatinga/ E o vigia do sertão.
(Trecho do cordel “Os sete constituintes”, de Antonio Francisco)

1. Contextualização

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é a finalização do percurso formativo na Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNICAMP e, como tal, parte da densidade do vivido, daquilo que nos toca no trabalho em saúde. Sendo assim, fazem parte desse escrito, direta e indiretamente, cada usuário e oficinairo dos campos de prática pelos quais passei, bem como os trabalhadores da saúde com quem estabeleci parceria e todos os companheiros de Luta Antimanicomial - campineiros e seridoenses. Nesse ponto, sublinho a importância do R1 em um CAPS AD III e do R2 em um serviço de geração de renda, mas também do agosto de 2019 na rede de Caicó/RN, no escopo do estágio eletivo na Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

O trânsito pelos vários pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em municípios tão díspares adensa a discussão sobre o SUS enquanto sistema de saúde público e universal e o cuidado de saúde mental em um Brasil tão grande e diverso. Dessa forma, redimensiona-se a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica e os parâmetros normativos e ético-políticos que a regem, suscitando uma reflexão a respeito do que nos une e o que nos singulariza aqui e lá – na metrópole e no sertão. Dentre tantas questões que atravessam essa temática, a criação e o fortalecimento da RAPS impõem-se como desafios importantes que atravessam as ações sanitárias tanto em Caicó quanto em Campinas. Se no contexto caicoense a tessitura dessa rede é ainda incipiente, na cidade paulista é eloquente a tradição e a multiplicidade de pontos de atenção, mas teme-se o retrocesso – e em ambas coloca-se a necessidade de articulação para que de fato se produza saúde e não burocratização e desassistência, sendo o matriciamento a principal aposta de efetivação deste trabalho.

Considerando isso, o presente TCC objetiva construir uma discussão crítica da RAPS no SUS brasileiro, considerando as disparidades existentes nas diferentes regiões do país e seus reflexos na implementação e consolidação do sistema de saúde. Nesse sentido, serão analisadas como caso de estudo as redes de Campinas/SP e Caicó/RN, enfocando a articulação entre os diferentes equipamentos componentes da RAPS e buscando elucidar em que medida pode o matriciamento ser um dispositivo potente para a dinamização e o fortalecimento da rede, conforme suas diretrizes.

2. Um breve panorama: Campinas e Caicó

A comparação entre as redes de saúde de Caicó e Campinas depende, em primeiro lugar, da exposição das principais características de ambas as cidades, uma vez que as ações sanitárias, a organização dos equipamentos de saúde e o próprio processo de saúde-doença relacionam-se com outras tantas variáveis que extrapolam o setor saúde e abrangem outras dimensões da vida. Sendo assim, não basta descrever as reuniões de matriciamento de cada município, pois faz-se essencial conhecer também o cenário onde elas se instalam e claro, onde se desenrola a vida das pessoas cujo sofrimento psíquico almejamos cuidar. Dessa forma, apresentam-se agora os dados mais recentes disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pelo Data-SUS, pelas prefeituras municipais e por outras fontes confiáveis sobre aspectos geográficos, demográficos, econômicos e sociais dos dois municípios.

2.1. A metrópole do interior: Campinas

Campinas localiza-se no estado de São Paulo, a 100km da capital paulista, constituindo o segundo maior aglomerado industrial do país (Campinas, 2019) e a terceira cidade mais populosa do estado, com 1.204.073 de habitantes (IBGE, 2019). A taxa de natalidade é 13,92/1000 habitantes (Campinas, 2009); a de mortalidade infantil, 8,88 a cada mil nascidos vivos (Ministério da Saúde, 2017); e a proporção de mães adolescentes é estimada em 6,33% (Campinas, 2009).

Outro importante indicador que vale ser apresentado é o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), que mede as condições de vida nas cidades brasileiras. Em Campinas, ele é calculado em 0,805, de forma que é classificado

como “muito alto” nos padrões nacionais (PNUD; IPEA; FJP, 2010). No que tange à educação, um de seus pilares, tem-se que 96% das crianças e adolescentes entre seis e 14 anos são escolarizados (IBGE, 2010) e que a taxa de analfabetismo é de 3,89% (PNUD; IPEA; FJP, 2010).

Passando a parâmetros econômicos e de renda, sublinhamos o Índice de Gini como um dos mais relevantes, dada sua proposta de medir a concentração de renda local. Em Campinas, ele é avaliado em 0,56 - número cuja compreensão enriquece-se quando combinado com indicadores. Dentre eles, destaca-se a proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$140,00 – as assim denominadas “pobres”: em 2010, eram em 3,16% (PNUD; IPEA; FJP, 2010). Ademais, 30,2% da população têm renda mensal inferior a meio salário mínimo (IBGE, 2010), a média salarial dos trabalhadores formais corresponde 3,8 salários mínimos (IBGE, 2017) e o PIB per capita é estimado em R\$49.876,62 (IBGE, 2016). A principal atividade econômica no município concentra-se na área de serviços, com 53,41% dos vínculos empregatícios totais, seguindo pelo comércio, com 24,2% (Campinas, 2009).

2.2. Um polo do sertão: Caicó

Caicó é a principal cidade dentre os 25 que compõem a região do Seridó, no sertão do Rio Grande do Norte, a 256km de Natal (Caicó, 2019). É a sétima cidade mais populosa do estado, com 67.952 habitantes (IBGE, 2019), a quinta maior em termos de área ocupada e o quinto maior IDHM do semiárido nordestino (Caicó, 2019), calculado em 0,705 e avaliado “alto” segundo os critérios estabelecidos (PNUD; IPEA; FJP, 2010).

Introduzem-se, então, outras informações que adensam a compreensão da realidade local: a taxa de mortalidade infantil é estimada em 10,2 a cada mil nascidos vivos (Ministério da Saúde, 2017) e a taxa bruta de natalidade, em 13,3, com 19,2% de mães adolescentes (Ministério da Saúde, 2008). A respeito dos indicadores educacionais, 97% das crianças e adolescentes entre seis e 14 anos são escolarizados (IBGE, 2010) e 18,84% da população não é alfabetizada (PNUD; IPEA; FJP, 2010).

No que tange à economia local, destacam-se em Caicó as atividades algodoeira e pecuarista (Caicó, 2019). De acordo com o IBGE (2016), o PIB per capita é

R\$15.672,50 e o Índice de Gini é estimado em 0,56, segundo dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2010). Nesse contexto, média de renda dos cidadãos empregados formalmente é 1,6 salários mínimos (IBGE, 2017), 37,9% da população recebe menos que meio salário mínimo (IBGE, 2010) e 12,10% dos habitantes eram considerados pobres em 2010 (PNUD; IPEA; FJP, 2010).

As informações acima relacionadas são sintetizadas na Tabela 1, de forma a facilitar a visualização dos dados e a sua comparação nas duas realidades abordadas.

	Campinas	Caicó
Distância da capital do estado	100km	256km
População	1.204.073 habitantes	67.952 habitantes
Taxa de natalidade	13,92/1000 habitantes	13,3/1000 habitantes
Taxa de mortalidade infantil	8,88/1000 nascidos vivos	10,2/1000 nascidos vivos
Proporção de mães adolescentes	6,33%	19,2%
IDHM	0,805 - Muito Alto	0,705 - Alto
Taxa de escolarização: 6 a 14 anos	96%	97%
Taxa de analfabetismo	3,89%	18,84%
Índice de Gini	0,56	0,56
Proporção de pessoas pobres	3,16%	12,10%
População com renda mensal inferior a 0,5 salário mínimo	30,2%	37,9%
Média salarial dos trabalhadores formais	3,8salários mínimos	1,6 salário mínimo
PIB per capita	R\$49.876,62	R\$15.672,50

Tabela 1. Dados geográficos, demográficos, econômicos e sociais de Caicó e Campinas.

2.3. Antes de continuar, uma síntese e uma observação

Os dados acima mencionados desenham duas cidades bastante diferentes, contrastando o Sertão semiárido com o Sudeste tropical. Caicó configura-se, sim, como uma referência no Seridó, mas é inegável que Campinas tem projeção nacional mais expressiva e consistente. Nesse contexto, a maior parte dos parâmetros apresentados tem melhores resultados no município paulista, em que o IDHM é superior, bem como outras taxas importantes para a vida local. Sendo assim, fica clara a grande diversidade de contextos que existem no Brasil, as quais ampliam-se e aprofundam-se ainda mais quando levamos em consideração tantos outros aspectos que não foram contemplados nos indicadores supracitados, mas que são tão relevantes quanto eles.

No entanto, antes de seguir com a discussão, é importante frisar o risco que corremos de nos deixar ludibriar por números e traçar imagens preconceituosas do Nordeste brasileiro, em uma falsa romantização da vida em São Paulo. Afinal, ambas as cidades também compartilham alguns indicadores idênticos, por exemplo o Índice de Gini, e mesmo quando não é esse o caso, a análise deve ser mais complexa. A título de exemplo, retomo que a porcentagem de pobres é quase quatro vezes maior em Caicó e que mesmo assim é impossível elogiar as condições campineiras, em que 38 mil pessoas sobrevivem com menos de R\$140,00 mensais – 30 mil a mais do que na cidade seridoense, aliás. Assim, não podemos nos esquecer que todo e qualquer dado exerce uma função política e, por isso, ao longo desse TCC, será constante o esforço para que as comparações não produzam apenas mais concepções estereotipadas.

3. Os municípios e o SUS: uma reflexão sobre a descentralização e as desigualdades

Caicó e Campinas não são parecidas, ainda que não sejam também totalmente díspares. As realidades locais têm particularidades importantes e urge reiterar que apesar de todas essas especificidades, ambos os municípios são, sim, brasileiros, e como tal, são regidos pelos mesmos aparelhos legais – dentre eles, o compromisso com o SUS. Daí, advém a questão de como garantir a unicidade do sistema em um país com desigualdades regionais, sociais e econômicas tão expressivas (Campos, 2018), das quais as cidades analisadas são apenas dois exemplos. Para além de uma constância nas ações de saúde em todo o Brasil, faz-se importante ponderar o potencial que tem o SUS

para resistir à reprodução desenfreada das injustiças sociais (Campos, 2018), uma vez que afirma o direito cidadão à saúde e tem dentre as suas diretrizes centrais a equidade, a universalidade e a participação popular.

A discussão que se apresenta é, sem dúvida, complexa, no entanto vale a pena se deter nela por mais um momento. Isso porque a reflexão sobre como tem se dado o processo de descentralização do sistema de saúde pode ajudar a elucidar de que forma o SUS alcança a todos os brasileiros, e como ele também sofre com as disparidades brasileiras. Daí, será possível compreender com mais coerência a configuração que assume a RAPS nos dois municípios estudados.

A palavra já foi apresentada então: o SUS busca a descentralização. Desde a Constituição de 1988, ela foi definida como estratégia prioritária de implementação (Viana et al., 2010), atribuindo principalmente aos municípios a responsabilidade de organizar e gerir os sistemas locais (Campos, 2006; Lima et al., 2012; Viana et al., 2010). Campos (2006) pondera que, nesse processo, a transferência de poder e autonomia aos municípios não foi completa, assim como faltou clareza na definição do papel de cada ente federado, o que não raro gerou descompromisso, superposição de ações e inadequação das ações sanitárias às realidades locais.

Como resultado, tem-se a predominância da *municipalização*, em que o poder de coordenação das secretarias estaduais e do Ministério da Saúde é frágil (Campos, 2006; Santos, 2017) e as iniciativas de regionalização, pouco consistentes (Lima et al., 2012; Santos, 2017; Viana et al., 2010). Sendo assim, amplia-se a cobertura do SUS, mas com notória heterogeneidade nas várias partes do país, pois as condições prévias de cada um dos 5570 municípios determinam a conformação dos serviços e ações sanitárias (Lima et al., 2012; Santos, 2017; Viana et al., 2010). Afinal, variam as possibilidades financeira e organizacional, os contextos políticos e sanitários, a força reivindicatória da população e a disposição do poder executivo local para cumprir os preceitos do SUS (Campos, 2006; Lima et al., 2012; Santos, 2017). Ademais, o foco local por vezes produziu isolamento e debilidade nas iniciativas de planejamento regional que pudessem garantir uma maior eficiência e eficácia do sistema de saúde (Campos, 2006; Lima et al., 2012; Viana et al., 2010).

Sendo assim, é de se imaginar que as distintas conjunturas de Caicó e Campinas reflitam a capacidade instalada de seus sistemas locais de saúde. De fato, como

contextualiza Fernandes (2017), o município paulista é reconhecido nacionalmente pelo seu pioneirismo na implementação da atenção básica e de importantes políticas que hoje são referências nacionais, como é o caso do próprio apoio matricial, discutido neste trabalho. É interessante recuperar o histórico trazido pela autora, que ressalta o papel dos movimentos populares, do poder executivo municipal e da Universidade para a implantação de uma rede de saúde básica, cujo fortalecimento veio em resposta ao processo de urbanização desgovernada que gerou um sem número de favelas com condições de vida degradadas.

Assim, a articulação de segmentos populares pôde mobilizar a gestão municipal e ampliar os serviços de atenção básica, seguindo os projetos pilotos das universidades locais, que contribuíram com modelos de atenção mais progressistas à cidade. Não cabe aqui descrever as minúcias da história campineira, mas é relevante notar que diferentes atores sociais e condições municipais permitiram a constituição do SUS local como ele é hoje, com forte tradição de conselhos de saúde e complexa rede de serviços.

Por outro lado, se focalizarmos a trajetória caicoense, notamos que muitos desses elementos não operaram da mesma forma. Assim, sem uma aliança popular forte, com conselhos de saúde incipientes, gestões municipais com menos recursos financeiros e interesses políticos díspares (Vale, 2019), tem-se um cenário de maior instabilidade nas políticas locais de saúde. A dificuldade para fixação de profissionais, somada à irregularidade no planejamento das ações (Silva, 2019) são obstáculos a serem considerados na análise que se segue sobre a RAPS instalada.

Considerando, assim, todo o repertório até agora acumulado, faz-se possível adentrar especificamente na discussão sobre a RAPS e sua articulação nos dois municípios.

4. RAPS: uma argumentação militante

A RAPS é instituída oficialmente nos aparelhos normativos do SUS em 2011 com a aprovação da Portaria 3.088, cujo texto sofre alterações em 2017, na Portaria 3.588, em um importante golpe à Reforma Psiquiátrica. Isso porque a rede de cuidados em saúde mental passa a integrar equipamentos bastante controversos, tais como Comunidade Terapêutica, Hospital Psiquiátrico, Hospital Dia, CAPS AD IV e Equipe

Multiprofissional Especializada em Saúde Mental: todos serviços marcados por funcionamentos manicomial, com pouco ou nenhum foco na reabilitação psicossocial ao basearem suas ações no ambulatório e no isolamento. Muitos deles, inclusive, são alvos de graves denúncias de violação dos Direitos Humanos, reiterando que lá o tratamento fragmenta, medicaliza, nega direitos e estigmatiza – é ineficiente; pseudotratamento.

No entanto, é evidente que o discurso oficial afirma outra coisa. No portal oficial do Ministério da Saúde, na primeira página que aborda a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, consta uma longa defesa das alterações propostas pela Portaria 3.588. Argumenta-se a necessidade por mais leitos psiquiátricos e expõe-se uma série de falhas e dificuldades no funcionamento dos serviços substitutivos – dentre elas, problemas com o atendimento à crise, irregularidades financeiras e baixas taxas de matriciamento. Sendo assim, a Portaria 3.588/2017 – e sua ênfase nos serviços não-territoriais – é apresentada como uma solução para a atenção em saúde mental, em um jogo com os dados da RAPS.

Pois, de fato, há problemas com a implementação dos serviços substitutivos da RAPS. Em Caicó, por exemplo, não foram realizados matriciamentos em 2018; concomitantemente, a IV Região de Saúde, a que pertence o município, teve maiores quantias federais destinadas a Comunidades Terapêuticas do que aos equipamentos territoriais da RAPS (Alves, 2019). Dessa forma, concordante com o texto no site do Ministério, presencia-se um movimento que desinveste nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, para apostar em outras estratégias de tratamento cuja eficácia já foi comprovadamente rechaçada – basta procurar o livro *O Holocausto Brasileiro* (Arbex, 2013) ou ler os relatórios do CFP sobre as Comunidades Terapêuticas (2018) para relembrar os horrores que ocorrem nas instituições asilares do país.

Assim, urge discutir o fortalecimento da RAPS enquanto *rede* e não enquanto simples sigla, retomando o compromisso ético-clínico que estabelecemos com os usuários. Dessa forma, cabe uma análise mais detida do porquê, afinal, a Reforma Psiquiátrica defende o cuidado em rede e como a aposta nesta pode ajudar o SUS a superar os atuais desafios colocados no que tange à atenção em saúde mental. A partir daí, então, um estudo comparativo entre as RAPS de Caicó e Campinas poderá adquirir outro tom, em diálogo com a literatura do assunto, reiterando o potencial que têm para cuidar e para resistir.

4.1. A complexidade da vida e o dinamismo do território: um chamado pela integralidade

Retomemos a Portaria 3.088/2011, que institui a RAPS. Nela, cria-se uma Rede de Atenção Psicossocial, e se a sigla é óbvia, talvez desnaturalizá-la seja importante para uma melhor compreensão do que se propõe. Se o cuidado é *psicossocial*, conseqüentemente se fará necessária uma *rede*, pois focaliza-se o sujeito – e não a doença –, em uma ampliação do escopo do trabalho em saúde mental. Ao reconhecermos que são múltiplos os atravessamentos que se inter-relacionam na produção de vida, na afirmação da cidadania e na ampliação da autonomia dos usuários atendidos (Zambenedetti & Silva, 2008), entendemos a necessidade de os dispositivos assistenciais intervirem para além do âmbito simplesmente psiquiátrico (Amaral, 2013).

Daí, depreende-se que é impossível que um único equipamento atenda a todas as demandas do sujeito (Zambenedetti & Silva, 2008) – e ainda bem! Afinal, se não fosse assim, haveria institucionalização da vida e redução do usuário àquilo que o serviço de saúde pode ofertar, caminhando então na direção contrária da emancipação almejada na reabilitação psicossocial. Vale frisar, aliás, que a vida é muito mais ampla do que a Saúde, de forma que não só a articulação dentro desse segmento se faz necessária, mas também aquela que ocorre intersetorialmente, com as parcerias de outras instituições e com a aproximação dos lugares significativos da pessoa e da comunidade (Amaral, 2013; Bezerra & Dimenstein, 2008; Zambenedetti & Silva, 2008).

Nesse sentido, compreende-se a concepção da RAPS como possuidora de base comunitária. Ela troca continuamente com o território do usuário, o qual não se resume à simples localidade em um mapa, uma vez que abrange todas suas características físicas e humanas, que interagem entre si dinamicamente (Amaral, 2013; Delfini et al., 2009). O território constitui-se, portanto, como importante dispositivo no processo de reinserção social e de produção de saúde (Figueiredo & Onocko-Campos, 2008; Lima & Dimenstein, 2015; Pinto et al., 2012).

Considerando tudo isso, é eloquente o potencial da RAPS em seu alinhamento com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Todavia, pondera-se que o desafio de sua implementação merece atenção, para que de fato que seja possível cumprir com o

objetivo último de promoção de autonomia e cidadania. Nesse ponto, caberia um sem-número de ressalvas e recomendações, mas dado o escopo do presente TCC, deter-se-á em apenas um aspecto: a sua articulação, sendo o matriciamento estratégia primordial. Isso porque, para constituir-se enquanto rede, não basta a simples existência de diferentes pontos de atenção, uma vez que é fundamental atentar para as relações que se dão entre os diferentes serviços, suas conexões e fluxos (Amaral, 2013). Daí, conclui-se que a rede exige uma organização (Amaral, 2013; Zambenedetti & Silva, 2008) para que o trânsito dentro dela seja eficiente e se produza, de fato, os resultados almejados (Amaral, 2013).

Nesse sentido, o matriciamento emerge como questão imperativa. Ele, muito além do que simples recurso organizador, é estratégia metodológica que orienta o trabalho interprofissional, visando à ampliação da capacidade de resolução dos problemas em saúde (Campos, 2017). Sendo assim, sua implementação e qualificação contribuem para a superação de desafios importantes hoje colocados no que concerne ao cuidado em saúde mental no SUS (Onocko-Campos, 2019), como se verá a seguir.

4.2. A aposta no cuidado coletivo: o matriciamento

A proposição do apoio matricial na RAPS situa-se em uma discussão mais ampla sobre a concepção que se tem da clínica – ampliada e compartilhada –, da (co)gestão – e do trabalho em saúde – interdisciplinar e integrado (Anéas, 2017; Bonfim et al., 2013; Campos, 1999; 2017; Castro, 2017). Assim, defender o matriciamento implica investir na equipe, no vínculo e na organização de seu processo de cuidado, para que todos tenham responsabilidades e papéis claros na tarefa última de atender às necessidades de saúde dos usuários (Campos, 1999; 2017).

Esses conceitos operacionalizam-se na criação de equipes de saúde – prioritariamente multiprofissionais –, cuja atuação se pautará na assunção de referência de uma determinada população, o que significa comprometer-se no seu acompanhamento inclusive quando são necessárias intervenções de outros profissionais (Campos, 1999). Com isso, a condução e construção do caso são compartilhadas entre equipes diferentes (Anéas, 2017; Castro, 2017) e não burocraticamente encaminhadas, sob risco de tornar incoerente, ineficaz e até iatrogênico (Anéas, 2017) o trânsito do usuário pela rede (Pinto et al., 2012).

O matriciamento emergiria, nesse contexto, como estratégia de efetivação de tal corresponsabilização, atuando em prol da integralidade do sistema (Bonfim et al., 2013; Lima & Dimenstein, 2015; Sousa et al., 2011) e do olhar em relação ao sujeito, que não mais será fragmentado entre *físico e mental* (Quinderé et al., 2012). Afinal, defende-se a reunião de diferentes núcleos e equipes em torno de um caso – coletivo ou individual –, cuja discussão abrangerá uma multiplicidade de aspectos que se comunicam. Nesse contexto, os profissionais matriciadores oferecem suporte técnico especializado (Anéas, 2017; Sousa et al., 2011) à construção do Projeto Terapêutico Singular, no qual se definem claramente as práticas a serem desenvolvidas por cada um dos agentes – inclusive os usuários (Campos, 2017).

Aqui cabe uma infinidade de arranjos para a parceria entre profissionais de referência e apoiadores, por exemplo reuniões clínicas, atendimentos conjuntos, consultas da equipe de apoio matricial ou capacitação sobre temas específicos (Anéas, 2017; Campos, 2017). Em todos eles, vale ressaltar, configuram-se formas potentes de educação permanente, uma vez que a reflexão sobre situações reais, a comunicação de saberes e o fazer em conjunto propiciam uma aprendizagem que se dá a partir do cotidiano do trabalho, em uma qualificação progressiva da assistência (Campos, 2017).

Isso se faz verdade também na conjuntura da RAPS. Se já falamos que o território é componente essencial da atenção psicossocial e que esta não se faz sem a atuação de múltiplos atores sociais, é agora momento de dar mais um passo e concluir que o cuidado em saúde mental não pode se restringir ao CAPS. Esse serviço vem ocupando função central no processo da desinstitucionalização brasileira (Lima & Dimenstein, 2015; Sousa et al., 2011) e por vezes o faz de forma bastante distanciada do restante da rede, principalmente da atenção básica (Figueiredo & Onocko-Campos, 2008). Aqui, vale retomar a própria Portaria 336/2002 que legisla sobre tais equipamentos e que define que o CAPS, além de prestar assistência especializada direta aos sujeitos em sofrimento psíquico, também tem o papel de organizar a rede, aproximando as ações de saúde mental da comunidade e oferecendo suporte e capacitação às equipes da atenção básica.

Para cumprir tais atribuições, desponta o matriciamento. Este, ao discutir casos, regula os fluxos dentro da RAPS (Bezerra & Dimenstein, 2008), racionalizando o acesso e o uso de recursos. Ele opera, portanto, em prol da equidade (Lima &

Dimenstein, 2015; Sousa et al., 2011) e do acesso à atenção psicossocial, já que as UBS têm maior capilaridade do que os CAPS (Bonfim, et al., 2013; Quinderé, et al., 2012).

Note então que essa discussão assume novas faces quando nomeamos não só o CAPS, mas também a atenção básica, dado seu posicionamento estratégico (Lima & Dimenstein, 2015): é próxima às famílias e ao território, tem vínculo importante e constrói seguimento longitudinal dos casos. Todavia, no que tange à saúde mental, a realidade concreta é repleta de equipes de saúde da família com importantes dificuldades para trabalhar, por se sentirem despreparadas e sem recursos. Daí, delegam os casos automaticamente aos serviços especializados (Lima & Dimenstein, 2015; Quinderé, et al., 2012) ou os negligenciam por completo (Quinderé, et al., 2012).

Com isso, advém uma série de consequências problemáticas à atenção em saúde mental ofertada pelo SUS, como [i] o prejuízo de ações de promoção e prevenção (Quinderé, et al., 2012); [ii] a desresponsabilização das equipes de saúde da família no PTS de usuários com transtornos mentais graves (Lima & Dimenstein, 2015); [iii] o encaminhamento sem critérios de casos que poderiam ser atendidos nas unidades básicas de saúde ou [iv] o atendimento destes pela atenção básica de forma ineficaz e medicalizante (Quinderé, et al., 2012).

Por outro lado, se usufruem de espaços de troca com equipes especializadas nos momentos de apoio matricial – com o CAPS, claro, mas também com o NASF – os profissionais do nível primário podem ampliar a resolutividade de suas ações (Lima & Dimenstein, 2015), dando conta de uma série de situações que envolvem o adoecimento mental (Pinto et al., 2012; Sousa et al., 2011). Ao mesmo tempo, quando for necessária intervenção dos apoiadores, esta se dará em continuidade com o trabalho das equipes de referência e com ciência das mesmas, que seguirão participando do PTS. Afinal, elas possuem ricas informações territoriais, além de terem potencial para encabeçar ações com os familiares e com o próprio sujeito na comunidade onde ele vive (Figueiredo & Onocko-Campos, 2008).

Todos esses pressupostos pautaram a inclusão do matriciamento em diferentes documentos do Ministério da Saúde, conforme estudo realizado por Bonfim et al. (2013). Nele, constata-se que a prática é recomendada, por exemplo, nas Políticas Nacionais de Saúde Mental, Atenção Básica e Humanização, tornando esta prática uma estratégia fundamental para as ações de saúde mental na atenção básica.

Com isso, desenha-se o cenário geral, que não abarca, porém, as sonoridades particulares que customizam os encontros ao redor do Brasil. Assim, propõe-se agora um olhar mais atento às redes de Caicó e Campinas, para que possamos nos aprofundar em seus trançados: suas linhas seus nós.

5. Pontos e tramas: a costura da RAPS nos dois municípios

5.1. De onde veio essa rede? Caicó, Campinas e hospitais psiquiátricos

Olhemos a uma fotografia da rede que se tem hoje nas duas localidades, a começar pelos pontos dados. Caicó possui 26 UBS e apenas um NASF, que referencia uma parte das unidades; outras cinco são apoiadas pelos residentes em Atenção Básica da UFRN, conforme acordo com a gestão municipal. Sobre os serviços substitutivos, tem-se um CAPS III, um CAPS AD II e um SRT; em nível terciário, uma enfermaria de saúde mental em hospital geral.

Indo a Campinas, a tecelagem é mais extensa. Além de maior em quantidade – afinal, é maior a população –, notam-se diferenças qualitativas importantes. A atenção básica conta com um Consultório na Rua e Centros de Convivência, além, claro, dos Centros de Saúde e suas equipes de saúde mental – o município ainda não adotou por completo as políticas da Estratégia de Saúde da Família e NASF. Campinas possui SRTs dos dois tipos previstos e, em contraste com Caicó, além dos CAPS gerais serem da modalidade III, também os CAPS AD o são; ademais, existem quatro CAPS infanto-juvenis para atender a crianças e adolescentes. No que concerne à atenção hospitalar, vale ressaltar que parte importante dos leitos de saúde mental localizam-se em um hospital universitário, o que em si já marca um modo diferente de operação. Para além disso, destacam-se outros equipamentos que se propõem à Reabilitação Psicossocial, como dois serviços de geração de renda e inclusão social pelo trabalho.

Essa breve enumeração já denota as diferentes conformações assumidas pelas RAPS nas duas cidades – e isso não se dá por acaso. Retomando a discussão sobre a descentralização do SUS acima mencionada, vale recuperar brevemente a história da formatação dessa rede, para compreendermos as variáveis que nela atuaram. Dentre os muitos modos possíveis para começar essa narrativa, escolho o fazer dizendo que, tanto no sertão quanto na metrópole, ela é marcada, como não é de se estranhar, pela presença

de um Hospital Psiquiátrico – e pelo seu fechamento. O que muda, e muito, é a forma pela qual se deu esse processo e os impactos que produziu.

Vou primeiro a Campinas, onde o movimento da Reforma Psiquiátrica segue o caráter pioneiro que marca o município quando o assunto é política de saúde. É interessante notar que o processo de desinstitucionalização na cidade só foi possível com a participação de atores diversos e que, dentre estes, recebeu destaque justamente um dos hospitais psiquiátricos da cidade: o Sanatório Dr. Cândido Ferreira. Assim, se até a década de 80, Campinas tratava da saúde mental de maneira bastante hospitalocêntrica (Campos, 2000), no início da década de 90, as coisas começaram a mudar. Na época, a entidade filantrópica firmou convênio com a secretaria municipal de saúde, com o objetivo de implementar um novo modelo de assistência em saúde mental que rompesse com o puro asilamento (Cayres, 2012). Ainda que nem sempre fossem inteiramente claros os passos da política de saúde mental do município (Campos, 2000), optou-se de forma geral por apostar na rede de centros de saúde, nas suas já operantes equipes de saúde mental (Campos, 2000; Cayres, 2012) e na criação de novos equipamentos de saúde que fossem substitutivos ao modelo manicomial (Campos, 2000). É então a partir dessa parceria de cogestão que se inaugura uma gama de novos serviços, com práticas assistenciais inovadoras para seu tempo, em uma progressiva transformação do modo de atuar do hospital, que passa de sanatório a serviço de saúde (Campos, 2000; Cayres, 2012). Seus leitos de internação foram finalmente fechados em 2017, mas sem prejuízo de atuação da instituição, que segue responsável por grande parte dos equipamentos de saúde mental de Campinas.

Desse modo, sem ignorar a importância de outros agentes, como a gestão municipal e o movimento social, chama a atenção a postura que assumiu o hospital psiquiátrico, que influenciou positivamente o processo de desinstitucionalização de Campinas ao aderir aos preceitos da Reforma Psiquiátrica. É claro que em um parágrafo não é possível abordar todas as minúcias desse processo, que nem sempre foi liso e unânime – as contradições existiram e existem até hoje; busca-se, sim, evidenciar que ele ocorreu progressivamente, criando novos arranjos com o impulso da instituição que era justamente revista nesse movimento. E de novo, se é verdade que isso gera nuances delicadas, é igualmente verdade que houve, sim, o fortalecimento de uma rede substitutiva com práticas mais progressistas (Campos, 2000) e que o hospital psiquiátrico e sua equipe se reviram nessa mudança.

Em Caicó, por outro lado, o manicômio foi manicômio do começo ao fim – e foi justamente isso que obrigou o poder público a tomar as providências para o seu fechamento. No início dos anos 2000, o hospital psiquiátrico Dr. Milton Marinho foi alvo de graves denúncias de violação aos direitos humanos, as quais vieram a público em documentos do Conselho Federal de Psicologia e em veículos de mídia nacionais (Côrtes, 2003). Com isso, em 2003, após auditoria do Ministério da Saúde, apurou-se em relatório oficial que o hospital não atingia os pontos necessários para o convênio com o SUS (Fernandes, 2017) e em 2005 iniciou-se a intervenção da Secretaria Estadual de Saúde que levaria à redução de leitos e ao posterior encerramento das atividades da instituição (Azevedo et al., 2014). O processo de fechamento finalizou-se em 2006, após determinação judicial (Fernandes, 2017). Daí, vem em 2008 a inauguração do CAPS III da cidade e do SRT para os egressos (Azevedo et al, 2014; Fernandes, 2017) e, após alguns anos, do CAPS AD caicoense.

É então dessa forma que são dados os pontos iniciais no trançado da RAPS do município. Como é possível observar, diferente do que ocorreu em Campinas, o processo de desinstitucionalização não foi precedido de discussões mais abrangentes sobre a mudança do modelo de atenção, uma vez que a implementação de equipamentos substitutivos só se efetivou quando se tornou imperativa, dado o fechamento dos leitos e a obrigatoriedade de se criar espaços de cuidado para aqueles que agora não seriam mais (des)assistidos pelo hospital psiquiátrico. Essa sequência de eventos, como seria de esperar, tem reflexos no modo como atualmente se organizam os serviços e como funciona a própria RAPS. Todavia, ainda que incipiente e talvez menos consistente do que a realidade campineira, é importante destacar que Caicó surge como um polo no processo de Reforma Psiquiátrica no Seridó (Azevedo et al., 2014), de modo que seu potencial não pode ser ignorado.

Nesse sentido, é significativo dizer que Caicó, em sua posição de destaque no sertão seridoense, tem não só influência política sobre os demais municípios, mas também impacto direto na assistência prestada aos usuários em sofrimento psíquico da região. Isso porque seus serviços são referências regionais, responsabilizando-se pelo cuidado da população das outras 24 localidades, além dos próprios caicoenses, evidentemente. Encaixam-se nessa situação os dois CAPS e a enfermaria de saúde mental, o que nos faz pensar que um cuidado antimanicomial e de qualidade, se bem

prestado nesses equipamentos, poderá inspirar e movimentar as redes dos demais municípios.

E como é, afinal, tal cuidado? Considerando o histórico que embasa a formatação atual das redes de Caicó e Campinas, vale então agora focarmos nossa discussão não só nos equipamentos isoladamente, mas nos modos pelos quais se articulam.

5.2. Fluxos, parcerias e distância: as idas e vindas do apoio matricial

Começemos essa sessão nos detendo, por mais um momento, em uma das informações acima expostas: os serviços de Caicó referenciam todo o Seridó. Em termos bastante concretos, podemos então fazer uma primeira pergunta, bastante simples: como operar o trabalho territorial se as distâncias e os meios de acesso são mais dificultosos no trânsito entre as cidades?

Descrevamos então um pouco da realidade cotidiana dos CAPS caicoenses. Dentro da cidade, há apenas duas linhas de ônibus, que não dão conta de todos os itinerários dos usuários; para fora de suas fronteiras, os usuários dependem dos veículos oficiais das secretarias municipais de saúde, conforme os acordos de gestão vigentes. Todavia, o esquema de carros em questão é falho, com significativos e costumeiros atrasos e faltas. Sobre isso, trago abaixo uma vinheta¹, que assim como todas que se seguirão, parte de minhas experiências enquanto residente nos últimos dois anos.

Clarice tem 26 anos e está grávida de três meses do quinto filho. Ela frequentava o CAPS AD, mas parou, porque quando passa a noite usando, é difícil vir ao serviço, ela diz. E é bem difícil mesmo: Clarice é de Acari e o carro da secretaria municipal de saúde sai às 5h de lá, para deixar os usuários em Caicó às 6h - mesmo que o CAPS AD só abra às 7h. E a volta não é melhor: buscam-na repetidamente após o fechamento, apesar das ligações constantes da equipe do CAPS pedindo o veículo. E lá fica Clarice na calçada, trancada para fora do CAPS AD que fecha às 17h, esperando um transporte que lhe é seu por

¹As vinhetas desse TCC trazem nomes fictícios, visando preservar a identidade das pessoas mencionadas.

direito. O plano da mulher é intensificar sua frequência no equipamento, mas desse jeito?

A dificuldade de acesso que se impõe no cuidado de Clarice no CAPS AD de Caicó pode ser extrapolada à realidade de tantos outros seridoenses que utilizam os serviços da RAPS desenhada na região. É básico que para uma assistência de qualidade, as pessoas precisam conseguir circular pelos diferentes pontos da rede – a UBS do bairro e o CAPS AD são apenas dois dentre tantos que compõem o itinerário de Clarice. Se isso é verdade para os usuários, também o é para os profissionais, que para efetivar a articulação entre as variadas equipes, precisam encontrar meios de viabilizar o contato para o trabalho em conjunto. No entanto, assim como os carros falham com Clarice, eles também faltam com os trabalhadores, que têm dificuldade para ir e vir entre os diferentes municípios e para fazer ações territoriais, no caso das equipes especializadas dos CAPS AD.

Assim, se articulação da rede já não é tarefa simples e se o matriciamento já representa por si só um grande desafio, dada a complexidade teórico-metodológica que pressupõe, as equipes terão ainda mais dificuldades quando até sair dos muros do serviço é desgastante. Esse contexto conversa com estudos presentes da literatura sobre o tema, como o de Treichel et al. (2019). Nele, os autores, ao discorrerem sobre os impasses atuais na consolidação do apoio matricial, destacam que dentre os obstáculos de cunho estrutural, o problema de acesso é importante fator. Junto a ele, constam outros, como a negligência em relação às questões territoriais – e não se pode negar que conhecer tais características a fundo será muito mais difícil quando se tem que lutar por um meio de transporte para chegar à comunidade.

Essas constatações atualizam-se em Campinas. É verdade que os serviços da cidade servem apenas aos campineiros, mas é também verdade que a cidade é vasta, com as periferias muito distantes dos equipamentos especializados. Sendo assim, os moradores das regiões mais vulneráveis, em regra, serão aqueles com as maiores dificuldades para chegar aos CAPS, precisando usar às vezes mais de um ônibus, em rotas longas e caras. O passe gratuito pode ser concedido, mas apenas depois que uma certa vinculação ao serviço já foi estabelecida, e fazer isso no caso de Cora, por exemplo, não é tão fácil:

O Centro de Saúde liga para o CAPS AD, pedindo ajuda. Cora teve a guarda do filho retirada, mas ainda o procura na casa da avó. Ela faz uso intenso de substâncias psicoativas (SPA's) e a equipe de Saúde da Família já não sabe mais o que fazer para proteger a criança. A psicóloga do CAPS AD vai até lá, no bairro mais distante e vulnerável do território adscrito. A casa está caindo, não há o que comer, a mulher é agredida pelo companheiro. É impossível construir qualquer PTS que inclua atividades ou atendimentos no CAPS – não porque a usuária não topa, mas porque ela não consegue chegar, sem dinheiro para tantas passagens. O passe gratuito? Vai demorar, ela nem tem RG ainda. A profissional de referência decide quinzenalmente reservar o transporte do serviço para ir visitá-la: 20 minutos de estrada a caminho da periferia campineira. Nos intervalos das semanas, pactua ações com o Centro de Saúde e com os equipamentos da Assistência Social que acompanham a família.

O trecho acima ilustra questões importantes. A dificuldade do acesso, sim, mas também a importância da atenção básica no cuidado em saúde mental. Se o CAPS está distante, o Centro de Saúde está próximo, e se não fosse este, provavelmente Cora jamais chegaria ao serviço especializado. Mais do que isso, talvez não recebesse qualquer tipo de *cuidado* em saúde mental, já que a equipe de saúde família, despreparada para esse tipo de atenção, talvez reproduzisse infundáveis falas moralizantes de condenação à mulher que usa drogas – a preocupação, antes de tudo, era com a *criança*. Por outro lado, na tecnologia leve das relações humanas e na aproximação dos serviços, constitui-se uma possibilidade de cuidado – ou um início, pelo menos, pois Cora com certeza precisa com urgência de muito mais, a começar por casa, comida, proteção social e direitos cidadãos. Todavia, se não fosse a ação da atenção básica, talvez essa mulher seguisse invisível aos olhos do Estado para além de sua faceta da *mãe que teve a guarda destituída*. O SUS pode, sim, produzir tensionamentos em cidadanias negadas.

E para que isso ocorra, é essencial que haja uma atenção que não se resuma a uma simples – e até iatrogênica – prescrição de psicotrópicos, que medicaliza o sintoma e silencia o cidadão – algo infelizmente tão recorrente na atenção básica campineira

(Onocko-Campos et al., 2011) – e da caicoense também (Azevedo et al., 2013). É preciso que outras ofertas de cuidado sejam possíveis, incluindo, sempre, escutar a pessoa que nos procura. Mas sabemos que fazer isso não é simples, exige romper com os protocolos rígidos e se abrir para o contato com o outro. Em nosso país, esse movimento inclui aproximar-se de situações de extrema pobreza e injustiça social: Cora não só usava crack, mas morava numa casa improvisada, arriscando cair sobre a sua cabeça, sem ter o que comer e apanhando do companheiro cotidianamente. Ao profissional da saúde é absolutamente impossível cuidar sozinho de tudo isso e estar isolado na atenção aos usuários não só é ineficaz, mas também frustrante e angustiante, dada a sensação de impotência e solidão (Figueiredo & Onocko-Campos, 2009; Onocko-Campos, et al., 2011). Sendo assim, atuar em equipe, articular saberes, aprender com o parceiro e ter a quem recorrer quando o problema aperta é especialmente significativo quando se trata da complexidade das demandas em de saúde mental.

Considerando isso, novamente desponta o matriciamento como um importante suporte para os trabalhadores – a fim de cuidarem dos usuários, sempre, mas também de si próprios. Sobre isso, a literatura recomenda a estipulação de uma agenda fixa entre as equipes e, além dela, uma abertura para as demandas urgentes, com flexibilidade para a criação de arranjos fora do previsto (Bezerra & Dimenstein, 2008; Castro, 2017). Ao longo de minha residência, pude presenciar um CAPS AD costurando modos de trabalho em conjunto que contornavam a ausência de reuniões regulares de qualidade, apostando que os trabalhadores, ao se conhecerem, poderiam acessar-se uns aos outros quando necessário. Talvez sem tanta constância e previsibilidade, é verdade, mas com construção progressiva de vínculo entre as equipes, que ao se chamarem pelo nome, tinham mais paciência para aguardar as longas esperas nas chamadas telefônicas para acionar os parceiros. E foram aumentando as ligações e reaproximando-se as equipes, antes tão distantes e independentes. Pouco depois de Cora, o CS ligou também para falar de David, um rapaz com problemas hepáticos devido ao uso de álcool, e um pouco antes fora o CAPS AD que ligara para discutir o caso de Giovana, um caso difícil do qual a equipe pouco sabia, mas cuja história da família era conhecida por inteiro pela enfermeira do Centro de Saúde. O Apoio Matricial exige vínculo – entre equipe e usuários, mas entre profissionais também.

Nesse sentido, constatam-se os diferentes modos de conformar o apoio matricial em Campinas (Ballarin et al., 2012; Castro, 2017) e vale lembrar e repetir que as práticas matriciais não são dadas a priori, não se dão automaticamente na simples agremiação de profissionais. Se o trabalho segue alienado, com enfoque biomédico e sem clareza sobre o papel dos diferentes atores envolvidos e do próprio apoio matricial – por parte dos profissionais da atenção básica ou do CAPS –, ter-se-á não mais do que uma reunião burocratizada para passar casos e mais casos (Bezerra & Dimenstein, 2008; Campos, 1999; Castro, 2017) – uma “empurroterapia” (Zambenedetti & Silva, 2008, p. 133). E nesse tempo de residência em Campinas, também vivi encontros do tipo:

A reunião de matriciamento do eixo ocorria mensalmente com membros do CRAS, CREAS, CAPS AD, CAPS III, CAPSi e de outras cinco unidades básicas de saúde, além de serviços convidados a depender da necessidade do caso específico. Todavia, era rara a presença de todos eles. Dentre os profissionais da atenção básica, geralmente contávamos com os trabalhadores de nível médio – um ou dois para cada unidade – e com os membros da equipe de Saúde Mental que os referenciava. Comumente, as equipes de saúde da família se abstinham de participar quando a psicóloga ou a terapeuta ocupacional iam.

O CAPS AD pautou alguns casos. Celina era uma mulher vítima de violência que suspeitava que sua filha fora abusada sexualmente. A discussão na reunião foi profícua e pode trazer maiores coeficientes de cuidado à família, com a aproximação do Centro de Saúde e do CREAS da família. Este trabalhou as situações de violência, enquanto aquele realizou visitas domiciliares e atendimentos à criança. Por outro lado, com Taís, o CAPS AD encontrou-se sozinho, ainda que pautasse mensalmente o caso: se o CRAS ajudou a entender a situação de benefícios de Taís, o CS não cumpriu os combinados pactuados de atenção à mãe, levando o CAPS AD a assumir também esses atendimentos.

A reunião descrita acima traz em si alguns elementos interessantes para a análise. Em primeiro lugar, o espaço intersetorial que construiu, validando os preceitos da RAPS de um trabalho que extrapole os limites da saúde – ou que o tente fazer. São duas vinhetas breves, ilustrativas sobre como um mesmo espaço institucional pode se

prestar a muitas coisas: a apoio matricial e a empurroterapia, ainda que sempre receba o mesmo título de *matriciamento*. Sendo assim, é de suma relevância que as práticas de trabalho sejam sempre colocadas em análise, sob o risco de se cristalizarem (Bezerra & Dimenstein, 2008; Figueiredo & Onocko-Campos, 2009) – o que podemos ver acontecer em Campinas, apesar se sua tradição e pioneirismo no campo.

Afinal, é importante dizer que a falta de compreensão sobre o apoio matricial e consequente descomprometimento com o mesmo não são questões isoladas do CS de Taís. Outros estudos desenvolvidos em Campinas demonstraram problemáticas similares em variadas equipes de atenção básica e CAPS (Ballarin et al., 2012; Castro, 2017), além de exporem as disparidades existentes nos Centros de Saúde, uma vez que coexistem unidades cujos processos de trabalho são próximos à proposta de ampliação da clínica e aquelas que têm funcionamento ainda bastante tradicional e cristalizado (Onocko-Campos et al., 2011; Onocko-Campos et al., 2012).

No que toca à situação descrita com Taís, para além da desresponsabilização das equipes de saúde da família em seu acompanhamento, vale ressaltar sua falta de comprometimento com o próprio espaço do matriciamento: nunca estavam presentes na reunião, por se sentirem suficientemente representadas pela psicóloga e pela terapeuta ocupacional. Note, porém, que se falamos de matriciamento enquanto espaço de educação permanente, de ampliação da clínica e de aumento da resolubilidade da atenção básica, a presença dos profissionais de fora do campo saúde mental é de suma importância. Até porque, como se verificava a cada reunião, as profissionais da equipe de saúde mental do CS não tinham conhecimento das famílias, o que dificultava a troca de informações e a discussão aprofundada dos casos pautados. Pesquisas na literatura apontam, inclusive, que em muitas unidades básicas de saúde campineiras, a dita equipe de saúde mental trabalha de forma isolada do restante dos profissionais, tendo difícil integração com os mesmos (Onocko-Campos et al., 2011).

Ainda com a vinheta em mente, retornemos a Caicó, para traçar um possível paralelo. Lá, a configuração intersetorial representa, em si, um grande desafio. Antes até de pensar em *como* ela ocorrerá, urge dizer que na cidade faltam quaisquer iniciativas do tipo. Se seguirmos tomando como parâmetro o encontro entre profissionais da saúde e da assistência social, por exemplo, descobrimos que em Caicó esse contato é praticamente inexistente, sendo os residentes da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da UFRN que se encarregam de fazer informalmente essa ponte nos

serviços que transitam, já que os 22 alunos passam, ao longo de seus dois anos de formação, por nove campos de prática de assistência à saúde e três da assistência social. Outros fóruns temáticos ou encontros incluindo o Judiciário, a Educação ou quaisquer outros atores são ainda mais raros e improváveis.

No entanto, como já foi dito antes, não só os encontros intersetoriais ainda precisam ser criados, mas também as próprias reuniões de matriciamento entre CAPS e atenção básica. Evoco mais uma vez o dado de 2018 que afirma que no ano não houve qualquer ação do tipo em nenhum dos dois CAPS da cidade. Nesse contexto, é seguro afirmar que a assistência à população é prejudicada, ao mesmo tempo em que se descumpra a única meta concernente à saúde mental da pactuação inter-federativa da região de saúde. O documento em questão refere-se ao período 2017-2021 e é composto por 23 indicadores, sendo a saúde mental tematizada apenas no item 21: “Ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes da Atenção Básica”, definindo como meta que 70% dos CAPS façam ao menos 12 matriciamentos ao ano. Se em Caicó, em 2018, a proporção foi nula, no Seridó inteiro o número sobe para os ainda baixos 40%. A Unidade Regional de Saúde Pública responsável teceu considerações sobre o parâmetro em abril de 2019:

Considerações sobre o indicador (dificuldades para o alcance da meta): (i) necessidade de CAPS na modalidade infantil para a região; (ii) falta das demais modalidades de CAPS para a região; (iii) insuficiência de recursos humanos; (iv) fragilidade na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Ações propostas para melhoria do indicador: (i) ampliação das demais modalidades de CAPS de acordo com as necessidades da região; (ii) educação permanente em matriciamento para as equipes dos CAPS e da Estratégia Saúde da Família; (iii) fortalecimento da RAPS; (iv) realização de concursos públicos para a ampliação dos recursos humanos. (p.7)

Apesar das observações do relatório oficial, não há qualquer indicativo de criação de um CAPS infantil ou de ampliação das contratações de profissionais. Reitero então que são urgentes as medidas de educação permanente, bem como o fortalecimento

da RAPS – por mais genérico que isso seja, já que engloba uma infinidade de aspectos. Dentre eles, pode-se destacar o próprio embasamento conceitual do trabalho em rede e da atenção psicossocial, que precisam ser melhor consolidados. Os serviços substitutivos mostram dificuldades para incorporar importantes preceitos da Reforma Psiquiátrica, como a visão ampliada do processo saúde-doença, o trabalho em equipe e o atendimento singularizado, e essa conjuntura não pode deixar de ser associada, pelo menos em parte, à trajetória que a Reforma Psiquiátrica teve no município. Pesquisas indicam, inclusive, que em Caicó muitos profissionais ingressam – e permanecem – na RAPS sem as devidas formações prévia e contínua em temas que tocam à Reforma Psiquiátrica (Azevedo et al., 2013; Silva & Azevedo, 2011).

Foge ao objetivo desse TCC analisar todos os aspectos teóricos e organizativos que amparam a implementação dos equipamentos substitutivos, de modo que por ora basta atestar, mais uma vez, que o arranjo do apoio matricial apenas faz sentido quando a equipe incorpora em seu processo de trabalho uma série de outros elementos, cujos aportes clínico, ético e político são compartilhados com os do próprio matriciamento. Sendo assim, é significativo ponderar que a linha de cuidado da saúde mental ganha em qualidade quando os arranjos de gestão coadunam com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial (Onocko-Campos et al., 2011). Daí, vem que em Caicó a luta pela construção do apoio matricial inclui a atenção a outros aspectos do processo de trabalho dos CAPS, pois estes não contam com equipes organizadas segundo a lógica de referências, com PTS, assembleia ou reunião de equipe – diferentemente do que ocorre na realidade campineira.

Considerando isso, não é de se estranhar que os próprios parâmetros de matriciamento sejam diferentes nos dois municípios estudados. Em Caicó, como já foi dito, calcula-se um matriciamento mensal por CAPS; em Campinas, esse número sobe bastante e varia de acordo com o equipamento, segundo os termos do convênio estabelecido entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Entrar nas minúcias desse contrato de gestão foge ao escopo desse TCC, mas cabe dizer, a título de comparação, que a média de matriciamentos ao mês de cada CAPS habilitado do convênio no ano de 2018 foi de 18 (Campinas, 2019) – muito diferente do zero já tão repetido até aqui de Caicó.

No entanto, saíamos da discussão impessoal dos números e os tomemos de pano de fundo para voltarmos a nos debruçar sobre a realidade concreta, feita de sujeitos, das

duas cidades; detenho-me agora em Caicó. Se a recomendação oficial do documento da URSAP acima transcrito é que se invista em educação permanente, pode-se dizer que a relação com a Universidade pode ser um meio de operar uma formação no trabalho. Como já foi citado em outros momentos, a UFRN sedia no município um programa de residência voltado à atenção básica e a passagem dos alunos pelos serviços provoca movimentos nas equipes, devido à sua atuação e também à possibilidade de parceria com os equipamentos acadêmicos que oferecem: ser preceptor e circular pelos corredores formativos. E os impactos na rede podem ser variados, plantar ideias, germinar equipe, colher sentidos, desbravar e construir. Articular rede, por exemplo, matriciar.

No início do segundo semestre de 2019, a equipe do CAPS AD de Caicó organiza-se para iniciar os matriciamentos com, por enquanto, apenas uma UBS de seu território. O CAPS AD conta com a ajuda dos residentes do primeiro e do segundo ano e cria, com a equipe de saúde da família, agendas quinzenais, propondo que, a cada reunião, as duas miniequipes da unidade se alternem para trazer casos. A proposta, médio prazo, é instaurar um grupo de saúde mental na UBS.

Com uma das miniequipes, a discussão flui e aprofunda-se mais, dada a maior disposição da enfermeira e da médica de família – esta também residente – com o tema. Com a outra, constrói-se ainda o sentido do espaço e das ações em saúde mental. Em todos os encontros, buscam estruturar um PTS em conjunto, refletindo sobre os objetivos do tratamento e sobre as responsabilidades de cada agente; no próximo contato, retomam-se esses conteúdos. Os casos suscitam nos profissionais questionamentos sobre o funcionamento dos equipamentos de assistência social, cultura e lazer e alguns se mobilizam para pesquisá-los. A presença da equipe completa da UBS é solicitada, além dos alunos de pós-graduação e de duas profissionais do CAPS AD.

Os espaços de matriciamento estão, então, em processo incipiente de construção. No entanto, vale adicionar outros adjetivos a essas reuniões, tais como promissores, comprometidos e, por que não, inspiradores. Longe de querer idealizar isso que é o

início de um caminho, é preciso valorizá-lo enquanto tal: propõe-se adotar novas práticas, ampliar a clínica, trabalhar em equipe e aprender nas parcerias, para, em última instância, sempre, melhorar a saúde da população. E tudo isso, diga-se de passagem, sem o devido apoio das gestões local e municipal para o processo de implantação das diretrizes preconizadas, em tudo o que isso abrange – por exemplo, prover garantias organizacionais à sua ocorrência e práticas formativas que elucidem e aprofundem os referenciais teórico-práticos do apoio matricial com as equipes (Ballarin et al., 2012; Figueiredo & Onocko-Campos, 2009).

Azevedo et al. (2013) mostram em sua pesquisa que nem sempre o matriciamento é compreendido pelas equipes caicoenses, o que faz com que o mesmo assuma um formato corrompido de mera transferência de responsabilidade e desinformação por parte das equipes envolvidas. Por outro lado, na vinheta, fica claro que se investe na construção de um PTS conjunto e que isso só é possível porque são os próprios trabalhadores que se encarregam do seu processo formativo. Assim, sublinha-se o potencial pedagógico da estratégia matricial, não só no que tange à assistência em saúde mental, mas também aos processos de trabalho em si – aprender *fazendo* a atuação em coletivo.

E nesse ponto desponta mais uma vez a importância da incorporação da atenção básica. Tomemos a vinheta. Se uma equipe da unidade de saúde já tinha maior disposição com o tema da saúde mental, na mesma UBS havia outra muito distante dessa discussão. Sendo assim, é factível pensar que se não fosse o espaço do apoio matricial, provavelmente estas segundas enfermeira, médica e agentes de saúde permaneceriam afastadas dos casos e em sua incompreensão talvez mantivessem apenas a prescrição tão banalizadas dos medicamentos psicotrópicos – por vezes o único tratamento oferecido, seja na atenção básica, seja nos equipamentos substitutivos (Azevedo et al, 2013).

Na vinheta, a construção do PTS busca justamente romper com o olhar restritivo e biologizante do sofrimento psíquico, colocando o medicamento enquanto apenas *uma* das ofertas para a promoção de autonomia. Dessa forma, organiza-se o cuidado incluindo toda a equipe, e não apenas o carimbo prescritor do médico, impulsionando ambos os serviços a operarem de forma mais criativa e psicossocial – subverte-se, então, a lógica fortemente médico centrada dos dois equipamentos (Azevedo et al., 2013). Simultaneamente, a partir do matriciamento e de seu lugar de ampliação da

clínica e de educação permanente, dá-se um passo em direção da concretização da recomendação da RAPS de incluir a atenção básica como ponto de atenção na linha de cuidado em saúde mental – algo ainda incipiente na realidade caicoense (Azevedo et al., 2013; Silva & Azevedo, 2011; Vale, 2019).

6. Caminhos transformadores: a Universidade

Por ora, espero que a comparação entre Caicó e Campinas tenha assumido facetas mais complexas do que uma simples divisão maniqueísta do que é bom versus o que não é. Afinal, se já é comum introduzir Campinas por sua longa trajetória de inovações, é igualmente importante reconhecer que se as ações não seguem sendo repensadas e questionadas, elas podem se burocratizar e perder sua força instituinte. Outra preocupação diz respeito ao cenário de extrema desigualdade dos grandes centros urbanos brasileiros, o qual marca também Campinas, como não poderia deixar de ser: se o centro é imbuído de uma vasta gama de equipamentos, isso não se repete nos extremos periféricos das cidades.

Em Caicó, por outro lado, sofre-se do esquecimento das políticas públicas, lá onde a boa vontade das gestões municipais nem sempre é tão favorável quanto se esperaria. Ao mesmo tempo, se o SUS é feito de pessoas, ali abre-se espaço para criações e criatividade. Nesse ponto, vale dizer que Caicó não é realidade isolada, pelo contrário. Ele pertence aos 94,3% dos municípios do país que têm menos de cem mil habitantes e que, nesse conjunto, abrigam 43% da população do Brasil (Silveira, 2018). Sendo assim, é importante ressaltar que *olhar* para Caicó, mais do que simplesmente discutir as particularidades locais, constitui-se também como oportunidade para refletir, ainda que brevemente, sobre as tantas outras localidades *fora do mapa*, onde as reverberações da Política Nacional de Saúde Mental são ainda pouco conhecidas. Nesses municípios de pequeno e médio porte, tem-se, não raro, gestões pouco comprometidas com a melhora das condições de vida da população e, dessa forma, negligentes com políticas importantes – por exemplo a de saúde mental (Luzio & L'Abbate, 2009). Veja que em tais contextos a alternância do poder municipal gera rupturas nos processos de planejamento e gestão, imbuindo nos serviços de saúde uma fragilidade estrutural importante (Luzio & L'Abbate, 2009; Silva, 2019).

Com isso, mais do que nunca, outros atores sociais despontam no processo de transformação social. Se a atuação conjunta de variados setores da sociedade é sempre necessária, quando a própria gestão não cumpre o papel que lhe é atribuído, outros personagens ganham ainda mais relevância. Dentre eles, na experiência de Caicó, é impossível não reconhecer a função ocupada pela Universidade – que, aliás, foi também protagonista na conformação do SUS-Campinas, nas figuras de UNICAMP e PUCCAMP.

Assim, em Caicó, bem como em outros municípios de pequeno e médio porte, a inserção de alunos dos mais diversos níveis de formação em equipamentos de saúde traz em si enorme potencialidade, pois impulsiona o diálogo entre academia e comunidade, com trocas positivas para ambas. Ademais, é inegável o valor formativo que a experiência oferece tanto para estudantes quanto para trabalhadores: os primeiros são verdadeiramente preparados para a atuação competente e crítica no SUS e os segundos, em contato com esses alunos, usufruem de oportunidades para compartilhar saberes e dividir reflexões que nem sempre estão garantidas no dia a dia dos serviços de saúde (Luzio & L'Abbate, 2009).

Estas considerações tocam em especial o presente trabalho. Escrevendo aqui no contexto da conclusão de um curso de Residência Multiprofissional, urge refletir quais os impactos que a pós-graduação pode ter na rede de saúde, considerando inclusive que a formação de profissionais para o SUS e sua educação continuada são responsabilidades previstas desde a Lei Orgânica da Saúde (1990). Se começamos essa leitura por Caicó, podemos logo identificar o papel que exerce a Residência Multiprofissional em Atenção Básica da UFRN – uma das iniciativas universitárias que se desenvolvem no município e cujas menções se somam ao longo deste escrito. Nas vinhetas apresentadas, fica claro que o potencial transformador da Universidade se efetiva quando ela se organiza em prol das necessidades da comunidade, levando a sério a sua missão de retribuir à sociedade o dinheiro público investido no ensino superior. As iniciativas de parceria e atuação conjunta com os equipamentos da rede são inspiradoras e mostram como a universidade pode, sim, estabelecer trocas e compartilhar saberes com os serviços locais, desviando-se de uma relação utilitária motivada por uma ou outra pesquisa.

Dessa forma, pode-se dizer que a participação da residência da UFRN na RAPS caicoense tem contribuído para sua transformação, visando à melhoria do atendimento e

das condições de vida à população – inclusive concordando em atuar onde a gestão municipal se abstém, a exemplo da implantação de equipes similares ao NASF, que hoje é responsabilidade dos pós-graduandos. Outro exemplo é o matriciamento do CAPS AD: sem a UFRN, talvez essa iniciativa não se concretizasse, dada a participação direta dos residentes e dos profissionais preceptores – e esse primeiro passo nos faz pensar que se o movimento começa, ele pode, pois bem, reverberar. Assim, a UFRN colabora para que a rede não se engesse no discurso *das faltas* e possa se fortalecer para olhar para frente e criar, reivindicar e caminhar com os recursos possíveis. Qualificar no SUS e pelo SUS os trabalhadores da rede – os atuais e futuros.

E isso se atualiza na realidade campineira. É inegável a tradição universitária da cidade, com polos importantes de formação universitária, cujo trabalho, aliás, teve reflexos diretos no pioneirismo progressista da rede de saúde local. A própria Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNICAMP, de onde parte o presente TCC, estabelece importante relação com a Secretaria Municipal de Saúde e com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, ambos responsáveis pelos equipamentos de saúde mental da cidade (Emerich et al., 2017). Assim, tem-se uma Residência que forma *in loco* e, dialeticamente, impacta os campos por onde passa. Afinal, não só de profissionais egressos bem-formados é composta a história do programa, mas também de movimentações políticas e discussões críticas sobre a realidade dos equipamentos por onde passa – e estas também compõem as conquistas da pós-graduação proposta.

Assim, em Caicó ou em Campinas – ou em qualquer outro canto do país, militemos por programas de formação que tenham em seus princípios basilares o compromisso ético-político com os preceitos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Por graduações e pós-graduações, programas de educação continuada e permanente que sejam democráticos e antimanicomiais:

Estimular nos programas de formação, residências e especializações a ideia da negociação do tratamento, incluir a voz do paciente nas decisões a serem tomadas. Isto implica em fomentar posturas de profissionais que ajam como apoiadores de seu público e não como detentores do conhecimento e de decisões que serão impostas aos usuários. (Onocko-Campos et al., 2011, p. 4650)

7. Uma ode à permanente montagem da RAPS

O presente TCC dispôs-se a discutir as diferentes conformações que o SUS assume ao redor do Brasil ao longo de seus 30 anos de existência. Para isso, propôs-se a olhar com mais atenção a Rede de Atenção Psicossocial em dois municípios pertencentes a realidades bastante distintas no cenário nacional: uma metrópole do sudeste e uma cidade do sertão. A comparação de ambas abre, de fato, tantas questões, e que essas provocações sigam nos inquietando ao discutirmos políticas de saúde e o cuidado em saúde mental. Afinal, conforme avançou o texto, tornou-se mais complexa a compreensão que se tem das atuais condições dos cenários de saúde, em uma discussão que exige o constante redimensionamentos de nossas lutas políticas, lembrando sempre os desafios que a descentralização do SUS impõe, em uma ampla variedade de realidades dentro do país.

Diante de avanços legais importantes, que amparam condutas clínicas, éticas e políticas progressistas e democráticas, levantam-se discursos reacionários que implicam graves retrocessos. Sendo assim, é de extrema relevância que defendamos aquilo que é, sim, comprometido com a democracia e com a Luta Antimanicomial. Falamos, então, de militância política e de prática cotidiana embasada e competente, que prove na realidade concreta o respeito à cidadania, o aumento de autonomia e a melhoria das condições de saúde da população brasileira – em sua singularidade. Para isso, façamos rede! Aliemo-nos e criemos canais de diálogo e troca para que o cuidado seja compartilhado, bem como a resistência – lembremos sempre que toda clínica é política.

A RAPS é uma rede, sim, mas *é como* uma rede também: aquela feita de fibras entrelaçada, cosida a mão, pedaço por pedaço, sob o dedal de pessoas reais. A RAPS é artesanal, pois essencialmente produz saúde quando não se submete à alienação das linhas de produção. Ela é diariamente construída por artesãos, cada um dos agentes da ação sanitária: profissionais e usuários – estes com voz ativa e reconhecida, aqueles com trabalho significativo e ambos com autonomia. Em tempos de Portaria 3.588/2017 e outros retrocessos, é urgente militar pela Reforma Psiquiátrica, mas isso exige disposição, não se pode negar. E diante de um novelo emaranhado, é importante reconhecer todo movimento que se esforce por desatar os nós e começar a costurar, em detrimento de simplesmente optar por guardá-lo de volta na gaveta, aceitando uma não-obra.

Assim, lancemo-nos à costura: mais e mais múltipla, diversa e original. Feita a várias mãos, cada vez mais competentes e qualificadas.

8. Referências

Alves, J.E.M. (2019). Comunicação pessoal.

Amaral, C.E.M. (2013). *Rede de atenção em saúde mental do município de Fortaleza: uma análise multidimensional na perspectiva de profissionais de diferentes dispositivos*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Ceará.

Anéas, T.V. (2017). Apoio Matricial dos núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise da região norte do município de São Paulo. In Campos, G.W.S., Castro, C.P., Fernandes, J.A., & Anéas, T.V. (Orgs.). *Investigação sobre Cogestão, Apoio Institucional e Apoio Matricial no SUS*. São Paulo, SP: Hucitec.

Arbex, D. (2013). *O Holocausto Brasileiro*. São Paulo, SP: Geração.

Azevedo, D.M., Gondim, M.C.S.M., & Silva, D.S. (2013). Apoio Matricial em Saúde Mental: percepção de profissionais no território. *Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental*, 5(1), 3311-3322.

Azevedo, D.M., Oliveira, A.M., Melo, G.S.M., Salvetti, M.G., Vasconcelos, Q.L.D.A.Q., & Torres, G.V. (2014). Avaliação da assistência em saúde num Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva dos profissionais. *Revista Brasileira Pesquisa Saúde*, 16(2), 109-116.

Ballarin, M.L.G.S., Blanes, L.S., & Ferigato, S.H. (2012). Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. *Interface*, 16(42), 767-778.

Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(3), 632-645.

Bonfim, I.G., Bastos, E.N.E., Góis, C.W.L., & Tófoli, L.F. (2013). Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface*, 17(45), 287-300.

Brasil. Ministério da Saúde. (s.n.). Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Recuperado de: <http://saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>.

Brasil (1990, set. 19). Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*.

Brasil. (2002, fev. 19). Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União*.

Brasil. (2011, dez. 23). Portaria 3088 de 23 de dezembro de 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. *Diário Oficial da União*.

Brasil. (2017, dez.21). Portaria 3588 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

Caicó, Prefeitura Municipal de Caicó (2019). Dados do município. Recuperado de <https://caico.rn.gov.br/omunicipio.php>.

Campinas, Prefeitura Municipal de Campinas (2019). *A Cidade*. Recuperado de <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/dados-do-municipio/cidade/>.

Campinas, Prefeitura Municipal de Campinas, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (2009). *Emprego e Rendimento*. Recuperado de <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/dados-do-municipio/cidade/>.

Campinas, Prefeitura Municipal de Campinas, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (2009). *Estatísticas Vitais e Saúde*. Recuperado de <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/dados-do-municipio/cidade/>.

Campinas, Prefeitura Municipal de Campinas, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (2009). *Território e população*. Recuperado de <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/dados-do-municipio/cidade/>.

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. (s.n.). *Sistema de informação - TabNet*. Retirado de: <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/dh?sia/producao.def>

Campos, F.C.B. (2000). *O modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

Campos, G.W.S. (1999). Equipe de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.

Campos, G.W.S. (2006). Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In Fleury, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro, RJ: FGV. 417-442.

Campos, G.W.S. (2017). Projeto Terapêutico e estratégias de Promoção em situações de Apoio Matricial. In Campos, G.W.S., Castro, C.P., Fernandes, J.A., & Anéas, T.V. (Orgs.). *Investigação sobre Cogestão, Apoio Institucional e Apoio Matricial no SUS*. São Paulo, SP: Hucitec.

Campos, G.W.S. (2018). A defesa do SUS depende do avanço da Reforma Psiquiátrica. *Interface*, 22(64).

Castro, C.P. (2017). Apoio Matricial no SUS Campinas: a construção de Práticas Compartilhadas. In Campos, G.W.S., Castro, C.P., Fernandes, J.A., & Anéas, T.V. (Orgs.). *Investigação sobre Cogestão, Apoio Institucional e Apoio Matricial no SUS*. São Paulo, SP: Hucitec.

Cayres, O.G. (2012). O processo constitutivo e as concepções do Núcleo de Oficinas e Trabalho. In Rimoli, J., & Cayres, C.O. (Orgs.). *Saúde mental e economia solidária – Armazém das Oficinas: um olhar para além da produção*. Campinas, SP: Medita.

Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, Ministério Público Federal (2018). *Relatório de inspeção nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Brasília, DF: CFP.

Côrrea, C. (2003, 05 de março). Crime em Caicó. *IstoÉ*. Recuperado de https://istoe.com.br/21844_CRIME+EM+CAICO/.

Delfini, P.S.S., Sato, M.T., Antoneli, P.P., & Guimarães, P.O.S. (2009). Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 1483-1492.

Emerich, B.F., Onocko-Campos, R.T., Ricci, E.C., & Benetti, A.S. (2017). *Manual do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental*. Campinas, SP: UnicampBFCM.

Fernandes, J.A. (2017). Apoio Institucional e Cogestão no SUS em Campinas. In Campos, G.W.S., Castro, C.P., Fernandes, J.A., & Anéas, T.V. (Orgs.). *Investigação sobre Cogestão, Apoio Institucional e Apoio Matricial no SUS*. São Paulo, SP: Hucitec.

Fernandes, J.A.L. (2017). *Direitos das pessoas com transtorno mental: o hospital psiquiátrico Dr. Milton Marinho e a possível violação de direitos humanos*. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro de Ensino Superior do Seridó, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Figueiredo, M.D., & Onocko-Campos, R.T. (2008). Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde em Debate*, 32(78), 143-149.

Figueiredo, M.D., Onocko-Campos, R.T. (2009). Saúde mental em Campinas: rede ou emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 129-138.

Governo do Estado do Rio Grande do Norte, Secretaria de Estado da Saúde Pública, IV Unidade Regional de Saúde Pública (2019). *Considerações acerca dos indicadores de pactuação Inter federativa 2017-20211*.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017). *Cadastro Central de Empresas*. Rio de Janeiro, RJ: IBGE.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo demográfico*. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016). *PIB per capita*. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais (2019). *População Estimada*. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/>.

- Lima, D.L., Viana, A.L.D., Machado, C.V., Albuquerque, M.V., Oliveira, R.G., Iozzi, F.L., Scatena, J.H.G., Mello, G.A., Pereira, A.M.M., & Coelho, A.P.S. (2012). Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2881-2892.
- Lima, M. & Dimenstein, M. (2015). O apoio matricial em Saúde Mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface*.
- Luzio CA, L'Abbate S. (2009). A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):106-16.
- Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (2008). *Caderno de Informações de Saúde – Caicó*.
- Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (2017). *Estatísticas Vitais*. Recuperado de <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.
- Onocko-Campos, R.T. (2019). Saúde Mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), 1-5.
- Onocko-Campos, R.T., Campos, G.W.S., Ferrer, A.L., Corrêa, C.R.S., Madureira, P.R., Gama, C.A.P., Dantas, D.V., & Nascimento, R. (2012). Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 43-50.
- Onocko-Campos, R., Gama, C.A., Ferrer, A.L., Santos, D.V.D., Stefanello, S., Trapé, T.L., & Porto, K. (2011). Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12). 4643-4652.
- Pinto, G.A., Jorge, M.S.B., Vasconcelos, M.G.F., Sampaio, J.J.C., Lima, G.P., Bastos, V.C., Sampaio, H.A.C. (2012). Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 653-660.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro (2010). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Recuperado de <http://www.atlasbrasil.org.br/>.

Quinderé P.H.D., Jorge M.S.B., Nogueira M.S.L., Costa L.F.A., Vasconcelos M.G.F. (2013). Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2157-2166.

Santos, C.C.A. (2017). *Desafios na implementação da regionalização da saúde a partir de municípios não-polos: estudo de caso em regiões de saúde desenvolvidas*. Dissertação de Mestrado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas.

Silva, A.P. (2019). Comunicação pessoal.

Silva, D.S., & Azevedo, D.M. (2011). A Reforma Psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do Serviço Residencial Terapêutico. *Esc Anna Nery*, 15(3), 587-594.

Silveira, D. (2018, 29 de agosto). Brasil tem mais de 208,5 milhões de habitantes, segundo o IBGE. *G1*. Recuperado de <https://g1.globo.com/economia/noticia/2018/08/29/brasil-tem-mais-de-208-milhoes-de-habitantes-segundo-o-ibge.ghtml>.

Sousa F.S.P., Jorge M.S.B., Vasconcelos M.G.F., Barros M.M.M., Quinderé P.H.D., Gondim, L.G.F. (2011). Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. *Physis*, 21(4), 1579-1599.

Treichel, C.A.S., Onocko-Campos, R.T., & Campos, G.W.S. (2019). Impasses e desafios para a consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface*, 23, 1-18.

Vale, L.D. (2019). Comunicação pessoal.

Viana, A.L.D., Lima, L.D., & Ferreira, M.P. (2010). Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 2317-2326.

Zambenedetti, G., & Silva, R.A. (2008). A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, 14(1), 131-150.