

Matriciamento em Saúde Mental na Rede Básica da rede SUS/Campinas: A Experiência do Centro de Saúde DIC III

I) Resumo:

No contexto do estágio em “Saúde Coletiva – Gestão e Planejamento” realizamos – na condição de alunos do 5º ano de medicina - investigação de um caso problemático de saúde mental na área de abrangência do Centro de Saúde DIC III , em Campinas. A partir da demanda do gestor e trabalhadores do Centro de Saúde, buscamos refletir sobre a atenção prestada aos usuários na área de Saúde Mental e, nela, o projeto de Matriciamento, em implementação na Unidade de Saúde. Tínhamos como objetivo final contribuir para a qualificação do Matriciamento e da atenção prestada a uma usuária do serviço.

No período de 10 dias (totalizando 40 horas de duração do estágio), tivemos a oportunidade de coletar dados através da consulta a documentos institucionais, manuais específicos, método de observação participante e coleta de dados em duas oficinas (no início do processo e na apresentação dos resultados), com equipe responsável pelo Projeto Terapêutico Singular da paciente e com os especialistas da Equipe de Saúde Mental, entrevistas “semi-estruturadas” com diferentes profissionais da unidade, análise de prontuário clínico e visita domiciliar a usuária do serviço.

II) Introdução:

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990, baseia-se nos princípios de Integralidade, Equidade e Universalidade, entre outros, e nas ações de promoção da saúde, na prevenção de agravos à saúde, tratando, reabilitando, colaborando na redução das desigualdades e cuidando de cada pessoa segundo suas necessidades, colocando a saúde como um direito assegurado pelo Estado e provendo o acesso às ações e aos serviços independentemente de sexo, cor, raça, renda, ocupação ou outras características pessoais ou sociais¹.

Desde a década de 80, a rede básica de saúde foi inserida na composição piramidal da saúde pública, no contexto da saúde psiquiátrica brasileira. Para tal foram introduzidas equipes de Saúde Mental (SM) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), atuando em prevenção e tratamento. Entretanto esta iniciativa não foi acompanhada de investimentos que acompanhassem a demanda que lhes foi repassada, e não rompeu totalmente com as práticas psiquiátricas tradicionais².

Com o intuito de alterar o modelo então vigente no quesito saúde mental do SUS, no final da década de 80 iniciou-se no Brasil articulações em Saúde Pública, visando por fim ao modelo manicomial, conhecido pelo grande número de internos vivendo em situações deploráveis, marginalizados da sociedade e excluídos do convívio comunitário. Iniciou-se então um debate sobre “loucura”, a falta de direitos humanos e o estado da psiquiatria brasileira, surgindo então propostas de desinstitucionalização e novos tipos de assistência aos usuários da rede de SM, para então minimizar o conceito de exclusão e isolamento social³.

O início dos anos 90 foi marcado pela criação de serviços extra-hospitalares, baseados principalmente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Tal evento foi importante para a ampliação do novo conceito de tratamento dos pacientes da SM no Brasil, aumentando vertiginosamente o número de CAPS em todo o país e diminuindo o número de leitos hospitalares destinados aos usuários da saúde mental^{4,9}.

O conceito de Matriciamento em SM não deve ser trabalhado antes de se discutir a expressão interconsulta psiquiátrica ou encaminhamento. Este último é caracterizado pelo seu caráter de urgência, quando os problemas apresentados pelos pacientes extrapolam os limites de atuação da equipe de saúde, é solicitada de acordo com o nível pessoal de tolerância da equipe, sua formação, experiência, autonomia e interesse pelos aspectos psicológicos⁵. Dessa forma a interconsulta propõe a integração entre a equipe médica e os profissionais de saúde mental do serviço de referência, de forma a manter o esquema tradicional dos encaminhamentos e das guias de referência e contra-referência, com atuação isolada dos lados envolvidos e demandas esporádicas de trabalho conjunto.

É o momento de encaminhamento ao especialista que o Apoio Matricial, ou Matriciamento, pretende mudar, na rede básica de saúde, através de modificações na estrutura organizacional que repercutam em reformulação do processo de trabalho tradicional, evitando encaminhamentos excessivos e desnecessários aos especialistas, deixando a esses os casos que realmente requerem acompanhamento específico/especializados, ou seja, casos em que o CS não é capaz de resolver⁵.

O Matriciamento procura produzir saúde através de profundas reformas estruturais de forma a atingir um grau maior de resolutividade e desalienar os trabalhadores de saúde em

relação ao objetivo último de seu trabalho. Dessa forma os departamentos especializados passam a ser horizontais oferecendo apoio especializado às equipes interdisciplinares de referência, ou seja, a especialidade vai até ao CS e ajuda a equipe de referência na discussão de casos. Nessa linha, as equipes de referência são responsáveis por ampliar a clínica, realizar projetos terapêuticos ao médio e longo prazo, promovendo assim o vínculo e a responsabilização, desviando a lógica de encaminhamentos desnecessários^{5,8}.

Através do Apoio Matricial irão se distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe local e por outros recursos sociais da região, daquelas demandas que necessitam de uma atenção especializada da SM, a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com risco e a gravidade, pela referência da região, no caso da SM, os CAPS⁵.

Define-se Matriciamento como “momentos relacionais onde se estabelece troca de saberes entre os profissionais, de diferentes serviços de atenção, envolvidos no cuidado dos usuários, objetivando garantir que as equipes das unidades básicas de saúde e unidades referenciadas vinculem-se aos pacientes e responsabilizem-se pelas ações desencadeadas no processo de assistência, garantindo também a integralidade da atenção em todo o sistema de saúde”⁵.

Um aspecto importante envolvido no Planejamento e Gestão da Atenção Básica é a implementação de sistemas de informação e monitoramento das ações em saúde, visando verificar a adaptação às novas demandas específicas da comunidade em questão. Englobado no conceito de Gestão do Cuidado, é uma maneira interessante de se avaliar esta questão em nível individual, permitindo inferências que melhorem a assistência coletiva. Outra vantagem é a de detectar agravos na população excluída do acesso ao sistema de saúde,

porém sob a responsabilidade local. Não podemos entender Gestão unicamente como o controle dos diversos tipos de recursos disponíveis para a produção de saúde propriamente dita, mas também todos os aspectos envolvidos na chamada Gestão do Cuidado².

O CS DIC III está inserido dentro desta pirâmide do SUS, funcionando como uma referência na base da SM. Ele está localizado no distrito Sudoeste de Campinas e abrange vários bairros cuja população total a ser atendida é da ordem de 24.000 pessoas, embora seja referência em Saúde Mental para uma população maior, de 32.000 pessoas⁶. Sua área de abrangência inclui regiões de baixa renda, como o Conjunto Habitacional Antônio Mendonça de Barros (DIC II), Conjunto Habitacional Chico Mendes (DIC V), e de ocupação, como Ocupação Eldorado dos Carajás e Ocupação Zumbi dos Palmares⁶. O C.S. está organizado segundo o Modelo Paidéia, contando com um Núcleo de Saúde Coletiva, um Colegiado Gestor e Equipes de Referência⁷.

No contexto do estágio em “Saúde Coletiva – Gestão e Planejamento” realizamos – na condição de alunos do 5º ano de medicina - investigação de um caso problemático de saúde mental na área de abrangência do Centro de Saúde (CS) DIC III, de Campinas. A partir da demanda do gestor e trabalhadores do CS buscamos refletir sobre a atenção prestada aos usuários na área de Saúde Mental e, nela, do projeto de matriciamento em implementação na Unidade de Saúde. Tínhamos como objetivo final contribuir para a qualificação do Matriciamento e da atenção prestada a uma usuária do serviço. A usuária do CS DIC III selecionada para análise já havia sido abordada e analisada, há um ano, por outro grupo de discentes, também cursando o quinto ano. Investigou-se a estrutura de SM do CS e a introdução de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Tendo esse apresentado resultados aquém dos esperados, julgamos pertinente discutir pontos de desajuste no processo de implementação desse PTS.

No período de 10 dias (totalizando 40 horas) de duração do estágio tivemos a oportunidade de coletar dados através da consulta a documentos institucionais, manuais específicos, método de observação participante e coleta de dados em duas oficinas com equipe responsável pelo PTS da paciente (no início do processo e na apresentação dos resultados) e com os especialistas da Equipe de SM, entrevistas “semi-estruturadas” com agentes envolvidos nas equipes de referência, análise de prontuário médico e visita domiciliar.

III) Objetivos:

Geral:

Considerando que a mudança curricular abriu espaços para que os graduandos pudessem ter maior inserção nos centros de saúde, este trabalho tem como objetivo descrever e discutir a experiência da construção coletiva de um PTS na área de SM, desenvolvido por discentes de quinto ano de Medicina, em 2007, no Bairro DIC III, em Campinas (SP).

Específicos:

- Discutir e avaliar Matriciamento em SM, tendo como ponto de partida um caso clínico real;
- Investigar como ocorre a articulação entre a equipe de saúde mental e as equipes de referência no CS DIC III;
- Esclarecer os aspectos envolvidos e a evolução histórica do caso de saúde mental pertencente à área de atuação do DIC III;
- Sugerir um PTS;

- Apontar deficiências e qualidades determinadas durante a realização dos objetivos anteriores, sugerindo possíveis implementações que visem a melhora da atenção à Saúde local.

IV) Materiais e Métodos:

Consulta a registros médicos:

Foi consultado e analisado o prontuário médico da paciente, no CS, juntamente com a agente de saúde responsável.

Entrevistas Pessoais:

Apesar de não se configurar como um processo avaliativo formal, esta pesquisa se propôs a trabalhar com os principais agentes envolvidos na implantação do Apoio Matricial no serviço saúde mental do CS DIC III, a fim de analisá-lo a partir de seus diferentes olhares. Assim sendo, foram definidos como grupos de interesse da pesquisa: profissionais de saúde mental da rede (Unidade Básica e CAPS), que realizam o Apoio Matricial das equipes de referência do CS DIC III.

Foram realizadas entrevistas “semi-estruturadas” com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde) e membros do corpo administrativo do CS. A entrevista também foi utilizada como parte integrante da visita domiciliar.

As questões abordadas com os profissionais de saúde foram:

1. O matriciamento está ocorrendo na prática?
2. Quais as dificuldades encontradas no processo?
3. Principais mudanças – comparação entre “antes” e “agora”?
4. Os usuários estão sendo beneficiados?
5. O matriciamento agiliza o fluxo?
6. Os profissionais aprendem com o processo? Estão mais seguros na abordagem de pacientes que demandam a saúde mental?
7. Como você avalia o engajamento da equipe no processo?
8. Suas sugestões para melhorias.

Visita domiciliar:

Foi realizada visita “semi-estruturada” à residência da usuária, para obtenção de dados através de observação e entrevista pessoal, bem como entrevista com os familiares que estivessem disponíveis no momento da visita. Fomos acompanhados pela agente de saúde responsável e o professor orientador.

Diário de Campo:

Durante a realização do trabalho, as informações obtidas com o auxílio dos métodos anteriores, bem como aquelas oriundas da observação direta dos diferentes locais visitados (CS DIC III e sua abrangência, domicílio da usuária, CAPS e NADEQ), foram registradas em diários de campo pelos autores para posterior discussão.

Reuniões de discussão:

Foram realizadas reuniões freqüentes entre os autores do trabalho e a gestora para discussão e análise metas e das informações obtidas. Estiveram presentes em algumas dessas reuniões, como forma de apoio ao grupo de trabalho, o professor orientador e coordenadores das equipes de referência do CS.

Resgate do Projeto Terapêutico Singular:

Resgatou-se e discutiu-se propostas colocadas pelo grupo discente envolvido com o mesmo caso no ano anterior e a aplicação das mesmas na atualidade.

Visitas ao CAPS e NADEQ:

Foram realizadas visitas ao CAPS Novo Tempo, referência para o CS DIC III, sob supervisão do agente matriciador e ao NADEQ, uma subunidade do Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira, de Campinas, sob supervisão do coordenador do núcleo, acompanhados pelo docente responsável da disciplina.

Consulta a bancos de dados:

Consultou-se bancos de dados da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Campinas, para melhor análise da área de atuação do centro de saúde.

V) Resultados:

O caso abordado:

D.L, 55 anos, feminina, parda, aposentada.

Trata-se de uma senhora residente no bairro DIC III desde 1986, sendo usuária do centro de saúde de referência desde então. Em 1991 tem-se o primeiro registro de encaminhamento para a psiquiatria, embora não seja registrada nenhuma consulta com o especialista da rede. Nota-se que a paciente faz uso irregular de alguns medicamentos, como diazepam, amitriptilina, carbamazepina e risperidona. É possível inferir que existe considerável influência de questões sócias estão envolvidas em sua história, uma vez que mora com a irmã de 54 anos que, aparentemente, é etilista e portadora de distúrbios mentais, e com o sobrinho, de 19 anos, atualmente em liberdade condicional e usuário de drogas. Em um cômodo agregado, vivem seu ex-marido e sua filha. Pôde-se observar domicílio muito sujo e desarrumado, presença de sete cachorros, constantemente inseridos no interior do domicílio, todos aparentemente sujos e maltratados. Possui, em seu portão uma placa, escrita pela própria paciente, com os dizeres: “Deus deu a vida a cada um, então cada um cuide da sua”. Apesar disso, foi receptiva à nossa presença.

Durante a entrevista, alternou momentos de euforia, com discursos longos de conteúdo crítico com relação à humanidade (“Não existem amigos, não existem pessoas nas quais se pode confiar...”), e às instituições, como o governo, reforçando a idéia de que “todos somos iguais, independente de diploma ou profissão”; momentos de tristeza e choro, ao falar da saída do psiquiatra que a acompanhava no CS e que “foi embora, sem conversar” com ela, sem dar qualquer satisfação – sendo esse o motivo pelo qual refere ter desestimulado-a frequentar a unidade. Referiu não confiar nas pessoas.

Referiu se sentir como o “ pilar da família”, e que deve superar as dificuldades para cuidar do sobrinho e da irmã, pois afirma que esta é “louca, se perde na rua, não encontra as coisas na casa, guarda papel higiênico na geladeira”.

O fogão foi instalado na sala, “para que a irmã possa encontrá-lo”. Mantém um altar na sala, referindo ter “fé que as coisas vão melhorar”.

Clinicamente apresenta-se obesa, é tabagista de cerca de um maço por dia (tendo fumado durante todo o período em que estivemos em sua casa), portadora de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, segundo consta em prontuário médico (condições atualmente sem acompanhamento clínico). Não encontramos hipóteses diagnósticas para sua condição mental em no prontuário. Por vezes chega ao CS sem ter consulta marcada, apenas para retirar as medicações de uso crônico e, nessas visitas ao CS, acaba por envolver-se em discussões, por vezes agressivas, com funcionários das equipes de referência e outros usuários do CS, gerando situações de desconforto e instabilidade. Alterna tal comportamento com períodos da calma, quando se apresenta pacífica e controlada.

A irmã da paciente também pôde ser entrevistada, em seguida, mostrando-se bem orientada no tempo e no espaço, respondendo adequadamente às perguntas feitas. Referiu que ultimamente estava quieta em casa, pois a irmã era “muito estressada”, inclusive não a deixando sair de casa, depois de alguns episódios em que se perdeu no caminho de volta.

Referiu ser portadora de um “cisto na cabeça” e que, após esse diagnóstico, passou a fazer uso de fenitoína, sem ter prosseguido com acompanhamento médico. Refere que apenas retira o medicamento no CS periodicamente. Diz ter muita preocupação com a situação do filho, e que sofre com o que ele está passando. Queria vê-lo se regenerar.

A amiga da paciente:

Entrevistamos a zeladora do CS DIC III, que afirmava ser muito amiga da paciente, há muitos anos. Referiu que a paciente era trabalhadora, prestativa, tendo cuidado de sua mãe,

quando esta ficou doente. Diz que a paciente sofreu muito em sua relação com o marido, o tornando-a “amarga” e “carente”. A considera uma pessoa muito boa, no entanto gosta das coisas “do seu jeito”, tornando-se agressiva quando não é atendida.

Refere que a paciente já participou de algumas atividades sócias organizadas pelo CS DIC III, mas que hoje não tem mais vontade de se divertir nas festas da comunidade.

O Projeto Terapêutico Singular anteriormente proposto:

Analizamos os pontos norteadores do PTS elaborado pelo grupo discente que acompanhou o mesmo caso no ano anterior, considerando as dificuldades encontradas para sua realização e as mudanças ocorridas após tais propostas serem apresentadas. São eles:

- Avaliação psiquiátrica urgente;
- Utilizar o esquema de trocas para que a usuária entre no fluxo de pacientes;
- Inserção ou criação de grupos de interesse à usuária, como de trabalhos manuais;
- Determinação de um profissional de saúde mental de referência.

Entrevistas Pessoais:

Ao serem questionados sobre a dinâmica do matriciamento, os entrevistados afirmaram que o matriciamento é um processo – vem ocorrendo há um ano, e ainda está em desenvolvimento, tendo como dificuldades principais à falta de estrutura física, a baixa adesão da equipe à formação específica, a resistência de alguns profissionais para discutirem casos de saúde mental e a existência de prontuários incompletos, carentes de informações sobre o estado mental dos usuários.

No entanto, puderam notar avanços. Os profissionais responsáveis pelo acolhimento estão mais seguros e aptos a fazerem a abordagem inicial de pacientes com demandas relativas à saúde mental – conseguem triar bem e selecionar os casos que realmente

precisam chegar ao psicólogo, TO, psiquiatra Também afirmaram que a demanda pelo serviço de SM aumentou consideravelmente, resultando em maior número de usuários, bem como maior remessa de medicações específicas para tais usuários. Notaram que o fluxo de pacientes está cada vez mais ágil e que houve fortalecimento dos vínculos dos membros das equipes de referência com os usuários.

Sugeriram que a capacitação ainda deve ser estimulada, considerando também a necessidade de se aumentar o número de funcionários e profissionais engajados no processo. Deve-se melhorar a estrutura física do CS, considerando que em alguns casos é interessante que o usuário de SM não “circule” por algumas áreas comuns do CS.

O Projeto Terapêutico Singular proposto:

Apesar de não haver registro de diagnóstico feito por psiquiatra para D. Darcy, ela provavelmente é portadora de um Transtorno Bipolar, além de obesidade DM e HAS. Acreditamos que a equipe de saúde se foca muito em seu problema psiquiátrico, havendo certa negligência com relação aos problemas clínicos da paciente (que são os que oferecem maior risco à sua vida). Assim sendo, não há dúvidas de que é preciso estabelecer um vínculo concreto com a paciente, de modo a adequar sua medicação psiquiátrica e conscientizá-la da necessidade urgente de um acompanhamento clínico adequado. A partir dessas conclusões as seguintes propostas foram feitas:

- Buscar, através de visitas domiciliares mais frequentes, conversar com D. Darcy visando conscientizá-la da importância de um acompanhamento clínico para controle rigoroso da HAS e do DM, além de uma investigação de outras prováveis co-morbidades – não esperar que ela procure o CS durante crise ou momento de raiva e euforia para explicá-la como não agir;

- Com auxílio da D. Maria, trazer D. Darcy a uma consulta na unidade (clínica ou psiquiátrica, o que ela aceitar melhor, desde que funcione como “gatilho” para estabelecimento de vínculo);
- Inserir Tina em algum programa de reabilitação social, de modo que D. Darcy tenha tempo livre para se cuidar, dedicar-se às atividades que gosta;
- Incentivar sua participação em atividades religiosas (ou outras) – fazê-la sentir-se útil em atividades simples, sem muita pressão/cobrança.

VI) Discussão:

A análise do caso objeto de estudo deste trabalho demonstra que o principal problema detectado especificamente em relação ao estado de saúde da usuária é o da falta de acompanhamento clínico periódico, sendo justificado devido às dificuldades encontradas em inseri-la no fluxo de pacientes do CS. Concomitante às discussões e à atenção matricial, temos uma usuária portadora de comorbidades que, se não tratadas adequadamente, poderão trazer consigo incapacidades. Ou seja, é imperativo reinseri-la ao CS, considerando aumentar a frequência das visitas domiciliares pelos agentes de saúde. É importante ressaltar que o CS DIC III atualmente funciona como um fornecedor de medicamentos à usuária. Seu comparecimento no local apenas para retirada de medicamentos demonstra claramente falha na atenção preconizada a ela. Esse fenômeno talvez possa ter decorrido do processo rotatividade de profissionais na área de saúde mental, resultando em escassa relação médico-paciente, causando um sentimento de abandono pelo profissional da saúde mental, culminando com baixa adesão a tratamentos alternativos propostos e perda de vínculo com o serviço. Entretanto, estando inserido na rede de saúde do município de

Campinas, o CS DIC III encontra-se dependente do setor organizacional da secretaria de saúde municipal, o qual coordena o fluxo de profissionais pelos CS englobados, dependente muitas vezes de suas decisões no quadro de profissionais. Além disso, estes possuem liberdade escolha sobre o local de trabalho, embora seja importante que desligamentos de profissionais ocorram respeitando princípios da ética médica. Considerando, portanto, a dificuldade em se manter acompanhamento freqüente, regular e a longo prazo, deve-se criar mecanismos de construção e fortalecimento do vínculo do usuário com o CS de referência para a região. Apenas assim pode-se pensar em reinserir a usuária abordada no acompanhamento multiprofissional, respeitando princípios básicos do SUS.

Outro questionamento que merece destaque é a indicação e viabilidade da inserção da usuária no quadro de pacientes do CAPS de referência. Consideramos tal medida salutar à mesma, uma vez que, considerando o modelo estrutural e organizacional dos CAPS, a usuária teria acesso expandido, sendo desejável a participação dos familiares no processo de tratamento. Tal atitude eliminaria distâncias entre a usuária e seus familiares, trazendo segurança e podendo se alcançar resultados positivos na adesão à terapêutica proposta. Ao se eliminar as internações, o CAPS não traria exclusão social da usuária, podendo-se, inclusive, considerar a inserção da mesma em atividades lúdicas oferecidas pelo próprio Centro de Saúde, como o tear das artes e festividades típicas, buscando sinergismo de ações e resultados entre as duas instituições.

A usuária atualmente gera certo receio por parte do corpo de funcionários do CS, uma vez que sua condição traz labilidade sentimental, o que resulta em situações desconfortáveis no CS. Consideramos que é necessário criar meios para que ela volte ao ambiente do CS, ao invés de tentar levar o CS ao seu domicílio, uma vez que, como a usuária, existem muitos outros que potencialmente necessitariam de abordagem

semelhante, tornando inviável o deslocamento constante para atender a todos. Como soluções possíveis, sugerimos que fosse reservado horários na agenda de atendimento em que o CS tenha pouco fluxo de usuários, aumentar as visitas do agente de saúde e da zeladora do CS (que referiu ser muito amiga da usuária) ao domicílio, trazer os familiares às consultas específicas (ginecologia, clínica, pediatria), orientar o serviço de farmácia a somente dispor os medicamentos após renovações de receitas. Consideramos tais medidas suficientes para a abordagem inicial.

Sugerimos que outros grupos de alunos realizem trabalho semelhante nos próximos anos, viabilizando o aprendizado e vivência mútuas, na discussão da gestão e planejamento em serviços da rede básica de saúde.

VII) Conclusão:

A investigação, realizada com apoio dos trabalhadores sob a supervisão dos docentes, colocou em evidência a formulação de uma complexa política de atenção à SM na rede SUS/Campinas trazendo à tona os desafios práticos para a consecução de seus objetivos. A atenção prestada na atenção básica através das Equipes de Referência apoiadas por equipes descentralizadas de atenção à SM e a utilização de arranjos e dispositivos como o Matriciamento e Projeto Terapêutico Singular são algumas das ferramentas preconizadas e observados no trabalho de campo.

Constatamos um esforço importante rumo à mudança dos processos de trabalho em questão detectando, no entanto, dificuldades na operacionalização das medidas preconizadas para o projeto de Matriciamento em SM e para o PTS da usuária. Sugerimos medidas visando

beneficiar a usuária no que se refere à medicação e a inclusão em programas de reinserção social (incluindo, aqui, seus familiares).

Concluimos este trabalho afirmando a necessidade de que se preste atenção integral (a todos os usuários) que, só poderá ser alcançada através de troca de saberes e práticas e de profundas alterações nas estruturas de poder estabelecidas, instituindo uma lógica do trabalho interdisciplinar, por meio de numa rede interligada de serviços de saúde. A experiência do DIC III parece indicar que o caminho não é fácil, mas é possível. Mudanças culturais, novos papéis a serem exercidos pelos distintos profissionais e a efetivação qualificada do Matriciamento em SM, em uma gestão compartilhada são alguns dos resultados e propostas que vem buscando operacionalizar, com relativo sucesso, a atenção qualificada aos usuários.

VIII) Bibliografia:

1. BRASIL. Constituição da República do Brasil. Rio de Janeiro: Degrau Cultural; 1988. Artº 196, Artº 30 (al. VII).
2. ONOCKO Campos, Rosana. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos, G.W.S. Saúde Paidéia. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. p 122-149.
3. AMARANTE, Paulo. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.26-34, 2001.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília; 2004

5. FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. Saúde Mental na Atenção Básica: Um Estudo Hermenêutico-Narrativo Sobre o Apoio Matricial na Rede SUS-Campinas (SP). Campinas, 2006
6. CAMPINAS. Secretaria da Saúde. Sistema de Informação – TabNet. Coordenadoria de Informação e Informática: Campinas; 2005
7. CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Paidéia de Saúde da Família. Campinas, 2004.
8. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In: Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco, v.4, n.2: p.393-403, 1999
9. BOTEGA, Neury José & DALGALARRONDO, Paulo. Saúde mental no Hospital Geral: espaço para o psíquico. São Paulo: Hucitec, 1997. 116p