

TÍTULO DA PRÁTICA:

Pontos de Articulação da Rede de Atenção em Saúde Mental

CÓDIGO DA PRÁTICA:

T59

- 1 A partir de um diagnóstico situacional realizado em 2007 sob coordenação da
- 2 assessoria técnica em saúde mental, envolvendo os profissionais e gestores,
- 3 identificou-se uma rede fragmentada de saúde mental com serviços isolados e
- 4 profissionais sem uma diretriz comum, com enormes listas de espera, ao mesmo
- 5 tempo em que possuíam uma taxa elevada de faltas às consultas agendadas e,
- 6 conseqüentemente, a necessidade de reestruturação da rede.

- 7 Adotou-se o modelo de apoio matricial em saúde mental, cujo objetivo primordial
- 8 é estabelecer a co-responsabilização entre as equipes de saúde mental e saúde
- 9 da família, estabelecendo suporte assistencial e técnico-pedagógico. Para tanto
- 10 foram instituídos espaços periódicos e formais de discussões entre as equipes, as
- 11 reuniões de matriciamento.

- 12 Discussões de casos, temáticas, atendimento e intervenções em conjunto, visitas
- 13 domiciliares, são instrumentos que podem ser utilizados com a finalidade de
- 14 aumentar a capacidade resolutiva pela equipe de referência.

- 15 As equipes de saúde mental passam a assumir um papel de articulação entre os
- 16 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as equipes de saúde da família.
- 17 Criando-se espaços regulares mensais de discussão e de regulação do acesso
- 18 entre as equipes de saúde mental das regionais e os CAPS, organiza-se o fluxo e
- 19 o processo de trabalho de modo a tornar horizontais as especialidades e permitir
- 20 que estas permeiem toda a atuação das equipes de saúde.



21 O CAPS é um serviço de referência para casos graves, que necessitem de
22 cuidado mais intensivo e/ou de reinserção psicossocial e ultrapassem as
23 possibilidades de intervenção conjunta das equipes de SF e SM regional. Casos
24 atendidos pelo CAPS passam a ser discutidos nas reuniões regulares entre os
25 CAPSs e as equipes de apoio regional em SM. Após estabilização, são
26 acompanhados pela equipe regional de SM, sempre mantendo o vínculo e o
27 diálogo com a SF. Convém ressaltar que esse fluxo não é rígido, portanto, se um
28 indivíduo procurar qualquer um dos dispositivos da rede, deve ser avaliado e
29 encaminhado, de forma implicada, para o serviço que melhor se adequa às suas
30 necessidades no momento. Assim, os CAPSs passam também a atuar dentro da
31 lógica de matriciamento, o que propicia a ampliação do alcance de suas ações e
32 seu papel de retaguarda em uma rede coordenada pela atenção primária.

33 As reuniões regionais de saúde mental propiciam a elaboração de projetos
34 terapêuticos singulares realizados em conjunto nas diversas esferas da rede,
35 saindo da lógica de atenção em serviços isolados.

36 As equipes regionais de saúde mental, que contavam com psiquiatras e
37 psicólogos, foram incorporadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família
38 (NASF), posteriormente implantados.

39 Toda essa articulação foi legitimada pela publicação do Protocolo de Atenção em
40 Saúde Mental que contou com a participação de gestores, profissionais, setores
41 parceiros e Conselho Municipal de Saúde em sua elaboração.

42 As reuniões regulares, entre as equipes de saúde da família e saúde mental e
43 destas com os CAPSs, propiciam suporte assistencial e um espaço de
44 atualização e educação permanente. A atividade de aprendizado contínuo dentro
45 da instituição propicia o surgimento de uma cultura compartilhada, de acesso e
46 troca de informações e conhecimentos, aumentando a capacidade criativa e
47 aplicação de novos métodos, soluções e ferramentas capazes de garantir maior
48 produtividade e qualidade. Promove a educação preventiva, o aprendizado
49 compartilhado, o relacionamento e a troca de informações (FERREIRA, BENETTI
50 et al, 2006).



51 Com a nova forma de atuação, desaparecem as listas de espera por simples
52 preenchimento de guias de encaminhamento. Através de uma ordenação do
53 trabalho das equipes que possibilita um acolhimento imediato e avaliação de
54 risco, passa a existir um maior acesso dos casos que necessitem de atendimento
55 prioritário pelas equipes de saúde mental. Esse arranjo institucional tem
56 favorecido a organização do fluxo, maior articulação entre os serviços, melhoria
57 do acesso, otimizando os recursos existentes e integralidade das ações.

58 Comparando-se as internações hospitalares por Transtornos Mentais e
59 Comportamentais entre os anos de 2006 e 2010, observa-se uma tendência
60 contínua de queda (DATASUS), com R^2 de 0,6806, de 1153 em 2006 para 808
61 em 2010. É necessária uma avaliação mais detalhada dos fatores que
62 influenciaram esse resultado, mas corresponde ao período de reestruturação da
63 rede de saúde mental do município, com maior articulação dos serviços, podendo
64 este ser apontado como um dos possíveis fatores responsáveis (não
65 conseguimos anexar o gráfico).

66 Com uma maior sensibilização dos profissionais para o tema, mais casos de
67 sofrimento psíquico passaram a ser diagnosticados e tratados, conseqüentemente
68 a demanda para os profissionais de saúde mental aumentou, o que justificou a
69 ampliação do número de profissionais de saúde mental nas equipes de apoio à
70 atenção primária.

71 A partir da experiência da saúde mental, o apoio matricial foi incorporado por
72 outras áreas programáticas e oficializado como diretriz de organização da atenção
73 básica através da Portaria/SS/GAB/N 283/2007, um ano antes da criação dos
74 NASF pelo Ministério da Saúde.

75 As reuniões de articulação de rede são dispositivos que favorecem a atuação
76 integrada entre os diversos dispositivos de uma rede de saúde. A descrição de
77 proposta completa da experiência do município foi submetida ao III Concurso
78 Nacional de Experiências em Saúde da Família da III Mostra Nacional de
79 Produção em Saúde da Família, tendo concorrido com 1090 trabalhos e sendo
80 avaliado por 78 pareceristas sendo premiada com a terceira colocação.

