

Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários

SOLVABILITY OF MENTAL HEALTH CARE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: SOCIAL REPRESENTATION OF PROFESSIONALS AND USERS

RESOLUBILIDAD DEL CUIDADO EN SALUD MENTAL EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: REPRESENTACIÓN SOCIAL DE PROFESIONALES Y USUARIOS

Maria Salette Bessa Jorge¹, Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos², Euton Freitas de Castro Junior³, Levi Alves Barreto³, Lianna Ramalho de Sena Rosa⁴, Leilson Lira de Lima⁵

RESUMO

Objetivo: Aprender as representações sociais sobre resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família de usuários e profissionais de equipes de saúde da família e Centro de Atenção Psicossocial. **Método:** Estudo qualitativo com uso de entrevista semiestruturada para coleta das informações e o *software* Alceste para análise. Este *software* usa a Classificação Hierárquica Descendente com base no exame das raízes lexicais, considerando a palavra como unidade e oferece contextualização no *corpus*. **Resultados:** As representações emergem em dois polos antagônicos: usuários referem satisfação com o atendimento e profissionais percebem a necessidade de melhoria das ações de saúde. São desenvolvidos matriciamento em saúde mental e visita domiciliar, mas persistem entraves relacionados ao investimento em saúde, educação permanente e organização da assistência. **Conclusão:** As diferentes representações ensejam melhoria do atendimento, resolubilidade do cuidado e congregam saberes e práticas na perspectiva ampliada das necessidades de saúde no contexto familiar, social e terapêutico.

DESCRITORES

Integralidade em saúde
Estratégia Saúde da Família
Saúde mental
Serviços de Saúde Mental
Enfermagem psiquiátrica

ABSTRACT

Objective: To apprehend the social representations about the solvability in mental health care with users of the Family Health Strategy and professionals of family health teams and of the Center for Psychosocial Care. **Method:** A qualitative study using semi-structured interviews for data collection, and the Alceste software for analysis. This software uses the Hierarchical Descending Classification based on the examination of lexical roots, considering the words as units and providing context in the corpus. **Results:** The representations emerge in two opposing poles: the users require satisfaction with care and the professionals realize the need for improvement of health actions. Although the matricial support in mental health and the home visits are developed, the barriers related to investment in health, continuing education and organization of care persist. **Conclusion:** The different representations enable improvements in customer service, solvability of care and aggregate knowledge and practices in the expanded perspective of health needs in the family, social and therapeutic context.

DESCRIPTORS

Integrity in health
Family Health Strategy
Mental health
Mental Health Services
Psychiatric nursing

RESUMEN

Objetivo: Asimilar las representaciones sociales acerca de la resolubilidad del cuidado en salud mental en la Estrategia Salud de la Familia de usuarios y profesionales de equipos de salud de la familia y Centro de Atención Psicossocial. **Método:** Estudio cualitativo con empleo de entrevista semiestruturada para recolección de las informaciones y el *software* Alceste para análisis. Este *software* utiliza la Clasificación Jerárquica Descendente con base en el examen de las raíces lexicales, considerando la palabra como unidad y proporciona la contextualización en el corpus. **Resultados:** Las representaciones emergem en dos polos antagônicos: usuarios relatan satisfacción con la atención y profesionales advierten la necesidad de mejoría de las acciones de salud. Se desarrollan el matriciamento en salud mental y la visita domiciliar, pero persisten los óbices relacionados con la inversión en salud, la educación permanente y la organización de la asistencia. **Conclusión:** Las diferentes representaciones proporcionan mejoría de la atención, resolubilidade del cuidado y congregan saberes y prácticas en la perspectiva ampliada de las necesidades de salud en el contexto familiar, social y terapêutico.

DESCRIPTORES

Integralidad en salud
Estrategia de Salud Familiar
Salud mental
Servicios de Salud Mental
Enfermería psiquiátrica

¹ Professora Titular, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. ² Professora Substituta, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. ³ Graduando de Medicina, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. ⁴ Mestre em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. ⁵ Professor Substituto, Curso de Graduação em Medicina, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

A busca pela resolubilidade do cuidado em saúde mental exige a organização de uma rede de serviços e o aprofundamento das relações subjetivas entre profissionais, usuário e familiares. Os pontos fundamentais nesta busca são assegurar o acesso aos serviços com qualidade, além do estabelecimento de relações que produzam acolhimento e vínculo. Com efeito, um serviço resolutivo deverá estar apto a enfrentar e resolver o problema até o limite de sua atuação⁽¹⁾.

Considera-se a resolubilidade como variável dependente, quando se analisa o sistema de saúde em elementos como o acesso, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização e, ao mesmo tempo, independente, no tocante aos serviços e às redes assistenciais. A capacidade de enfrentar e resolver problemas está associada à implantação de serviços e de tecnologias; à reorganização de processos de trabalho; à conformação de redes; ao adensamento tecnológico para otimização de recursos; à articulação e complementaridade de serviços e redes assistenciais; e à conformação de linhas de produção do cuidado⁽²⁾.

Portanto, a resolubilidade almejada no cuidado em saúde mental poderá ser resultado do estabelecimento de uma rede de cuidados articulada entre os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), pautando-se nas necessidades de saúde de cada usuário do sistema, além de investimentos nas relações subjetivas entre profissionais/usuário/familiares, na produção do cuidado e em dispositivos que favorecem o acesso e a continuidade do cuidado no território, como no caso do matriciamento em saúde mental.

Ante o exposto, intencionou-se demarcar o conceito de resolubilidade com origem na interlocução teórica com diversos autores⁽²⁻⁸⁾, analisando-o com base em elementos como o acesso, a rede de serviços e a produção do cuidado integral. Esta delimitação auxiliará no conhecimento das ações de saúde mental na atenção básica, efetivadas pela articulação com a Estratégia Saúde da Família (ESF), desde a problematização da resolubilidade das práticas.

A problematização de práticas e sua resolubilidade com base nas representações dos agentes sociais demarcam um campo fértil para formulação de saberes no campo da saúde mental, orientado ações e a produção do cuidado integral. Assim, o estudo objetivou apreender as representações sociais sobre resolubilidade do cuidado em saúde mental na ESF entre profissionais desta equipe, do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos usuários dos serviços.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, que integra uma pesquisa mais ampla, denominada *Produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família e sua*

interface com a saúde mental: os desafios em busca da resolubilidade, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, com número de protocolo 08573214-1.

O lócus da investigação foram dois centros de saúde da família e dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. A amostra foi constituída por 44 sujeitos tomados de forma não probabilística, intencional e acidental, sendo 20 profissionais da equipe de Saúde da Família, 10 profissionais do CAPS, dentre eles médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e 14 usuários dos serviços. Como critério de inclusão optou-se pelos profissionais que participassem dos encontros e discussões do matriciamento em saúde mental, e os usuários atendidos nessa modalidade assistencial, considerando ainda o consentimento dos sujeitos em participar da pesquisa. Para obtenção das informações, empregou-se a entrevista semiestruturada.

A seguir foi organizado um banco de dados, seguindo as etapas operacionais propostas em outro estudo⁽⁹⁾. As entrevistas foram transcritas na íntegra e a formatação do *corpus* foi realizada em um só arquivo. Os procedimentos de análise dos dados foram auxiliados pelo *software* ALCESTE (Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto) em sua versão 4.5, que foi desenvolvido na França⁽¹⁰⁾. Vale salientar que a análise no referido *software* envolve etapas operacionais, compreendendo leitura do texto e cálculo dos dicionários; cálculo das matrizes de dados e classificação das unidades de contexto elementar (UCE); descrição das classes de UCE; e cálculos complementares⁽⁹⁾.

Por sua vez, o Alceste é uma técnica de análise de dados textuais que permite a exploração da estrutura e organização do discurso dos agentes sociais, e também o acesso às relações entre os universos lexicais que, possivelmente, seriam difíceis de identificar com o uso da análise de conteúdo tradicional⁽¹¹⁾.

Com o intuito de preservar o anonimato dos participantes, os trechos das falas que emergiram das entrevistas estruturadas pelo Alceste foram identificados da seguinte forma: *Profissionais*, sínteses textuais provenientes da análise do programa e relacionados às falas dos profissionais do CAPS e da ESF e *Usuários*, sínteses textuais provenientes da análise do programa e relacionados às falas dos usuários.

RESULTADOS

Os resultados constituídos pelo *corpus* de 44 Unidades de Contexto Inicial (UCI), que representa a unidade (entrevistas) com origem na qual o *software*

Alceste efetuou a fragmentação inicial, indicou uma divisão do referido *corpus* em 740 Unidades de Contexto Elementar (UCE), correspondendo a 69% do total, contendo 3.184 palavras diferentes, com média de dez ocorrências por palavra. Faz-se necessário acrescentar, seguindo critério proposto pelo programa, terem sido desconsiderados do *corpus* de análise os vocábulos que possuísem frequência inferior a três, porquanto se refere ao critério estabelecido no cálculo do χ^2 (palavras com frequência maior do que três, conseqüentemente, com χ^2 desde de 3,84 é significativo com um grau de liberdade).

Deste modo, após a descrição da frequência e do percentual das palavras, seguiu-se para a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que representa o grau de similitude e proximidade de conteúdos do *corpus*. Este foi definido como “Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família” e foi objeto de partições distribuídas em seis classes, formadas com, no mínimo, 21 UCE e dando origem a *subcorpus*. Para elaboração das classes e *subcorpus*, foram tomadas como referências as palavras com $\chi^2 \leq 134$ e $\chi^2 \geq 12$ com $|g|=1$.

Percebe-se a divisão do material discursivo em dois *subcorpus*, indicando a relação entre as classes. O primeiro *subcorpus* subdividiu-se, aglutinando as classes 1, 2 e 3, que possuem maior relação, ou proximidade, e em seguida as classes 4 e 5, que têm sentidos e ideias específicas a justificarem sua aceitação em categoria semelhante. O segundo *subcorpus* aglutinou a classe 6, revelando um sentido de oposição entre a classe seis e as anteriores, e pouca ou nenhuma relação das três primeiras classes e as três últimas. A figura descreve ainda o título de cada uma das classes, seguido pelo número de UCE que as compõem, a descrição da classe, bem como as variáveis descritivas e as palavras de maior associação com a referida classe, levando-se em consideração o coeficiente obtido no teste de associação χ^2 .

Destaca-se o fato de que as representações sociais da resolubilidade em saúde mental na ESF estruturaram-se em três campos representacionais, a saber: o primeiro foi constituído pelas classes 1, 2 e 3, que correspondem às *Melhorias na assistência à saúde: humanização, capacitação em saúde mental e cuidados em domicílio* com predominância das representações de profissionais da ESF. No que diz respeito ao segundo campo, este foi estruturado pelas classes 4 e 5, com destaque para a *Continuidade das ações de cuidado em saúde mental: equipe multiprofissional e garantia de acesso aos serviços*, organizada em torno dos conteúdos representacionais de profissionais de CAPS, mais especificamente, enquanto o terceiro campo foi denominado *Atendimento: espera, qualidade e satisfação*, estruturado pela classe 6, que pode ser representada pelos usuários dos serviços. Todos os campos e classes serão discutidos a seguir, considerando as UCE encontradas em cada classe.

Melhorias na assistência à saúde: humanização, capacitação em saúde mental e cuidados em domicílio

Classe 1: Melhorias no sistema de saúde

De acordo com o número de UCE que estruturaram a Classe 1 (107 UCE, com 41 radicais de palavras, significando 21% do total de UCE), verifica-se que esta é a classe de maior poder explicativo. No que tange às variáveis descritivas, a Classe 1 pode ser caracterizada como constituída por profissionais de saúde em sua maioria, entre eles auxiliar de enfermagem e auxiliar de dentista.

As palavras de maior associação desta Classe têm relação com o contexto macropolítico e micropolítico de transformações do sistema de saúde com vistas à humanização do cuidado, de acordo com as unidades de contexto elementar que mais caracterizam a Classe 1 e descrita a seguir:

(...) tem que haver mesmo uma melhora no SUS então pra resolver esses problemas (...). A prefeitura tinha financiamento para repassar. (...) basta ter mais investimento no SUS e procurar sempre os gestores, investir mais em áreas que precisa mais de acompanhamento. (...) temos que buscar sermos melhores, pra poder atender a demanda, de melhor qualidade. (...) não ficar o tempo todo trabalhando como se fosse uma máquina. (...) vou tratar aquele paciente da melhor forma possível com a ética profissional com humanização (Profissionais).

Classe 2: Matriciamento em saúde mental

Esta classe foi formada por 91 UCE, com 43 radicais de palavras, correspondentes a 18% das UCE, considerando o intervalo entre $\chi^2 = 116$ (*matriciament*) e $\chi^2 = 12$ (*ment*). As variáveis descritivas que mais contribuíram com esta classe foram compostas por profissionais de saúde, com destaque para a categoria de enfermeiros.

A noção central desta classe de representações sociais sobre a resolubilidade do cuidado em saúde mental na ESF é a ação do matriciamento na abordagem e capacitação das equipes. Isto se percebe com origem nas unidades de contexto elementar que mais caracterizam esta Classe 2, nos conteúdos semânticos a seguir:

(...) a gente fez uma capacitação no CAPS com a equipe do NASF [Núcleos de Apoio à Saúde da Família], os médicos, enfermeiros e auxiliares, toda a equipe do ESF pra estar tratando esses casos, que não são poucos, são muitos os transtornos leves, moderados. (...) os mais graves são no CAPS. A gente não encaminha tanto mais pro CAPS porque aquela equipe toda tá resolvendo o problema do paciente. A gente debate, discute (...) pra gente profissional é uma referência. (...) os pacientes gostam, não precisam ir pro CAPS. (...) pedem pra participar do matriciamento. (...) agora pros pacientes é melhor do que pra gente, profissional (Profissionais).

Classe 3: Visita domiciliar

Observa-se que esta classe obteve 101 UCE e 43 radicais de palavras, contabilizando 20% das UCE. Foi composta com radicais e palavras no intervalo de $\chi^2 = 114$ (*visit*) e $\chi^2 = 17$ (*conhec*). No que diz respeito às variáveis descritivas, esta foi composta tipicamente por profissionais de saúde que atuam na ESF, os agentes comunitários de saúde.

Percebe-se, ainda, o predomínio de conteúdos relativos ao trabalho em domicílio junto a acamados e cuidadores. Tais informações indicam que o cuidado mais próximo ao usuário e sua família contribui com a representação social sobre a resolubilidade do cuidado, como pode ser verificada nas UCE mais características desta classe:

(...) na visita domiciliar a gente orienta. (...) vai fazer a visita com cada enfermeiro e orientar os cuidados em domicílio, em algumas visitas a gente leva a fisioterapeuta, o idoso tá lá acamado. (...) então a fisioterapeuta vai e ensina o cuidador os exercícios que são possíveis de fazer. (...) porque o nosso trabalho é educacional, é informativo, então a pessoa já sabe que naquele dia, por exemplo, na quarta-feira vai ter puericultura, então ele já traz a criança (...) e, raríssimas vezes a gente encontra certa resistência (Profissionais).

Continuidade das ações de cuidado em saúde mental: equipe multiprofissional e garantia de acesso aos serviços

Classe 4: Grupo terapêutico e continuidade do cuidado

O número de UCE que estruturou esta classe foi de 81 e 43 radicais de palavras, ou 16% das UCE. Foi composta com radicais e palavras no intervalo de $\chi^2 = 81$ (*grupo*) e $\chi^2 = 16$ (*inici*). As variáveis descritivas que mais contribuíram com esta classe foram os profissionais de saúde, em especial a categoria de farmacêuticos componentes do Centro de Atenção Psicossocial.

Percebe-se, desse modo, que a resolubilidade está relacionada à diversidade de ações de cuidado, seja em grupo terapêutico, em modalidades individuais de atendimento pela equipe multiprofissional, conforme as UCE que mais caracterizam a Classe 4 e descritas a seguir:

(...) temos incentivado a existência de grupos a partir das unidades, com os profissionais das equipes locais à frente no contexto terapêutico. (...) a continuidade das ações de cuidado vão depender muito, justamente depois da avaliação inicial, esse paciente passa a ter a sua modalidade de atendimento. Nós temos pacientes intensivo, semi-intensivo e não intensivo. (...) dentro do serviço é oferecido atendimento ambulatorial, de serviço social, de enfermagem, de psicologia, de psiquiatria, de terapia ocupacional. Temos pensado estratégias maiores também. (...) abrir no próximo ano um grupo aberto, onde trabalharia mulheres e homens também com transtornos (Profissionais).

Classe 5: Acesso e organização do sistema

Esta classe contabilizou 61 UCE e 41 radicais de palavras ou 12% das UCE. Foi composta de radicais e palavras

no intervalo de $\chi^2 = 134$ (*acess*) e $\chi^2 = 21$ (*atenc*). Ante tais classificações, observa-se que esta classe pode ser considerada como a de menor poder explicativo entre os participantes pesquisados. Por sua vez, levando em consideração as variáveis descritivas, pode-se caracterizá-la como uma classe constituída principalmente por profissionais de saúde, com destaque para a categoria de assistente social do CAPS.

Observa-se predominância em conteúdos que dizem respeito às mudanças na organização dos serviços, visando à garantia de acesso e articulação em rede, identificando o matriciamento como o apoio no cuidado em saúde mental na atenção básica, requisitos para a resolubilidade da assistência, conforme pode ser verificado nas UCEs mais típicas desta classe:

(...) o nosso município é dividido em seis regiões, mas ao mesmo tempo, a gente tenta respeitar essa divisão de limite regional no sentido de que realmente o acesso, tanto por parte do usuário se inserir no serviço, como na questão de uma visita que facilite o acesso da gente ir até lá. (...) a hierarquização, a regionalização são usadas no sentido de organizar o funcionamento dos serviços e não apenas de burocratizar e engessar o sistema. (...) e aí, o apoio matricial tem sido fundamental e eu não digo só em relação à reorganização do fluxo do serviço não, eu coloco também em relação aos nossos pacientes que historicamente foram relegados a ter uma atenção básica mesmo. (...) mostrando pra família que essa pessoa tem direito de transitar e ter acesso aos serviços que estão disponíveis na comunidade. (...) eu sempre coloco assim. (...) olha aquele quartinho lá do fundo, não vai só até a cozinha, às vezes depois da cozinha tem um quartinho lá no fundo, alguém que tenha um transtorno mental. (Profissionais).

Atendimento: espera, qualidade e satisfação

Classe 6: Atendimento: espera, qualidade e satisfação

Esta classe foi estruturada com 66 UCE, representando 13% do total. Foi composta por palavras e radicais no intervalo de $\chi^2 = 118$ (*atendid*) e $\chi^2 = 23$ (*diss*). No que tange às variáveis descritivas, a classe 6 é formada por usuários dos serviços assistenciais na ESF e CAPS.

A ideia central desta classe organizou-se em torno da satisfação com o atendimento recebido. Os usuários dos serviços descrevem com qualidade o atendimento com o recebimento do remédio, de acordo com os conteúdos semânticos a seguir:

(...) o atendimento é bom. O médico sempre me pergunta se eu tenho alguma dúvida, se eu tiver, eu tiro. (...) profissionais de saúde, fazem tudo direitinho. Eles perguntam as coisas, examinam e tudo. (...) sempre que aqui não dá conta, manda para outro canto e lá é atendido. (...) os trabalhadores aqui são legais, me tratam bem e tudo mais. Eu gosto, mas às vezes demora. (...) o que eu não gosto é de ter que esperar. (...) como hoje, estou aqui já faz duas horas esperando, mas assim, eu sei que vou ser atendida e que vou para casa com os remédios (Usuários).

DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados, pode-se afirmar que o cuidado em saúde mental na ESF reúne representações no nível macro e micropolítico. No plano macropolítico, encontram-se a necessidade de maior investimento nas políticas públicas de saúde, capacitações para a equipe e a organização do sistema. Já no nível micropolítico, as representações incidem sobre a satisfação com o atendimento, principalmente no que se refere ao acesso a fármacos, às relações estabelecidas entre equipes e usuários e à oferta de serviços.

Ainda que os princípios da Reforma Psiquiátrica, conjuntamente com o arcabouço jurídico-operacional da ESF, sejam fundamentais na reorientação de serviços e práticas de cuidado em saúde mental à assistência integral e resolutive⁽¹²⁻¹³⁾, muitos desafios persistem para consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial promotora de reinserção social e de cidadania. Dentre os quais, aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a saúde mental⁽¹⁴⁾, bem como viabilizar e fomentar investimentos nas ações de saúde mental na Atenção Primária.

Vale ressaltar que a necessária humanização do sistema público de saúde e a capacidade de proporcionar cuidados em saúde mental perpassam pela desconstrução de processos cristalizados de gestão, financiamento e trabalho nos serviços de saúde⁽¹⁵⁾. Na falta de organização, prevalecem encaminhamentos desnecessários e a consequente fila de espera, escassez de profissionais nos serviços e baixa cobertura das equipes da ESF⁽¹⁶⁾.

Outra questão presente nas representações sociais dos participantes são os recursos humanos para os serviços. Eles têm se mostrado insuficientes para as necessidades de capacitação dos trabalhadores da rede de saúde mental, inclusive da ESF. A maioria destes profissionais vem atuar sob o signo da Reforma Psiquiátrica e são formados em escolas que em geral ainda ensinam o modelo de atenção médico-centrado e biologicista. Portanto, há a premência de propor e implementar projetos de capacitação ou qualificação em larga escala⁽¹⁴⁾.

Ainda no plano macropolítico, os profissionais do CAPS associam a garantia do acesso por meio da hierarquização e regionalização dos serviços à resolubilidade do cuidado em saúde mental. Eles relatam que a prestação de serviços ocorre de maneira organizada, por nível de complexidade tecnológica, o que também favorece a garantia de acesso das pessoas com transtornos mentais aos serviços de saúde.

Contudo, estudos demonstram dificuldades na rede de serviços de saúde mental. Embora a Atenção Primária seja preconizada como porta de entrada, bem como a participação dos profissionais de saúde mental nos cuidados primários de saúde, o acesso a esses serviços e

sua articulação com outros níveis de atenção à saúde mental ainda está aquém do recomendado pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental, tendo em vista a integralidade e resolubilidade das ações⁽¹⁷⁾.

A qualidade e a continuidade do cuidado dependem da articulação entre a Atenção Primária e os outros serviços de saúde mental, em diferentes níveis de complexidade, desde o Centro de Saúde, passando pelos CAPS e envolvendo hospitais de referência quando necessário, contribuindo para a melhoria da assistência prestada e ampliação do acesso da população aos serviços⁽¹⁸⁾.

No nível micropolítico, é possível observar que a resolubilidade do cuidado em saúde mental está relacionada à satisfação com o atendimento recebido. Essa satisfação aparece articulada com o acesso à terapia farmacológica e a encaminhamentos necessários, e com as relações estabelecidas entre usuários e trabalhadores de saúde.

De fato, as representações descrevem a relação dos usuários com os serviços e os trabalhadores de saúde. A resolubilidade do cuidado, portanto, é relatada na ótica de quem está sendo assistido pelo serviço e é possível apreender o significado positivo atribuído às relações interpessoais e ao acesso a medicamentos, presentes no manejo do processo saúde-doença-cuidado.

Assim, os usuários ressignificam o valor da terapia farmacológica no cuidado recebido. Eles admitem a importância dos medicamentos na condução terapêutica, mas reconhecem a necessária coexistência de outros dispositivos terapêuticos nesse processo, tais como escuta e acolhimento: o usuário privilegia a consulta centrada no ato prescritivo por um lado, mas reconhece a importância da escuta por outro⁽¹⁹⁾.

É importante destacar que o acolhimento e a escuta, enquanto as tecnologias leves são dispositivos fundamentais para resolubilidade do cuidado em saúde mental, pois facilitam a permanência do usuário no serviço e, conseqüentemente, no tratamento. O uso de tecnologias leves permite pensar o cuidado em saúde na integralidade do sujeito, do ambiente e das relações, pois o cuidado é construído de aspectos sociais, econômicos, familiares, biológicos, psicológicos e culturais^(4,20).

O matriciamento, as visitas domiciliares e os grupos terapêuticos aparecem como atividades presentes nos serviços que favorecem a resolubilidade do cuidado em saúde mental. Tais atividades mobilizam a equipe para uma aproximação intersubjetiva, observando questões e condições da dimensão psicossocial, tanto nos aspectos socioeconômicos, quanto na condição clínica, facilitando o acesso e efetivando resolução de queixas e necessidades⁽³⁾.

O matriciamento, por exemplo, favorece a comunicação entre as equipes, com a troca de experiências, o

que favorece o reconhecimento das atividades de cada serviço e o acesso ao cuidado territorial. A partir dele, pretende-se fornecer aos profissionais da Atenção Primária melhor entendimento sobre a saúde mental, possibilitando que atuem como facilitadores no processo terapêutico, que compartilhem informações territoriais, demandas clínicas e de procedimentos, bem como ampliem seu potencial resolutivo perante os casos clínicos de saúde mental^(3,21).

Acresce-se a isso a diversidade de ações terapêuticas em saúde mental na ESF. Elas são expressas no cotidiano de trabalho das equipes, o que envolve a participação efetiva do agente comunitário de saúde (ACS) no cuidado, uma vez que este tem maior aproximação com o território. Entre as ações desenvolvidas, destacam-se a realização de visita domiciliar e formação de grupos terapêuticos.

A visita domiciliar, em virtude da proximidade com o meio em que o indivíduo habita, é estratégia que possibilita o acesso ao serviço de saúde, articula a promoção da saúde e prevenção de agravos e propicia maior conhecimento do cotidiano da comunidade, obtendo informações valiosas acerca dos fatores que determinam a qualidade de vida e de saúde⁽²²⁾. Sendo assim, essa atividade contribui para a diminuição da procura por serviços especializados de saúde mental e a redução dos índices de hospitalização⁽²³⁾.

Além disso, os grupos terapêuticos que ocorrem no cotidiano assistencial revelam atitudes comuns de cada profissional de saúde e são percebidos por usuários e familiares como algo positivo para a melhoria de vida. Em processo inovador, as abordagens clínicas se horizontalizam na singularidade de cada usuário, reconhecendo seu lugar existencial, subjetivo e, principalmente social⁽³⁾.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília; 1991.
2. Santos RC. Saúde todo dia: uma construção coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.
3. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima JP, Bastos VC, et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para a resolubilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):653-60.
4. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcanto CM. Promoção da Saúde Mental: tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3051-60.
5. Arona EC. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saúde Soc*. 2009;18(1):26-36.
6. Guimarães JMX. Satisfação dos trabalhadores de saúde mental: o caso dos centros de atenção psicossocial de Fortaleza – Ceará. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2009;33(3):488-9.
7. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1):75-85.
8. Conejo SH, Colvero LA. O cuidado à família de portadores de transtorno mental. *Rev Min Enferm*. 2005;9(3):206-11.
9. Camargo BV. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP, Jesuíno JC, Camargo BV. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Ed. UFPB; 2005. p. 511-39.

CONCLUSÃO

A representação da resolubilidade do cuidado para os profissionais, seja da ESF ou do CAPS, diferem da representação dos usuários, pois os primeiros percebem a necessidade de melhoria em todo o contexto do Sistema Único de Saúde para o atendimento de qualidade das necessidades dos usuários. Estes, no entanto, referem que estão satisfeitos com o atendimento recebido, apesar da demora. Esses posicionamentos são influenciados pela informação, conhecimento e autonomia de cada sujeito sobre sua cidadania e direito à saúde.

Outro aspecto importante revelado pela pesquisa diz respeito às ações desenvolvidas pelos profissionais da ESF e CAPS, com destaque para o matriciamento em saúde mental, a visita domiciliar, a organização e realização de grupo terapêutico, atendimentos individuais, objetivando a continuidade do cuidado. Estas representam uma perspectiva de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, congregando saberes e práticas que favoreçam uma perspectiva ampliada sobre as necessidades dos usuários em seu contexto familiar, social e terapêutico.

Por fim, destaca-se a importância do matriciamento não apenas como capacitação ou ferramenta para articulação dos serviços. Além disso, o matriciamento se revelou como um potente dispositivo para produção do cuidado integral em sua função assistencial. Por meio do matriciamento em saúde mental, é possível assumir a integralidade da atenção à saúde como um princípio que norteia práticas individuais e coletivas, guiando, também, a promoção de cidadania, porquanto assegura que o usuário dos serviços seja cuidado em suas necessidades biopsicossociais no âmbito da atenção básica em saúde.

10. Reinert M. Alceste: une méthodologie d'analyse des domaines textuelles et une application. *Bull Methodol Sociol.* 1990;28(1):24-54.
11. Alba M. El método Alceste y su aplicación al estudio de las representaciones sociales del espacio urbano: el caso de la ciudad de México. *Papers Social Represent.* 2004;13(1):1-20.
12. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2013.
13. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Soc.* 2009;18(1):63-74.
14. Barros S, Salles M. Mental healthcare management in the Brazilian National Health System. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2011 [cited 2013 Oct 27];45(n.esp2):1780-5. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/en_25.pdf
15. Filippon J, Kantorski LP. Humanização e loucura, em busca do humano que dialoga saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2012;22(2):659-80.
16. Delfini PSS, Reis AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(2):357-66.
17. Ribeiro JM, Inglês-Dias A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(12):4623-33.
18. Silva LR, Beck CLC, Gobatto M, Dissen CM, Silva RM, Freitas NQ. Desafios na construção de uma rede de atenção em saúde mental. *Cogitare Enferm.* 2012;17(4):649-54.
19. Jorge MSB, Campos RO, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em Centros de Atenção Psicossocial. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2012;22(4):154
20. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, et al. Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(3):293-3
21. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(7):2157-66.
22. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(5):1103-12.
23. Catty J, Burns T, Knapp M, Watt H, Wright C, Henderson J, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychol Med.* 2002;32(3):383-401

Apoio Financeiro

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).