

Estratégia de Saúde da Família: recursos comunitários na atenção à saúde mental

Family Health Strategy: community resources in mental health care

Jacqueline de Souza¹

Letícia Yamawaka de Almeida¹

Tatiana Maria Coelho Veloso¹

Sara Pinto Barbosa¹

Kelly Graziani Giaccherro Vedana¹

Descritores

Saúde da família; Saúde mental; Apoio social; Atenção primária à saúde; Ação intersectorial

Keywords

Family health; Mental health; Social support; Primary health care; Intersectorial action

Submetido

9 de Dezembro de 2013

Aceito

18 de Dezembro de 2013

Autor correspondente

Jacqueline de Souza
Av. dos Bandeirantes, 3900,
Ribeirão Preto, SP, Brasil.
CEP: 14040-902
jacsouza2003@usp.br

Resumo

Objetivo: Investigar a percepção de profissionais de estratégia de saúde da família sobre recursos existentes no território para atendimento de demandas em saúde mental.

Métodos: Estudo transversal, qualitativo realizado com 27 profissionais da saúde de serviços de atenção primária. Os dados foram coletados utilizando entrevistas, grupos focais e observação. Após a coleta, os dados foram transcritos e submetidos à análise à luz do conceito estruturalista.

Resultados: Os enfermeiros referiram dispositivos formais para apoio em saúde mental, enfatizando serviços de saúde. Os coordenadores mencionaram serviços de saúde, universidade e parcerias como conselho tutelar e promotoria pública. Os agentes comunitários demonstraram maior integração com o território e conhecimento abrangente de fontes de apoio social formal e informal. Na observação do território foram identificados recursos sociais não mencionados nas entrevistas.

Conclusão: A percepção dos enfermeiros em relação aos recursos comunitários centrou-se em instituições formais relacionadas à saúde ou ao ensino de cursos na área da saúde. Os coordenadores identificaram outros serviços de saúde e dispositivos de proteção social. Os agentes comunitários têm a maior percepção dos recursos existentes em saúde mental.

Abstract

Objective: Assess the perception of the professionals working at the family health strategy on the resources present within the territory toward meeting mental health care demands.

Methods: Cross-sectional, qualitative study carried out with 27 primary health care professionals. Data were collected by means of interviews, focus groups and observation. Following data collection, data were transcribed and analyzed in the light of the structuralist theory.

Results: Nurses referred to the existence of formal instruments toward promoting mental health care and highlighted the health services. Care coordinators mentioned health services, universities and partnerships with Child Protective Services and the District Attorney's Office. Community agents showed to be more integrated with the territory and to have a broader knowledge of formal and informal social support sources. The observation of the territory pointed out social resources that were not addressed in the interviews.

Conclusion: The perception of the nurses regarding the community resources focused on formal health institutions or other entities related to the health care or health education areas. The coordinators identified other health services and social protection instruments. Community agents have a clearer perception of existing mental health resources.

¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família foi criada na década de 90 e consiste na principal proposta de consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil. O foco é o indivíduo-família, suas relações com a comunidade e o meio ambiente. A atuação das equipes pressupõe a integração da assistência com a promoção da saúde da população e as ações preventivas.^(1,2)

O funcionamento da Estratégia Saúde da Família deve implicar no estabelecimento de vínculo territorial, responsabilização e acompanhamento longitudinal. Portanto, estas equipes têm grande potencial para abordar a saúde mental das famílias na atenção primária, principalmente porque as políticas de saúde pública e as de saúde mental compartilham princípios comuns como a necessidade de uma rede de cuidados de base territorial, atuação transversal com outras políticas, a noção de território, a intersectorialidade e a integralidade em prol da promoção da cidadania dos usuários.⁽²⁻⁴⁾

Para o desenvolvimento de ações que atendam tais princípios, os serviços de saúde precisam transpor os limites do modelo biomédico e envolver diferentes segmentos sociais, pois os diversos dispositivos comunitários configuram-se em fontes de apoio social e podem contribuir para melhorar a saúde mental e, conseqüentemente a qualidade de vida da população.⁽²⁻⁶⁾

Além disso, a consolidação de propostas intersectoriais que culminem numa rede de atenção passa pelo reconhecimento dos recursos disponíveis no âmbito do território que poderiam ser incluídos para a formulação dos diferentes planos de cuidado. Para isso, faz-se necessário que os profissionais de saúde considerem os recursos existentes como potenciais parceiros para compor o planejamento de ações intersectoriais voltadas para a promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental.

O apoio informal é aquele auxílio baseado na informalidade e similaridade de experiências, fornecido por pessoas do cotidiano, não treinadas para tal, como vizinhos, parceiros, outros pacientes etc. O apoio formal, por sua vez é aquele auxílio provido por instituições especializadas ou

pessoas treinadas, qualificadas formalmente para prestar auxílio como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros.^(7,8)

Desse modo, o objetivo do estudo foi investigar a percepção de enfermeiros, agentes comunitários de saúde e coordenadores de equipes de Estratégia de Saúde da Família a respeito dos recursos ou fontes de apoio social, formais e informais, do território que podem ser acionados para o atendimento das demandas de saúde mental da comunidade.

Métodos

O estudo foi desenvolvido no território adscrito de cinco equipes de saúde da família de um município do interior de São Paulo. Nesta pesquisa descritiva exploratória foram utilizadas técnicas qualitativas para a coleta, análise e interpretação dos dados.

Os sujeitos do estudo foram cinco enfermeiras, cinco coordenadores e 17 agentes comunitários de saúde (profissionais não técnicos que vivem na própria comunidade que trabalham e realizam cadastramento das famílias e visitas domiciliares regularmente à população adscrita).

Os dados foram coletados por meio de observação, entrevistas grupais, entrevistas individuais semiestruturadas e grupos focais. Inicialmente foram realizadas cinco entrevistas grupais com os agentes comunitários de saúde. Essas entrevistas tiveram o objetivo de nortear as observações que posteriormente foram realizadas no território que estas equipes atuam.

Em seguida, procedeu-se a observação territorial. Foram realizadas 46 horas de observação com um roteiro previamente estabelecido que preconizava a observação de recursos formais e informais (Organizações Não Governamentais, Igrejas, espaços de lazer, pontos de encontro, serviços de saúde, assistência social).

Após a observação do território foram entrevistados os enfermeiros e coordenadores das equipes. O roteiro das entrevistas focava os recursos existentes no território que poderiam ser acionados para a realização de ações articuladas relacionadas às demandas de saúde mental na comunidade.

Os dados das observações foram posteriormente validados em dois grupos focais de aproximadamente uma hora cada, com nove indivíduos em um grupo e oito no outro. Após a validação desses dados, foi realizada releitura dos resultados das observações e entrevistas utilizando reunião com o grupo de pesquisadores envolvidos.

O processo de investigação e análise seguiu o protocolo mínimo de pesquisa de caráter estruturalista,⁽⁸⁾ assim estabeleceu-se o território adscrito pelas Unidades de Saúde da Família como campo observacional destacando as percepções dos enfermeiros, coordenadores e agentes comunitários de saúde sobre os recursos existentes no território para o atendimento das demandas de saúde mental como elementos a serem investigados. Foi selecionado o conceito “capital social” como estruturante para as interpretações.⁽⁹⁾ Em seguida, a partir da leitura e releitura dos dados pelos pesquisadores envolvidos identificou-se os recursos formais e informais referidos pelos sujeitos e esses dados foram organizados no formato de mapas de rede propiciando melhor visualização e comparação das diferentes percepções dos profissionais sobre a estrutura do território.

Durante o processo interpretativo das transcrições das entrevistas e grupos focais, os relatos dos participantes do estudo foram comparados com os dados do município e com as informações extraídas da observação do território. Assim, os dados da observação participante possibilitaram identificar também dispositivos existentes na comunidade que não foram referidos pelos participantes como recursos potencialmente articuláveis nas intervenções relacionadas à promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental.

Os mapas de rede foram confeccionados agrupando na categoria “recursos formais” os serviços de saúde, dispositivos relacionado à educação, segurança e proteção social. Na categoria “recursos informais” foram considerados os diferentes grupos comunitários de apoio e dispositivos relacionados ao lazer e religiosidade.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Dos 17 agentes comunitários de saúde, quatorze eram do sexo feminino e três do sexo masculino, com idade mínima de 28 anos e máxima de 58 anos. Quanto à escolaridade, um possuía ensino fundamental completo, treze ensino médio, um nível técnico e três de nível superior.

Os cinco enfermeiros eram do sexo feminino todos formados há mais de oito anos, com média de idade 39 anos e com tempo de atuação nos respectivos serviços de quatro anos ou mais. Três dos cinco enfermeiros possuíam pós-graduação.

Quatro dos coordenadores eram do sexo masculino e um do sexo feminino, idade mínima 38 e máxima 64 anos, em exercício no cargo de coordenadores de quatro anos ou mais e todos médicos de formação com doutorado e atividade de docência universitária simultânea.

Os recursos citados pelos respectivos sujeitos, enfermeiros, coordenadores e agentes comunitários de saúde são apresentados (figuras 1, 2 e 3).

Conforme pode ser observado na Figura 1 os enfermeiros não citaram nenhum recurso informal, apenas serviços de saúde e as Universidades como parceiros para o cuidado de saúde mental.

Os coordenadores citaram mais dispositivos do que os enfermeiros, além de identificar outros serviços de saúde, também citaram mais dispositivos de proteção social como Conselho Tutelar, Promotoria Pública e as próprias Residências Terapêuticas. Referiram ainda a Igreja como um dispositivo informal possivelmente articulável.

Os agentes comunitários de saúde identificaram maior número de dispositivos em todos os âmbitos, formais e informais.

Os dispositivos não citados pelos participantes, mas existentes no território, foram alguns recursos formais (CAPS III, CAPS infantil, Ambulatório Regional de Saúde Mental, Ambulatório de Saúde Mental região Central e Comunidades Terapêuticas para usuários de drogas) e informais (Alcoólicos Anônimos, Centros Espíritas, comércios, campos públicos de futebol, academias e quadras de esportes privadas).

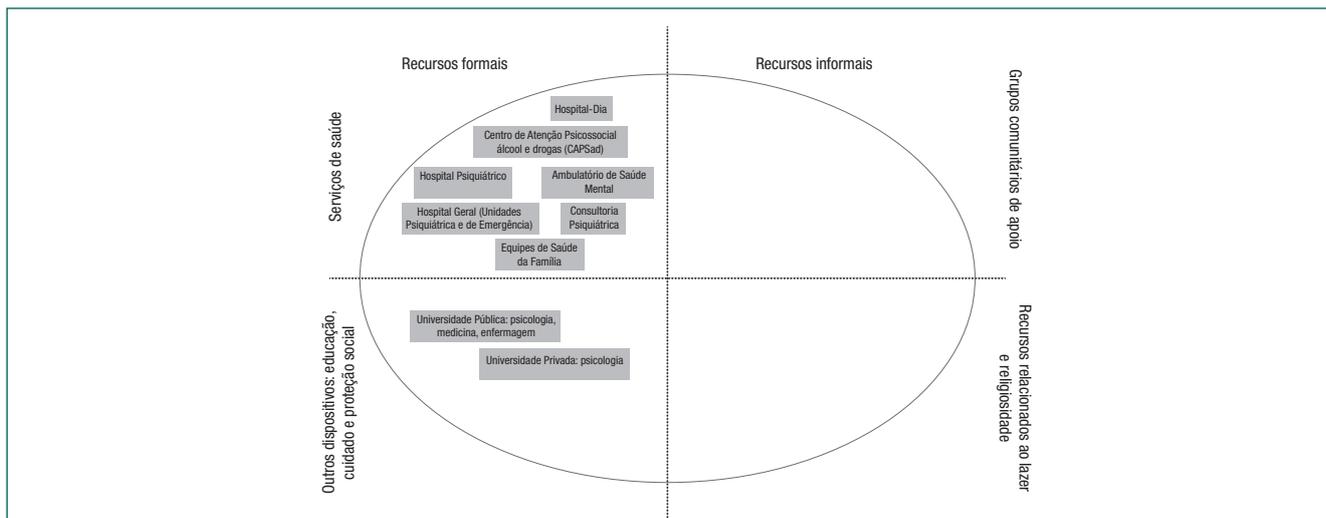


Figura 1. Mapa dos recursos relacionados à saúde mental segundo a percepção dos enfermeiros

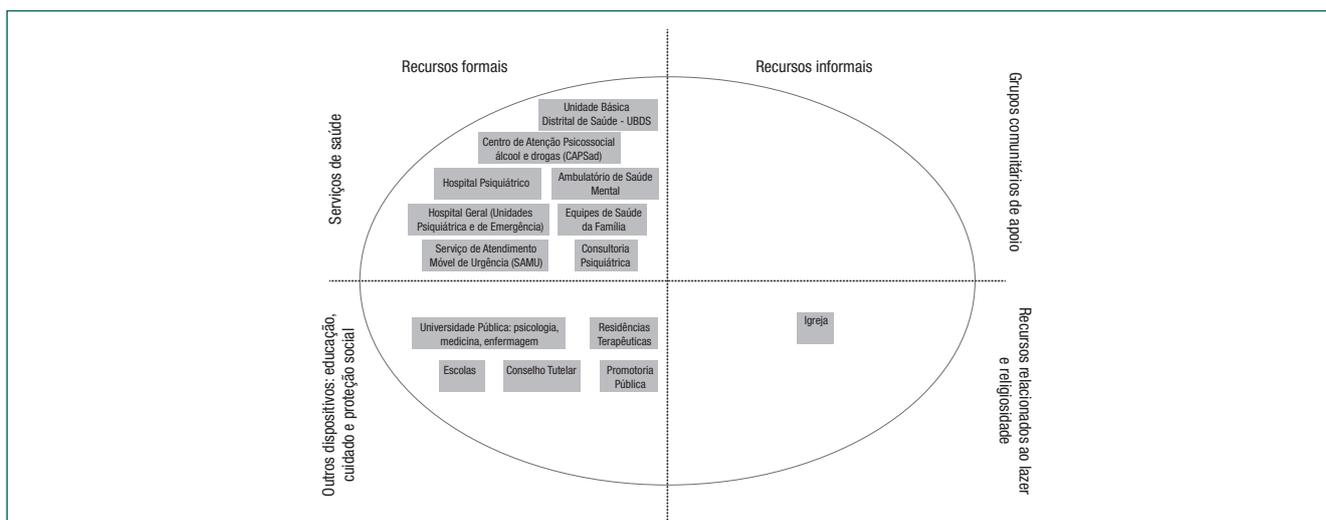


Figura 2. Mapa dos recursos relacionados à saúde mental segundo a percepção dos coordenadores

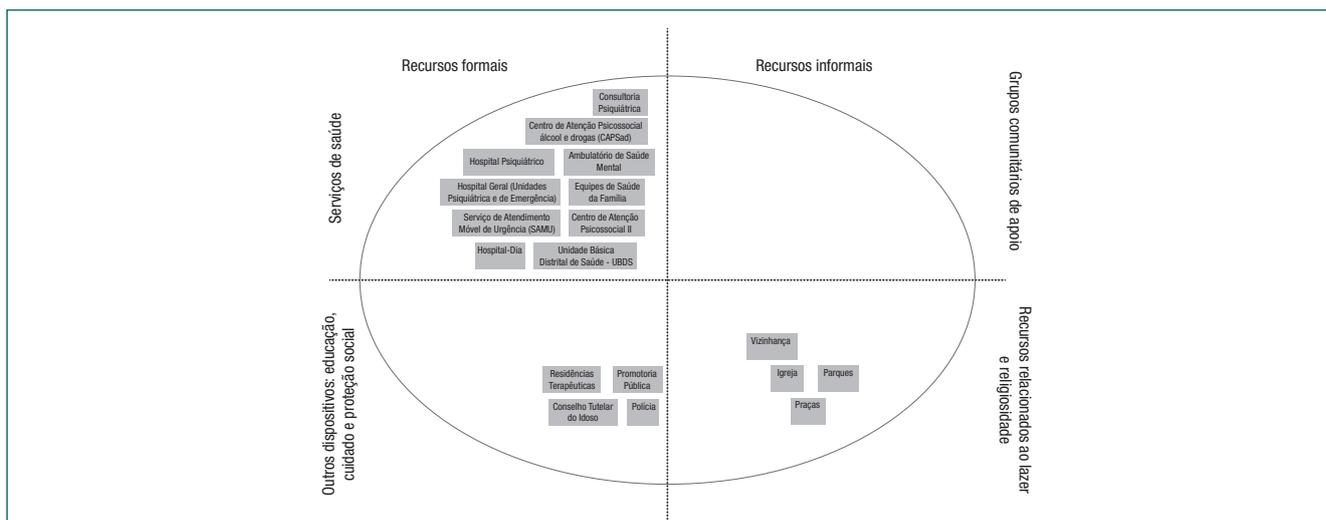


Figura 3. Mapa dos recursos relacionados à saúde mental segundo a percepção dos agentes comunitários de saúde

Discussão

Os limites desta pesquisa são que os dados oriundos das técnicas de coleta de dados qualitativas impossibilitam generalizações quanto aos achados, no entanto ressalta-se que o uso de três técnicas (entrevistas individuais, grupos focais e observação) fortalece os resultados por possibilitar a triangulação dos dados obtidos.

Os resultados do presente estudo proporcionam subsídios para refletir sobre estratégias para consolidar as atuais preconizações do Ministério da Saúde brasileiro em relação à formação de Redes de Atenção Psicossocial que devem contar com recursos interdisciplinares de cuidado à saúde mental das comunidades. Nesse debate, a enfermagem tem papel crucial tendo em vista o caráter integrador das práticas de cuidado no âmbito interdisciplinar, bem como sua capacidade de articulação com os diferentes dispositivos sociais e de saúde existentes no território.

O conceito de capital social é proposto por Pierre Bourdieu como um conjunto de acessos sociais que compreende o relacionamento e a rede de contatos.⁽⁹⁾ Tal conceito é entendido como um termo “guarda-chuva” que engloba aspectos relacionados à coesão, integração/participação e apoio social além de outros determinantes sociais de saúde mental e saúde geral. Os debates sobre o capital social têm assumido papel relevante nos temas relacionados à saúde, comunidade e participação propiciando reflexões a partir de dois níveis, o micro (recursos individuais, pessoais ou familiares) e macro (vizinhança, comunidade, grupos formais e informais).⁽¹⁰⁾

O município estudado conta com uma gama de fontes de apoio formais e informais que podem ser considerados como recursos potenciais para o desenvolvimento de ações intersetoriais no âmbito do território. No entanto, a concepção de capital social implica não só na existência de recursos, mas também no estabelecimento de relações entre eles que propiciem acessos aos mesmos. Nessa perspectiva a questão do acolhimento, como cerne do processo de trabalho nos serviços de saúde é um importante aspecto para a consolidação do capital social.^(2,11)

Acolhimento pode ser definido como “rede de conversações”, momento de relacionar-se com o papel de receber, interligar, propiciar trânsito pela rede a partir do reconhecimento das necessidades de saúde; constitui-se numa possibilidade de ampliar o acesso, humanizar o atendimento e reorganizar o processo de trabalho.⁽¹²⁾

Acolhimentos que estabelecem escutas ampliadas fazem aflorar problemas e necessidades que não podem ser resolvidos apenas no âmbito dos serviços de saúde tornando imprescindíveis as articulações intersetoriais e busca de parcerias externas ao setor saúde.⁽¹³⁾

Assim, destaca-se a necessidade de desenvolver processos de trabalho que estabeleçam nova relação entre profissionais e comunidade, ou seja, ações humanizadas, resolutivas, intersetoriais e articuladas de modo a conformar os recursos disponíveis em efetivo capital social, que é um determinante importante para o desenvolvimento, saúde e bem-estar e funciona como fator de proteção contra as influências negativas do ambiente ou do contexto imediato.⁽¹²⁻¹⁶⁾

A percepção dos enfermeiros (Figura 1) em relação aos recursos comunitários centrou-se em instituições formais relacionadas à saúde ou ao ensino de cursos na área da saúde. É possível que essa percepção seja reproduzida na prática clínica, o que corresponderia à lógica de encaminhamento a serviços especializados e integração limitada com outros dispositivos sociais e fontes de apoio informais.

A ampliação da atenção primária, sobretudo com a implementação da ESF aumentou a acessibilidade geográfica dos serviços de saúde, contudo, a apropriação do território e seus recursos ainda não foi alcançada uniformemente e as atividades, muitas vezes ainda ficam presas ao espaço físico destes serviços.⁽¹⁷⁾

Os coordenadores, conforme pode ser observado na figura 2, concebiam como recursos articuláveis às ações de saúde mental: instituições de ensino, serviços especializados de saúde mental, conselho tutelar e a promotoria pública. Vale destacar, que conforme apresentado no perfil dos sujeitos, os coordenadores eram professores universitários e, portanto, em situação privilegiada

em relação ao acesso a saberes, inclusive no que se refere a políticas públicas.

Contudo, a percepção dos agentes comunitários de saúde (Figura 3) foi a mais abrangente, se comparada aos demais profissionais entrevistados. Pelo maior contato e articulação com a população,⁽¹⁸⁾ os agentes assumem posição que propicia maior acesso às fontes informais de saberes que são importantes para um conhecimento mais apurado do território. Destaca-se que a maioria dos recursos citados foram exemplificados a partir de relatos de casos do cotidiano de trabalho desses profissionais, diferentemente dos demais.

Convém ressaltar também que a divisão das atividades na organização do processo de trabalho das equipes implica em diferentes ferramentas, finalidades, tarefas e, conseqüentemente, diferentes concepções sobre o objeto de trabalho (que pode ser a saúde, a doença, a qualidade de vida) e recursos do território. Nessa lógica, o agente comunitário de saúde tem como lócus de trabalho o espaço comunitário e a finalidade de estabelecer um elo entre serviços de saúde e a comunidade, o que, possivelmente justificaria a percepção mais ampliada dos recursos por parte desses profissionais.

As diferenças observadas nos discursos podem ser advindas das posições ocupadas pelos sujeitos nessa rede de relações, isto é, coordenadores, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, apesar de comporem a mesma equipe de trabalho, possuem competências, saberes e práticas distintas e, embora organizados para trabalharem com o mesmo objeto (as necessidades de saúde das pessoas) podem ter concepções e finalidades diversas no seu processo de trabalho cotidiano, bem como acesso diferenciado a determinadas informações.

A formação universitária dos entrevistados, no presente estudo não foi diretamente proporcional a uma visão abrangente dos recursos reais do território. O processo de ensino-aprendizagem ainda fragmentado e reduzido a disciplinas pode contribuir para essa limitação do campo de atuação em saúde. Recomenda-se, portanto inovações educacionais que priorizem a proximidade entre estudantes da área da saúde e a comunidade.^(18,19)

Apesar dessas diferentes percepções, cabe ressaltar que os sujeitos são trabalhadores que compõem

uma equipe, portanto a possibilidade de trocas e estreitamento das relações no espaço de trabalho incrementaria as percepções culminando em complementaridade de recursos e novos direcionamentos nos planejamentos terapêuticos dos usuários ampliando as estruturas que conformam o capital social para as demandas de saúde mental no território estudado.

Além disso, com base nos resultados, é imprescindível o estabelecimento de intervenções com vistas à potencialização do capital social disponível, isto é, reorientação do modelo assistencial e alterações na estrutura e política das instituições formais e organizações comunitárias para aumentar o apoio social e ampliar o acesso a estas fontes de apoio, considerando aspectos como organização do processo de trabalho, horários de funcionamento, disseminação de informações e busca ativa.^(6,20,21)

Conclusão

A análise dos resultados oriundos das diferentes fontes de dados permitiu identificar os recursos ou fontes de apoio social, formais e informais, do território considerando a percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família. A partir de tal identificação foi possível apontar fragilidades e potencialidades relacionadas à composição da rede de apoio do território para atendimento das demandas de saúde mental.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, bolsa de Pós-Doutorado Júnior concedida à Jacqueline de Souza, projeto 502673/2010-9. Grupo de Estudos em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Colaborações

Souza J; Almeida LY; Veloso TMC; Barbosa SP e Vedana KGG declaram que contribuíram com a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados; redação do

artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011; 6736(11):60054-8.
2. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Mental health in primary health care: practices of the family health team. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1501-6.
3. Lucchese R, Oliveira AG, Conciani ME, Marcon SR. Mental health and the Family Health Program: pathways and obstacles in a necessary approach. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):2033-42.
4. Souza J, Luis MA. Demands of mental health: nurses' perceptions of family health teams. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):852-8.
5. Costa GD, Cotta, RM, Ferreira ML, Reis JR, Franceschini SC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):113-8.
6. Munari DB, Melo TS, Pagotto V, Rocha BS, Soares CB, Medeiros M. Saúde mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. *Rev Eletr Enf*. 2008;10(3):784-95.
7. Faquinello P, Carreira L, Marcon SS. A Unidade Básica de Saúde e sua função na Rede de Apoio Social ao Hipertenso. *Texto & Contexto Enferm*. 2010;19(4):736-44.
8. Campbell P, Wynne-Jones G, Dunn KM. The influence of informal social support on risk and prognosis in spinal pain: a systematic review. *Eur J Pain*. 2011; 15(5): 444.e1-444.e14.
9. Thiry-Cherques, HR. Métodos estruturalistas: pesquisa em ciências da gestão. São Paulo: Atlas, 2008.
10. Nygvist F, Forsman A, Giuntioi G, Cattani M. Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. *Aging Ment Health*. 2013;17(4): 394-410.
11. Coelho MO, Jorge MS. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(Supl. 1):1523-31.
12. Takemoto ML, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2):331-40.
13. Fracolli LA, Zoboli EL. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(2):143-51.
14. Almedom AM. Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence. *Soc Sci Med*. 2005; 61(5):943-64.
15. Kaljee LM, Chen X. Social capital and risk and protective behaviors: a global health perspective. *Adolesc Health Med Ther*. 2011;2:113-22.
16. Eriksson M. Social capital and health - implications for health promotion. *Glob Health Action*. 2011; 4, doi: 10.3402/gha.v4i0.5611.
17. Santos LP, Fracolli LA. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(1):76-83.
18. Moreti-Pires RO. Complexity in family healthcare and the training of future healthcare professionals. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2009;13(30):153-66.
19. Chastonay P, Vu NV, Huamir JP, Mpinga EK, Bernheim L. Design, implementation and evaluation of a community health training program in an integrated problem-based medical curriculum: a fifteen-year experience at the University of Geneva Faculty of Medicine. *Med Educ Online*. 2012;17:16741.
20. Oppong Asante K. Social support and the psychological wellbeing of people living with HIV/AIDS in Ghana. *Afr J Psychiatry*. 2012;15(5):340-5.
21. Roberts NA, Burtleson MH. Processes linking cultural ingroup bonds and mental health: the roles of social connection and emotion regulation. *Front Psychol*. 2013;4:52.