



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



PROMOÇÃO DA SAÚDE: janelas de oportunidades para reflexão e ressignificação do cuidado em saúde mental para Agentes Comunitários

SÃO LUÍS
JULHO – 2014

JOSÉ ADAILTON ROLAND DINIZ

PROMOÇÃO DA SAÚDE: janelas de oportunidades para reflexão e ressignificação do cuidado em saúde mental para Agentes Comunitários

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientador: Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva.

SÃO LUÍS
JULHO – 2014

Diniz, José Adailton Roland

Promoção da Saúde: janelas de oportunidades para reflexão e ressignificação do cuidado em saúde mental para agentes comunitários. / José Adailton Roland Diniz. – São Luís, 2014.

145 f.: il.

Impresso por computador (fotocópia)

Orientador: Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2014.

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Programação de Saúde. 3. Saúde Mental. 4. Intervenção.

CDU: 614-057.21

PROMOÇÃO DA SAÚDE: janelas de oportunidades para reflexão e ressignificação do cuidado em saúde mental para Agentes Comunitários

José Adailton Roland Diniz

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em 18 de julho de 2014, pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

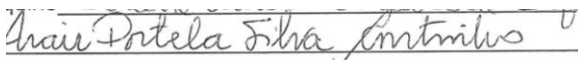


Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva

Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo

Universidade Federal do Maranhão

ORIENTADOR



Prof^a. Dra. Nair Portela Silva Coutinho

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília

Universidade Federal do Maranhão



Prof^a. Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino

Doutora em Patologia Humana pela Universidade Federal da Bahia

Universidade Federal do Maranhão

Aos meus pais Pedro Serra Diniz e Vicentina
de Jesus Roland Diniz (*in memoriam*), que
com simplicidade e lucidez, apontaram-me
caminhos e me conduziram às boas escolhas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por iluminar e guiar meus caminhos em busca do crescimento pessoal e profissional.

Ao Mestrado Profissional da Universidade Federal do Maranhão, por possibilitar o aprimoramento profissional.

Aos meus pais, Pedro Serra Diniz e Vicentina de Jesus Roland Diniz (*in memoriam*), pelo constante incentivo e investimento no meu desenvolvimento pessoal e por terem me ensinado a lutar pelos meus objetivos com dignidade.

Às Secretarias Municipais de Saúde de Raposa e São José de Ribamar, por acreditarem na minha formação e dispensar o apoio necessário a alcance desta titulação.

Às Agentes Comunitárias, pela confiança em compartilhar suas histórias de vida e pelo carinho com que receberam esta proposta.

Ao meu orientador, prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva, pela dedicação, amizade e orientação cuidadosa.

À Profª Drª Liberata Campos Coimbra, coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFMA/RENASF, pelo carinho, amizade e incentivo.

Ao corpo docente do RENASF, pela paciência e dedicação na condução da aprendizagem.

Aos professores membros da Banca Examinadora, por aceitarem o convite para avaliar e contribuir na melhoria deste trabalho de intervenção

À professora Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado pelas contribuições valiosas ainda na fase embrionária deste trabalho.

Às avós Antonia Estelita Costa Roland e Estelita Simiana Serra Diniz (*in memoriam*), pelo exemplo de dedicação com as pessoas e família, meus primeiros exemplos de cuidado.

À professora Dra. Elba Gomide Mochel, por ter me equilibrado nos primeiros passos da pesquisa científica.

À Jéssica Diniz, pelo apoio e dedicação nos momentos mais necessários.

Às minhas colegas de turma com quem compartilhei conhecimentos, sonhos e experiências, em especial a Maria dos Remédios Lira, pelo apoio solidário a realização deste trabalho.

À amiga Janete Nakatani, pelo convívio e compartilhamento de exemplo de vida pessoal e profissional.

À minha família, que acredita, incentiva e aposta no meu sucesso pessoal e profissional.

Enfim, meu muito obrigado a todos que contribuíram direta ou indiretamente para o alcance de mais esta etapa.

*“Na plenitude da felicidade cada dia é
uma vida inteira”*

Johan Goethe

DINIZ, José Adailton Roland Dinniz. **Promoção da saúde:** janelas de oportunidades para reflexão e ressignificação do cuidado em saúde mental para agentes comunitários 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família)-Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 147p.

RESUMO

As mudanças ocorridas no âmbito da saúde e de suas políticas geraram a necessidade emergente de mudanças na postura profissional e no modo de cuidar com vistas no alcance do cuidado integral. Essa demanda contida nos processos de trabalho, associada as com as dificuldades de vida dos profissionais, neste caso as Agentes Comunitárias de Saúde- ACS, geram sentimentos por vezes negativos, tornando-os cada vez mais vulneráveis às desordens Psíquicas decorrentes dessas situações. Partindo dessa realidade vivenciada pelas ACS, esta intervenção teve como objetivo possibilitar reflexões e ressignificação do cuidado em saúde Mental a essa população. A intervenção foi realizada com 13 ACS do Centro de Saúde Dr. Antonio Guanaré, uma das unidades que compõem a rede de serviço o Distrito do Coroadinho, no município de São Luís-MA. A favela do Coroadinho tem 53,9 mil moradores. Como as grandes favelas, agrega os mais diversos problemas oriundos de populações com essas características sociodemográficas, com destaque a ausência ou prejuízo no saneamento básico, presença de altos índices de criminalidade, uso de drogas e suas consequências, além do estigma social. Devido a ação do ACS ser essencialmente no território, seu trabalho se torna complexo e distante de ser alcançado plenamente, o que gera nesses riscos potenciais de conflitos pessoais e de sofrimento diário no desenvolvimento de suas atividades. A fim de minimizar esse sofrimento e propiciar prazer e enfrentamento positivo das dificuldades de vida e trabalho foram realizadas oficinas com uso de estratégias grupais, escuta e cuidado. Aproximando-os das suas histórias de vida, verificando seus sentimentos e necessidades oriundas dessas dificuldades e por fim estimulá-las para mudanças atitudinais diante dos problemas de vida e trabalho. Assim deparamo-nos com suas experiências e exposições às situações estressantes, sentimentos de prazer e sofrimento de seu dia a dia, refletiu-se sobre o cuidado em saúde mental e possibilitou-se vivências e estratégias, propiciadoras bem estar. Evidenciou-se atitudes motivadas para mudanças comportamentais e atitudinais voltadas para o cuidado de si, evidenciado nas atividades de planejamento bem como nos momentos avaliativos. Além disso, os achados apontaram para a necessidade de criação de espaços contínuos de cuidado, a fim de melhorar as condições psíquicas das ACS e consequentemente o desempenho das mesmas na vida e no trabalho.

Palavras-Chave: Agente Comunitário de Saúde. Promoção de Saúde. Saúde mental: Intervenção.

Diniz, José Adailton Roland. **Health promotion:** windows of opportunity for reflection And reframing of mental health care for community 2014. Dissertation (Professional Master in Family Health)-Federal University of Maranhão, São Luís, 147p.

ABSTRACT

The changes in health care and its policies led to the emerging need for changes in working posture and way of caring with views on the scope of comprehensive care, such demand contained in the work processes associated with the difficulties of life professionals, in this case the Community Health Agents – ACS generate negative feelings sometimes, making them increasingly vulnerable to psychic disorders resulting from these situations. Based on this reality experienced by the ACS, this intervention aims to facilitate reflection and reframing of care in mental health care for this population. The intervention was carried out with 13 ACS Health Center Dr. Antonio Guanare, one of the units that make up the network service Coroadinho District, in the municipality of São Luís- MA. The slum Coroadinh has 53,900 residents. As large slums, aggregates the various problems arising from these populations with sociodemographic characteristics, highlighting the absence or impairment in basic sanitation, presence of high crime rates, drug use and its consequences, in addition to social stigma. Because the action of ACS to be essentially the territory, their work becomes complex and far from being fully achieved, which generates these potential personal conflicts and daily suffering in developing their activities risks. Workshops with use of group strategies, listen and care were performed. Approaching them from their life stories, checking their feelings and needs arising from situations of life and work and ultimately encourages them to attitudinal changes on the problems of life and work, so we found ourselves your experiences and exposure to stressful situations, feelings of pleasure and pain of their daily lives, reflected on the mental health care and allowed up feelings of well being. Was perceived among agents motivational aspects for attitudinal and behavioral changes aimed at self care, evidenced in the planning activities as well as in the evaluation moments. Furthermore the findings point to the need for creation of continuous spaces of care in order to improve the conditions of mental ACS and consequently their performance at work

Keywords: Community Health Agent. Health Promotion. Mental Health: Intervention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Registro fotográfico do Ateliê Renascer.....	51
Figura 2	Resultados da avaliação do tempo autodedicado.....	53
Figura 3	Registro fotográfico dos trabalhos de grupo.....	63
Figura 4	Genogramas e ecomapas das ACS.....	68
Figura 5	Registro fotográfico do soninho de ouro.....	72
Figura 6	Registro fotográfico de alongamento e relaxamento.....	75

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	-	Atenção Básica
ACS	-	Agentes(s) Comunitário(s) de Saúde
CPCD	-	Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSAG	-	Centro de Saúde Dr. Antonio Guanaré
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
GM	-	Gabinete Ministerial
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
IPDH	-	Índice Potencial de Desenvolvimento Humano
MDI	-	Maneiras Diferentes Inovadoras
MS	-	Ministério da Saúde
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	-	Política Nacional de Programação da Saúde
PTA	-	Plano de Trabalho e Avaliação
QV	-	Qualidade de Vida
QVT	-	Qualidade de Vida no Trabalho
QWQL-Bref	-	Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida no Trabalho
RAS	-	Rede de Assistência a Saúde
SEMUS SL	-	Secretaria Municipal de Saúde de São Luís
TACS	-	Técnico Agente Comunitário de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	RESUMO.....	<i>viii</i>
	ABSTRACT.....	<i>ix</i>
	LISTA DE FIGURAS.....	<i>x</i>
	LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	<i>xi</i>
1	INTRODUÇÃO.....	15
2	JUSTIFICATIVA.....	19
3	OBJETIVOS.....	21
3.1	Geral.....	21
3.2	Específicos.....	21
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
4.1	A Estratégia Saúde da Família.....	22
4.2	O agente comunitário de saúde, que ator é esse?.....	23
4.3	O trabalho do agente e as repercussões em sua saúde mental.....	25
5	CAMINHO METODOLÓGICO.....	31
5.1	Tipo de Estudo.....	31
5.2	Contexto da Intervenção.....	32
5.3	Participantes da Intervenção.....	33
5.4	Etapas da Intervenção.....	33
5.4.1	Primeiro encontro (Apêndice B) – 09/06/2014-Apresentação do projeto e dos facilitadores.....	33
5.4.2	Segundo ao sexto encontro- Oficinas de Protagonismo e promoção da saúde.....	34
5.4.3	Sexto encontro – 5ª oficina – “Dia D’EU”- 23/06/2014.....	34
5.5	Estratégias de Intervenção.....	35
5.5.1	Oficinas.....	35
5.5.2	Nomeação das Oficinas.....	37
5.6	Instrumentos da Intervenção.....	37
5.6.1	Diário de Bordo (Anexo C).....	37
5.6.2	Certidão de Renascimento (Anexo E).....	38
5.6.3	Registro fotográfico.....	38
5.6.4	Relato de Experiência.....	38

5.6.5	Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida no Trabalho- QWLQ-Bref (Anexo F).....	39
5.6.6	Self Report Questionnaire – SRQ 20 - (Anexo G).....	39
5.7	Ferramentas e Técnicas Utilizadas na Intervenção.....	39
5.7.1	Crachá linha da vida. (Anexo H).....	39
5.7.2	Carta da Terrinha. (Anexo I).....	39
5.7.3	Quadro para mapeamento de Tempo Autodedicado. (Anexo J).....	40
5.7.4	Evocação.....	40
5.7.5	Painel ilustrado.....	40
5.7.6	Técnica de bricolagem.....	40
5.7.7	Projeção de vídeo.....	41
5.7.8	Varal do comportamento saudável.....	41
5.7.9	Plano Individual de Cuidados.....	42
5.7.10	Trabalho em equipe.....	42
5.7.11	Orientações sobre o Sono (Apêndice Q).....	42
5.7.12	Familiograma.....	42
5.7.13	Roteiro de levantamento de condições de risco e co-morbididades (Anexo K).....	43
5.7.14	Os dez passos da alimentação saudável.....	43
5.7.15	Atividade de dispersão.....	43
5.7.16	Alongamento e Relaxamento (Apêndice R).....	44
5.7.17	Leitura compartilhada.....	44
5.8	Questões Éticas.....	44
5.9	Avaliação da intervenção.....	44
5.10	Descrição dos dados e elaboração do relatório da intervenção.....	45
6	RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO.....	46
6.1	Promovendo aproximação com suas experiências de vida e trabalho.....	46
6.2	O lugar do trabalho entre as ACS.....	53
6.3	Conhecendo os sentimentos e necessidades decorridas do seu trabalho.....	58
6.4	Estimulando às mudanças atitudinais frente aos problemas e situações do cotidiano de vida e trabalho.....	62
6.4.1	Refletindo os conceitos de saúde mental e seus cuidados.....	65
6.4.2	Sobre o Plano Individual de Cuidados.....	71

6.4.3	O soninho de ouro.....	71
6.4.4	Sobre o relaxamento.....	74
7	A AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO NO OLHAR DAS ACS.....	76
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
	REFERÊNCIAS.....	80
	APÊNDICES.....	90
	ANEXOS.....	121

1 INTRODUÇÃO

A diversidade de mudanças ocorridas no âmbito da Saúde e de suas políticas tem gerado continuamente a necessidade emergente de mudanças de práticas e ofertas de cuidado nos serviços de atenção à saúde individual e coletiva. Volta-se para atingir o indivíduo na sua totalidade, vislumbrando ações e serviços que os alcancem com qualidade e de forma integral. (EPSJV, 2005).

A oferta de cuidado com qualidade, nesse contexto, configura-se para os profissionais em um grande desafio, pois a qualidade do cuidado esperado no âmbito de uma perspectiva de integralidade pressupõe um olhar diferenciado tanto de quem o recebe como de quem o oferta. Assim, os cuidados extrapolam os limites de simplesmente eliminar sinais e sintomas e passam a se voltar também para os demais aspectos da vida, vislumbrando a necessidade de satisfazer e viver com saúde.

As necessidades de saúde, conforme Cruz (2009), caracterizam-se não apenas pelas carências ou problemas de saúde, mas também pelos projetos que expressam “aquilo que precisa, necessariamente, ser satisfeito para que um ser continue sendo ser”, ou seja: a defesa da saúde, do ambiente, da vida e sua qualidade.

Portanto, lançam-se as sementes para implementação de um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Estas são ações apresentadas como fundamentais para um cuidar mais completo e proporcional as necessidades dos indivíduos e população, afirma Cruz (2009).

O olhar sobre o cuidado passa a exigir uma ação de aproximação que requer antes de tudo um encontro, que possibilite vínculo a partir da escuta do sujeito na sua singularidade, um cuidado pensado e executado com a atenção voltada para as relações dos indivíduos consigo mesmos e com os espaços de suas vivências, um cuidado que busca a essência do ser, valoriza o outro como único, considerando as suas características subjetivas, suas possibilidades e limitações, sua autonomia, suas formas de ser, fazer, pertencer e se vincular ao mundo e a vida. (BRASIL, 2013).

Diante de tal realidade os profissionais de saúde, oficialmente cuidadores, são colocados diante de uma grande e desafiadora necessidade de mudar suas práticas intervencionistas, pois o antes espaço de cuidado instituído e organizado deixou de existir só; para coexistir com o

território-espaço de vida, com diferentes dispositivos, vivências e interpretações. Um espaço tribal onde as vidas emergem e marcam individualmente ou em grupo, produções de saúde e doença de exigências múltiplas. (BACHILLI, SCAVASSA, SPIRI, 2008).

O território com todas suas peculiaridades é considerado o lócus de atuação da Estratégia de Saúde da Família–ESF, ferramenta de execução da Atenção Básica (AB). Segundo Brasil (2011), suas ações devem ser desenvolvidas com o mais alto grau de descentralização capilaridade, próxima da vida das pessoas; deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde; orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da co-responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Como tradutora da Atenção Básica, deve considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

A ESF desenvolve suas ações por meio de uma equipe multiprofissional composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e até doze agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2011). Por ser uma proposta inovadora vivencia ainda inúmeras dificuldades de execução. A sua grande maioria relacionada às demandas da gestão e inovações do processo de trabalho que se fundamenta na interdisciplinaridade, centrado no indivíduo inserido no contexto social e comunitário, buscando resolubilidade, amplia a clínica, gerencia o cuidado, co-responsabiliza os indivíduos e, obrigatoriamente, cuida olhando para a vida.

Envolvido nesse contexto, também enfrentado essas exigências, encontra-se o profissional de saúde, que exerce o papel de vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde o agente comunitário um indivíduo, nativo do seu lugar de trabalho que vivencia todas as situações problemas e de vida de sua comunidade, muitas vezes nasceu e cresceu com os demais moradores e que por isso comunga com eles os anseios de melhoria ao seu espaço comunitário. (BACHILLI, SCAVASSA, SPIRI, 2008).

Um profissional que cumpre um rol de atribuições e rotineiramente também é convocado a cumprir as complexas exigências de utilizar ferramentas de trabalho as quais não recebeu preparo técnico. Essas exigências ligadas a sua vida e ao processo de trabalho o expõem e o tornam mais vulnerável a problemas de saúde mental, que deverão ser vistos de forma cuidadosa por ele mesmo e por sua equipe.

O cuidado em saúde mental visa estabilidade psíquica evidenciadas em atitudes positivas em relação a si próprio; crescimento, desenvolvimento e auto-realização; integração e resposta emocional; autonomia e autodeterminação; percepção apurada da realidade domínio ambiental e competência social, itens identificados como critérios de saúde mental. (BRÊDA, 2004).

Para Dejours (2004, p.28),

[...] o trabalho do ponto de vista clínico, é aquilo que implica, do ponto de vista humano, em gestos, saber fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de interpretar e de reagir às situações às situações; é o poder de sentir, pensar e inventar, não é a primeira instância a relação emprego ou salários, é o trabalhar, isto é um certo modo de engajamento da personalidade para responder uma tarefa delimitada por pressões (materiais e sociais). Por isto sua ligação direta com a vida e sua estabilidade psíquica.

Nunes et al. (2002) e Bachilli, Scavassa e Spiri (2008), discutindo a construção da identidade dos ACS, revelaram a importância dos valores e conhecimentos arraigados à cultura destes, porém, destacam que, há a necessidade de desenvolvimento de conhecimento científico nas suas práticas diárias. Afirmam ainda que a dicotomia entre o saber científico e o saber popular, geram conflitos e contradições para esses profissionais, pois se tornam representantes do SUS, constituindo uma nova identidade profissional, o que para muitos também é fator de risco e vulnerabilidade em sua condição pessoal.

Essa vulnerabilidade foi percebida por mim enquanto enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família, facilitador do curso de formação de Técnico Agente Comunitário de Saúde-TACS e em outros cursos de educação permanente, durante os processos de implantação de Centros de Atenção Psicossocial-CAPS. Na prática docente e até mesmo nos hospitais de urgência e emergência, em todos esses momentos se tornou evidente o quanto os ACS vivenciavam situações de ansiedade, medo e inquietudes ligados ao cotidiano do seu trabalho.

Esses sentimentos eram expressos por meio de relatos de solidão, abandono e falta de apoio, por vezes com a sensação de desvalorização pessoal na equipe e desrespeito pelo seu processo de trabalho. Existiam ainda situações ligadas à gestão, como, por exemplo, falta de infraestrutura, de recursos humanos, materiais e equipamentos, falta de organização, definição de diretrizes, metas e indicadores, além de condições honestas e dignas de trabalho.

Diante de tais vivências foram muitos os questionamentos que surgiram, a saber: quais aspectos estão presentes na prática desses profissionais que originam neles esses sentimentos?

Como estes percebem isto na sua prática? O que poderia ser proposto no trabalho desses para minimizar esta situação? Estas questões conduziram-me para execução desta intervenção que se volta para melhorias das relações de vida e trabalho uma intervenção que busca a condução desse profissional ao equilíbrio e a promoção de sua saúde mental, produzida por meio do compartilhamentos de saberes e reflexões produtoras de comportamentos adequados e escolhas conscientes diante das situações de vida e trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

Devido às situações referidas, surgiu o meu interesse pessoal e profissional para realização deste trabalho. Minha aproximação com os agentes comunitários de Saúde foi como enfermeiro instrutor da equipe de saúde da família no município de Raposa-MA; nesse mesmo lugar pude propiciar momentos de treinamentos não só para os ACS da minha equipe, mas para todos os agentes do município dentro de uma proposta de educação permanente.

Também lá colaborei enquanto facilitador no curso de formação de TACS, passei por muitos momentos dinâmicos com os ACS, onde aprofundei o meu olhar crítico as suas práticas, vi uma vontade grandiosa de envolvimento na realização de suas atividades.

Refleti sobre estas questões, desconstruindo preconceitos relacionadas ao processo de trabalho desses sujeitos, isto é, ***‘eles não fazem o seu trabalho, não visitam, tudo que é solicitado eles não dão respostas, demonstram-se com poucos resultados’***. Construí um novo olhar que me levava a pensar que na verdade eles muitas vezes deixavam de realizar suas atividades, da melhor forma por diversos fatores advindos da equipe ou gestão que determinavam ou condicionavam suas ações.

No período em que houve o início da expansão dos Serviços substitutivos na Saúde mental na década de 2000, fiz parte da equipe de implantação de dois CAPS I, nos municípios de Alcântara e Raposa. Dentre outras atividades que precederam a implantação (sensibilização do prefeito, reuniões técnicas com as equipes ESF e visitas comunitárias), incluímos as reuniões com os ACS, para orientação e solicitação de contribuições com objetivo de iniciar um processo de inclusão e aprimoramento de ações de Saúde mental na Atenção Básica; evidenciei junto à equipe a baixa compreensão sobre essas ações, iniciando-se na detecção das pessoas para atendimento no CAPS, por outro lado, nas reuniões eles já solicitavam propostas que pudessem minimizar seu sofrimento e cuidado frente ao trabalho.

O incômodo foi crescendo, as questões aumentavam, a partir de então surgiu a oportunidade de, no curso de Especialização em Saúde da Família, conhecer um pouco mais sobre o trabalho desses agentes; deparei-me com questões-chave que me nortearam e me impulsionaram aos estudos com um olhar voltado para o ACS, pensando neste como o elemento importante na constituição da equipe e execução qualificada do trabalho.

Nessa especialização busquei, no trabalho de conclusão de curso, identificar as concepções do ACS sobre a saúde mental. Já no curso de especialização em Saúde Mental,

baseado na experiência anterior, foi proposta uma Capacitação em saúde mental para os ACS com base na metodologia problematizadora.

Ao realizar o Mestrado Profissional em Saúde da Família, surgiu a oportunidade de trabalhar com esses atores, na perspectiva de melhorar a sua vida e seu trabalho na ESF, possibilitando promoção da saúde e ressignificação do cuidado em saúde mental.

Por outro lado, essa possibilidade de exercer o papel condutor de um processo de ensino aprendizagem e cuidado trouxe a oportunidade de cooperar para consolidação do cuidado integral e compreensão da saúde mental como eixo que necessita estar saudável no sentido de promover a sua saúde nos demais aspectos de sua vida, inclusive fornecendo subsídios para além de cuidar de sua saúde poder cuidar melhor da sua comunidade.

Diante dos fatos relatados e somando a minha inserção no cuidado em saúde mental, senti-me intimado a oportunizar momentos para ressignificação e fortalecimento destes ACS, refletindo conceitos, promovendo saúde e reestabelecendo novas direções para sua vida.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Oportunizar a reflexão e ressignificação do cuidado em saúde mental para as agentes comunitárias de saúde.

3.2 Específicos

- a) Promover a aproximação com suas experiências de vida e trabalho;
- b) Levantar junto ao ACS sentimentos e necessidades decorridas do seu trabalho;
- c) Estimular mudanças atitudinais frente aos problemas e situações do cotidiano de vida e trabalho.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A Estratégia Saúde da Família

A AB se destaca pela sua importância no processo de reorganização dos sistemas municipais de saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar.

Andrade et al. (2006) referem que a atenção primária à saúde engloba responsabilidades e tarefas, tais como a saúde materno-infantil, o planejamento familiar, as imunizações, a educação preventiva, a implementação de tratamentos para as doenças mais prevalentes e o manejo de condições clínicas diversas, incluindo o encaminhamento para especialistas de casos não passíveis de assistências integral com os recursos da atenção primária ou de casos relacionados a problemas incomuns que necessitem de pareceres especializados.

Caracteriza-se, portanto, como local de identificação de necessidades e de entrada no sistema de saúde, com atenção centrada na pessoa e sustentada ao longo do tempo. Por isso, organiza e racionaliza o uso de recursos. Utiliza uma abordagem preventiva, integrada com outros níveis de atenção. Requer recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados, sendo organizada em coordenação com a comunidade e vinculada aos demais níveis da rede sanitária. (ANDRADE et al., 2006).

A ESF representa a atual Política Nacional de Atenção Primária à Saúde no Brasil e tem como objetivo primordial universalizar o acesso da população brasileira à assistência à saúde. Além disso, visa consolidar o processo de descentralização da gestão da atenção primária à saúde aos municípios brasileiros. (ANDRADE et al., 2006).

A ESF é uma das táticas de consolidação do SUS, que reorienta o modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. É fundamentada nos eixos transversais da integralidade, universalidade e equidade. A ESF trabalha intervindo nos problemas e enfocando as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Por ser uma proposta inovadora, tem enfrentado inúmeros desafios; dentre eles está à inclusão da atenção à saúde mental na comunidade. (BRASIL, 2011).

A implantação da ESF tem repercutido na assistência domiciliar, que passou de uma assistência pontual com conotações exclusivamente sanitárias, a ser parte de um processo de atenção continuado, integral e multidisciplinar, no qual se realizam ações sanitárias,

assistenciais de promoção e prevenção aderindo à vigilância à saúde. Sendo assim, a Vigilância apresenta-se como uma área estratégica do Sistema Único de Saúde (SUS), havendo uma maior eficiência em suas ações, levaria à redução da incidência e letalidade de diversas doenças reconhecidas como prioridades sanitárias. Portanto, a “vigilância em saúde é uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde”. (MENDES, 2001).

Segundo Ribeiro (2009), é fundamental e necessário proporcionar assistência e Vigilância a saúde no domicílio, dentro dos princípios do SUS, aos usuários do Serviço de Saúde por meio da ESF, através do atendimento, do acompanhamento domiciliar e da visita domiciliar, como instrumento capaz de possibilitar um assistir/intervir integral, planejado a partir da realidade do indivíduo/família.

Os objetivos da implantação do modelo de saúde da família, como estratégia para reorientação do modelo assistencial, são: prestar assistência integral e contínua, resolubilidade, boa qualidade as necessidades de saúde da população adscrita, intervir sobre os fatores de risco que a população está exposta; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população, proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida e estimular a organização a comunidade para o efetivo exercício do controle social. (COSTA; CARBONE 2004).

Destaca-se que, a respeito da integralidade e hierarquização, a unidade saúde da família está no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, a AB. É imperioso ressaltar a necessidade da rede de serviços estar vinculada, a fim de que seja garantida a integral atenção aos componentes da família.

4.2 O agente comunitário de saúde, que ator é esse?

A profissão do ACS foi criada pela Lei nº 10.507, de julho de 2002 (Anexo A), e suas diretrizes de trabalho foram fixadas pelo Decreto nº 3189/99. Seu exercício dá-se exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e sob supervisão do gestor local de saúde. (BRASIL, 2011).

Tem como principal função a de ser um elo entre a comunidade e a Equipe de Saúde da família, sob sua responsabilidade. E, mesmo sem saber técnico ou acadêmico, permeia em todas as atividades da AB; por isso, deve conhecer e buscar o conhecimento das necessidades de sua comunidade valorizando a cultura, e demais características da comunidade onde trabalha.

Para o desempenho de suas competências deve comportar-se diante das situações com iniciativa, responsabilidade, autonomia, inteligência prática, coordenação com outros atores e de acordo com as situações e acontecimentos próprios de um campo profissional evitando resultados inesperados. (BRASIL, 2003).

O ACS integra as equipes da ESF de Saúde da Família, realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde, nos domicílios e coletividades, em conformidade com as diretrizes do SUS, e estende o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania. (BRASIL, 2011).

O exercício de suas atividades possibilitará uma proposição qualitativa de suas ações, evidenciando-se um perfil profissional que concentra atividades na promoção de saúde, seja pela prevenção de doenças, seja pela mobilização de recursos e práticas sociais de promoção da vida e cidadania ou mesmo pela orientação de indivíduos, grupos e populações com características de educação popular em saúde, acompanhamento de famílias e apoio socioeducativo. (BRASIL, 2004).

Segundo Portaria do Ministério da Saúde, nº 2488 de outubro de 2011, as atribuições do Agente Comunitário de Saúde são:

- I–trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- II–cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- III–orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV–realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V–acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;
- VI–desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- VII–desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco e;
- VIII–estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas,

visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe. É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima (BRASIL, 2011).

Todas as suas competências se expressam na capacidade de crítica, reflexão e mudança ativa de si mesmo e de suas práticas, destacando-se algumas, segundo Brasil (2003): interagir com os indivíduos e seu grupo social, com coletividades e a população; respeitar valores, culturas e individualidades ao pensar e propor as práticas profissionais; buscar alternativas frente a situações adversas, com postura ativa; recorrer à equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados; levar em conta pertinências, oportunidade e precisão das ações e procedimentos que realiza, medindo-se pelos indivíduos, grupos e populações a que refere sua prática profissional; colocar-se em equipe de trabalho em prol da organização e eficácia das práticas de saúde e pensar criticamente seus direitos e deveres como trabalhador.

Com base nas atribuições e competências, percebe-se a relevância que tem a qualificação técnica desses atores, pois suas ações têm grande potencial de formação de opinião e influência comunitária nos territórios assistidos. É necessária a instrumentalização desses profissionais, possibilitando reflexões que viabilizem novas posturas pessoais para a vida e trabalho e, por conseguinte, extravasem positivamente para a comunidade.

No que se refere às ações de saúde mental, espera-se que minimizem ou evitem o sofrimento psíquico destes trabalhadores, em virtude da dinâmica do seu trabalho, e da influência que esta tem nos demais aspectos da sua vida, pois da saúde mental estável brotam todos os comportamentos e atitudes mais acertados e ou adequados traduzidos em sentimento de bem-estar e felicidade elementos fundamentais para viver a saúde de forma integral.

4.3 O trabalho do agente e as repercussões em sua saúde mental

Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De modo geral, porém,

concorda-se quanto ao fato de que saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais. (OMS, 2001).

É importante compreender a saúde mental e, de modo mais geral, o funcionamento mental, porque vem daí a base sobre a qual se formará uma compreensão mais completa do desenvolvimento dos transtornos mentais e comportamentais. (SAÚDE, 2002).

Saúde Mental é o equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas. É a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações sem, contudo, perder o valor do real e do precioso. É ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações sem perder a noção de tempo e espaço. É buscar viver a vida na sua plenitude máxima, respeitando o legal e o outro. Saúde Mental é estar de bem consigo e com os outros. Aceitar as exigências da vida. Saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis: alegria/tristeza; coragem/medo; amor/ódio; serenidade/raiva; ciúmes; culpa; frustrações. Reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário. (AMARAL, 2005)

É relevante nesse conceito de saúde mental, pois pressupõe-se que uma mente saudável determinará melhores escolhas na vida, atitudes e comportamentos mais saudáveis, mais esclarecidos, ou seja: trará ao indivíduo melhor exercício do seu protagonismo. Essa concepção encontra intersecção com Ranrakha et al. (2000, p.263), afirmam que

[...] o comportamento saudável de cada indivíduo depende muito de sua saúde mental Assim, por exemplo, as doenças mentais e o estresse psicológico afetam o comportamento saudável. Estudos mostram que os jovens com transtornos psiquiátricos, como a depressão e a dependência de substâncias, por exemplo, têm mais probabilidades de praticar formas de comportamento sexual de alto risco, em comparação com os que não têm transtornos psiquiátricos. Isso os coloca em risco de uma série de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive AIDS.

Ainda para Ranrakha et al. (2000), o comportamento saudável, devido ao papel que ele desempenha na determinação do estado geral de saúde, tem sido visto como preponderante no surgimento de situações de morbidade, como por exemplo para doenças não transmissíveis, doenças cardiovasculares e o câncer, cobram um enorme tributo em saúde e vidas em todo o mundo. Muitas delas vinculam-se estreitamente a formas pouco saudáveis de comportamento, como o uso de álcool e tabaco, regime alimentar deficiente e vida sedentária.

Outro aspecto de vida que tem estreita relação com a saúde mental é o trabalho, pois ele constrói subjetividade e não poderá ser considerado neutro em relação ao sujeito e às demais dimensões da vida do trabalhador. Ao contrário, a relação entre o indivíduo e a organização do

trabalho é tópico central na construção da identidade e da subjetividade do trabalhador. Atualmente em decorrência do número elevado de doenças mentais relacionados ao trabalho, é crescente a busca pelo entendimento da relação entre o trabalho e a saúde/doença. (CREMONESE; MOTTA; TRAESEL, 2013).

A influência das características atuais do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores pode decorrer de inúmeros fatores e situações, entre os quais, a exposição a agentes tóxicos, a altos níveis de ruído, a situações de risco à integridade física, como, por exemplo, trabalho com compostos explosivos ou sujeitos a assaltos e sequestros, a formas de organização do trabalho e políticas de gerenciamento que desconsideram os limites físicos e psíquicos do trabalhador, impondo-lhe frequentemente a anulação de sua subjetividade para que a produção não seja prejudicada e as metas estabelecidas sejam cumpridas. (LIMA; SILVA; BOUSSO, 2010).

Várias disciplinas tem se voltado para estudar as variáveis dessa relação homem trabalho, por evidenciar a importância destas no processo saúde doença e por reconhecer que elas podem potencializar o surgimento de alterações mentais no trabalhador como por exemplo a insônia, fadiga, ansiedade e as alterações afetivas, consequentes dos aspectos negativos vivenciados nos processos de trabalho.

Como fruto dessas percepções, historicamente, diferentes disciplinas vêm estudando aspectos da saúde mental que podem estar relacionados ao trabalho, tais como a fadiga, o estresse, o embotamento afetivo, os transtornos mentais relacionados ao trabalho em sua maioria mediados pela dominação, pela alienação e muitas vezes pela exposição à violência nos ambientes de trabalho. Atualmente, é possível identificar o predomínio de estudos que se fundamentam em, basicamente, três correntes de pensamento, a saber: 1. Aquela que tem suas raízes na teoria do estresse; 2. Outra voltada para a utilização do referencial psicanalítico e; 3. Aquela que se fundamenta no Materialismo histórico e adota o conceito de desgaste. (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Os modelos com origem na *teoria do estresse* têm o referencial básico vinculado à Fisiologia, estando coerentes com a perspectiva positivista dominante nos estudos da Medicina e com a visão behaviorista. (GLINA, 2010). As correntes que se referenciam na Psicanálise concentram-se nos processos subjetivos ou intrapsíquicos, mas também examinam “os intersubjetivos e, por conseguinte, as relações interpessoais”. (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Essa perspectiva tem sido bastante utilizada em estudos realizados no Brasil, especialmente com a abordagem da *Psicodinâmico Trabalho*, desenvolvida a partir do

pensamento de Christophe Dejours (DEJOURS et. al.1993; DEJOURS, 2008), que avança para o estudo de fenômenos de caráter coletivo que têm lugar nos locais de trabalho. A terceira corrente toma como fundamento teórico o materialismo dialético e a perspectiva histórica. Um modelo associado a essa corrente, que vem sendo adotado no Brasil, é o do *desgaste mental* (SELIGMANN-SILVA, 1994; PAPARELLI, 2009), que tem como base as noções de desgaste cargas de trabalho desenvolvidas por Laurell (1986) e Laurell e Noriega (1989).

Essa concepção está vinculada à ideia de consumo do substrato e das energias vitais do trabalhador pelos processos de trabalho. Outra abordagem que tem vínculos importantes com materialismo histórico é a da *Clínica da Atividade*, desenvolvida, especialmente, por Yves Clot. “Estudos com essa perspectiva têm crescido consideravelmente no Brasil. Clot Propõe analisar os impedimentos à mobilização psíquica, que têm como consequência a desvitalização e a submissão passiva dos trabalhadores”. (CLOT, 2006).

No que se refere às estatísticas tem-se percebido no âmbito da saúde do trabalhador um aumento significativo dos benefícios acidentários, por exemplo, na década de 2000, mais precisamente do ano de 2006 a 2007 houve um aumento de 157%, quando foi introduzido o critério epidemiológico para estabelecimento de nexo causal entre um agravamento à Saúde e o trabalho. (BRASIL, 2006; 2007).

Quanto aos agravos psíquicos decorrentes do trabalho, mesmo com a resistência cultural e institucional do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), foi evidenciado um crescimento substancial desses agravos na instituição, 612 em 2006, 7690 em 2007, 12818 (em 2008) e 12882 em 2009 segundo dados do Ministério da Previdência Social em 2010.

Esses transtornos têm o seu agravamento das condições evidenciados no contexto do uso das drogas, nos acidentes de trabalho, no aumento da incapacidade no trabalho gerando afastamento por tempo prolongado e exclusão do mercado de trabalho, resultando em grandes custos ao Estado e à sociedade. (LANCMAN et. al., 2010).

Há de se considerar que o trabalho tem fortes influências na saúde do trabalhador e, olhando-se para necessidade de manutenção da saúde, mesmo que as exposições constantes às situações problemas – determinantes do processo saúde-doença – emerge a necessidade de buscar a manutenção da saúde do trabalhador com vista na qualidade de vida e trabalho, o que se coaduna com a Política de Saúde do Trabalhador e Política Nacional de Educação Permanente que com seus princípios mostram-se complementares nesse processo.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas. (BRASIL, 2012).

A Educação Permanente é um processo amplo que envolve aspectos do desenvolvimento integral do ser humano não se limitando a treinamento formal. Entendida assim deve ser uma busca principalmente da própria pessoa, cuja motivação propicia o uso das experiências vividas no trabalho, na família, na sociedade, para educar ininterruptamente, esta educação, além da aquisição de conhecimentos proporciona a aquisição de uma visão crítica dos problemas vivenciados, responsabilidade social, e motivação para continuar aprender. É um compromisso com a busca da transformação, por meio da relação humanizada e estímulo à autonomia. (PAULINO, 2012).

Alguns autores apontam Jardim e Lancman, (2009) Wai e Carvalho, (2009), Bachilli, Scavassa e Spiri, (2008), que, no cotidiano, encontramos diversas dificuldades decorrentes da própria organização do trabalho; dentre elas, podemos citar, em especial: a sobrecarga de trabalho, a falta de retaguarda institucional para as ações desenvolvidas junto à população e o desgaste emocional gerado pelo intenso envolvimento com as pessoas e famílias. As próprias características da prática do ACS favorecem e intensificam tal envolvimento. Os limites entre vida pública (trabalho) e vida privada ficam *borrados*, considerando-se que o ACS trabalha na unidade de saúde e é morador da comunidade em questão, adentrando o ambiente doméstico das pessoas.

Para Reis (2005) o mal-estar sentido pelos ACS em relação à equipe tem como fonte a falta de reconhecimento pelo trabalho que desempenham com dedicação e esforço, o que afeta diretamente a sua saúde. Para a autora não é o trabalho em si que gera sofrimento, mas sim o meio /condições em que esse trabalho se dá.

Há um anseio dos agentes de saúde pelo reconhecimento de sua identidade profissional, o que, se fosse atendido, contribuiria, certamente, para a diminuição da instabilidade da classe na Saúde da Família. (NASCIMENTO, 2005).

Com fundamento nessa realidade, a necessidade de criar espaços de diálogo, orientação e cuidado, bem como, pesquisas que tratam sobre o processo de formação de ACS e mostram como é fundamental, apresentar modelos educativos que levem a reflexão e a participação, servindo de estímulo para o seu uso junto à comunidade. (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007).

Segundo Lunardi et al. (2004), o cuidado dos elementos da equipe, como sujeitos que necessitam também ser cuidados, aumentará a motivação para cuidar e a qualidade do cuidado oferecido. É necessário propiciar espaço de reflexão para os ACS, de modo a destituir o trabalho realizado por eles, suas dificuldades e potencialidades. Buscar, com isso, promover um espaço de interação reflexão e elaboração de conteúdos intra e intersubjetivos mobilizados pelo contato com emendas do território e pelo contexto institucional.

Neves (2002, p 134) afirma:

[...] quem cuida de modo adequado de si mesmo, encontra-se em condições de relacionar-se, de conduzir-se adequadamente na relação com os demais... O cuidado de si constitui-se em parar, dirigir o olhar para nossa vida. Cada ser humano que é um corpo precisa encontrar as suas estratégias de cuidado de si, uma vez que “é a pessoa que atribui significados e valores, a partir dos quais desempenha o autocuidado, ou seja, a pessoa assume seu próprio poder no cuidado de si e busca alternativas para manter-se saudável”.

Para Oliveira e Leme (2009), é necessária a construção da instituição de cuidado, com a proposta de investigação sobre concepções, significados subjetivos e necessidades dos profissionais em relação às suas práticas. A criação de um “espaço de cuidado” para esses profissionais teria o objetivo de proporcionar vivências e reflexões sobre o cuidado de si mesmos, e dessa forma, aprender e implementar no outro e com o outro o melhor cuidado.

Corroborar com a ideia da criação de espaços de reflexão os pressupostos da Educação permanente, conforme afirmam Almeida e Ferraz (2008) “[...] a Educação Permanente só poderá acontecer em espaços de aprendizagem significativa, que permitam a construção e reconstrução de sentidos relacionados às práticas profissionais”.

5 CAMINHO METODOLÓGICO

Este caminho foi compartilhado com outra pesquisadora, cujo tipo de estudo, contexto e sujeitos, foram os mesmos desta intervenção, sendo os objetivos dos estudos complementares. Sua pesquisa foi intitulada Primeiro Eu: empoderamento de agentes comunitários para a promoção da saúde.

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de intervenção. Este tipo de estudo fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Tem como base a ideia de uma relação dialética entre pesquisa e ação, supondo ainda que a pesquisa deve ter como função a transformação da Realidade. (THIOLENT, 2011).

A pesquisa-ação segundo ele, “é um tipo de pesquisa” social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. “O projeto de intervenção é fruto da percepção e identificação de um problema, iniciando-se, desse modo, o próprio processo de intervenção por meio dessa sensibilidade para observar e detectar um problema sentido e/ou vivenciado”. (UNB, 2006).

A intervenção em si implica em ação sobre algo que nos desafia, é atuar com a intenção de mudança e ou transformação. “Os projetos de intervenção nascem do desejo de mudança, ou seja, são as pontes entre o desejo e a realidade. Partem de um diagnóstico sobre determinada problemática e buscam contribuir, em alguma medida, para a mudança dessa realidade”. (UNB, 2006).

O homem, segundo Freire (1996), inserido no mundo da História, da Cultura e da Política, constata não para se adaptar, mas para mudar. Há na intervenção uma conotação de urgência, determinada pelo desejo de transformação que se espera obter como resultado, contudo, um projeto de intervenção não supõe uma ação isolada, tampouco precipitada.

Concebo a intervenção numa perspectiva freireana, acreditando que meu papel no mundo não deve ser o de quem simplesmente observa e preocupa-se, mas, sim, o de alguém que

inconformado ou inquietado, ocupa-se e age tentando mudar.

5.2 Contexto da Intervenção

O trabalho foi realizado no município de São Luís- MA, mais precisamente no Distrito do Coroadinho. Esse Distrito Sanitário é formado geograficamente por quatro bairros com alta densidade populacional: Coroadinho, Fátima, João Paulo e Sacavém, sendo que estes Bairros se desdobram em várias outras localidades: Areinha, Coroadó, Jordoa, Bom Jesus, Parque Timbira, Pindorama, Cerâmica, Sítio Leal e outros.

Segundo levantamento realizado pela vigilância epidemiológica do município de São Luís, no ano de 2014, o Distrito sanitário do Coroadinho é constituído por uma população de aproximadamente 134.000 habitantes e o bairro, conforme IBGE (2010), possui uma população de aproximadamente 53.945 pessoas, ocupando a 4ª posição no ranking nacional dos chamados aglomerados subnormais.

O Bairro do Coroadinho é realmente um bairro de baixo investimento em Infra estrutura em todos os âmbitos. Pode- se dizer que é um bairro de pobres, e foi classificado pelo censo 2010, como o quarto maior aglomerado subnormal do Brasil em termos quantitativos. (PETRUS, 2013)

Aglomerados subnormais é uma classificação utilizada pelo IBGE e designa locais constituídos de pelo menos 51 unidades habitacionais carentes em sua maioria de serviços Públicos essenciais, com situação de propriedade recentemente legalizada ou irregular.

As ocupações da área onde hoje é o Coroadinho começaram por volta do ano de 1976, consequências das transformações na economia do estado e da cidade citadas anteriormente. O solo da área tratava-se de um terreno pantanoso, encharcado, sobre leito e margens do rio das Bicas, com uma mata secundária; um pouco mais na periferia da área possuía algumas barreiras de barro vermelho de onde os ocupantes retiraram material de aterro. (COSTA, 2009).

Nascido sob o estigma da marginalidade pela ocupação e apropriação de terras de forma indevida, por pessoas que, por diferentes motivos, não encontraram um lugar na urbanidade já estabelecida, Coroadinho é conhecido como “lugar perigoso”, associado a rota do tráfico de drogas e alta criminalidade.

Quando se faz uma pesquisa de imagens no Google com a palavra “Coroadinho” ou “Bairro do Coroadinho”, logo se vê imagens de homens mortos, homens presos, revólveres entre outras que fazem referência direta à violência. Apesar de aleatória, o resultado das buscas de imagens apenas refletem a realidade do Coroadinho. A maior favela das regiões Norte e Nordeste e a quarta maior do país disputa o título de região mais violenta da capital do Maranhão, São Luís. (LIMA, 2011).

Apesar da violência e pobreza, ou talvez, por todas as dificuldades, os moradores do Coroadinho, segundo Lima (2011), também são conhecidos por ser mais combativos. Não raro, mobilizam-se e interditam a avenida dos Africanos como forma de protesto por melhorias na infraestrutura urbana do bairro. Dessa forma, conquistaram várias melhorias como: ruas asfaltadas e uma obra de drenagem profunda na região.

5.3 Participantes da Intervenção

Esta intervenção foi realizada com os ACS das equipes de nº06 e nº17 da ESF, lotadas no CSAG – bairro do Coroadinho, Distrito Sanitário Coroadinho, Município de São Luís-MA.

Constam do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES 2014 dezessete ACS integrando essas equipes.

Foram participantes desta intervenção 13 ACS das equipes supracitadas, que aceitaram o convite para participar deste estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice A).

5.4 Etapas da Intervenção

Foram elaborados seis encontros.

5.4.1 Primeiro encontro (Apêndice B) – 09/06/2014-Apresentação do projeto e dos facilitadores.

Foi realizada uma reunião de apresentação do Projeto e seus facilitadores, para a qual foram convidados, os Agentes Comunitários de Saúde suas respectivas equipes da ESF alvo

desta intervenção, os diretores do CSAG, o Coordenador geral da ESF e o Coordenador de área do Distrito Coroadinho.

Os convites (Apêndice C) foram impressos, entregues no CSAG e reforçados via telefone.

Após a apresentação e esclarecimentos, foi realizado o convite aos ACS, à Participação no projeto com a assinatura do TCLE e o agendamento de datas e turnos para os encontros subsequentes.

5.4.2 Segundo ao sexto encontro- Oficinas de Protagonismo e promoção da saúde

Foram realizadas cinco oficinas de trabalho (Apêndices D a H) norteadas por suas respectivas programações (Apêndices I a N).

Periodicidade: duas vezes na semana (12 e 16/06 das 08 às 12horas e 14 às 18 horas)

- a) Carga horária presencial: 4h;
- b) Carga horária em dispersão: 20h;
- c) Carga horária total: 40h.

5.4.3 Sexto encontro – 5ª oficina – “Dia D’EU”- 23/06/2014

Esta oficina encerrou a intervenção. Foi construída para que pudesse, a partir do relato da experiência de protagonismo, estimular a reflexão crítica, fornecendo subsídios para o reconhecimento das possibilidades de mudança de protagonismo. Enfatiza a diversidade das tecnologias disponibilizadas na cultura popular, acessíveis e de baixíssimo custo. Propõe ainda uma avaliação da intervenção atribuindo ao participante co-responsabilidade com os resultados obtidos.

5.5 Estratégias de Intervenção

5.5.1 Oficinas

Segundo Vaisberg (2004), oficinas são “dispositivos profícuos para o desenvolvimento compartilhado de um ofício que faz sentido para os participantes e que lhes possibilita protagonizar a análise do contexto de que fazem parte”. “Oficina tem sido bastante utilizada como referência ao trabalho com grupos, ganhando sentidos e usos diversos nos diferentes contextos em que são utilizadas. (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Entendemos que este método atende ao objetivo de instituir instâncias de construção socializada de conhecimentos, socialização de saberes, estimulando reflexão, exercitando escuta participando de debates sobre conceitos científicos e as experiências de vida e trabalho.

Para Paviani e Fontana (2009),

[...] uma oficina é, pois, uma oportunidade de vivenciar situações concretas e significativas, baseada no tripé: sentir-pensar-agir, com objetivos pedagógicos. Nesse sentido, a metodologia da oficina muda o foco tradicional d aprendizagem (cognição), passando a incorporar a ação e a reflexão. Em outras palavras numa oficina ocorrem apropriação, construção e produção de conhecimentos teóricos e práticos, de forma ativa e reflexiva.

Oficinas também possibilitam experimentação de vivências práticas de forma lúdica, facilitando a interação e aproximação entre sujeitos e conhecimentos, valorizando as diversidades dos diferentes sujeitos.

A forte presença da técnica e da experimentação na produção do conhecimento científico provavelmente marca, por um processo de transferência imediata, o ensino escolar das ciências. As atividades práticas em ciências são utilizadas com várias finalidades, entre elas a de trazer o “concreto” para a sala de aula, a de ilustrar a matéria e a de tornar as aulas mais dinâmicas e interessantes aos alunos, sem maior destaque para a precisão nas medidas e para o controle rigoroso de variáveis, próprios da experimentação. (SILVA; MENEZES, 2008).

Oficinas ainda se prestam a um encadeamento com intercalação de momentos presenciais e em dispersão, orientadas por uma programação sem, contudo, romper a linha de produção do conhecimento.

A oficina, como qualquer ação pedagógica, pressupõe planejamento, mas é na execução que ela assume características diferenciadas das abordagens centradas no professor e no conhecimento racional apenas. O planejamento prévio caracteriza-se por ser flexível, ajustando-se às situações-problema apresentadas pelos participantes, a partir de seus contextos reais de trabalho. A partir de uma negociação que perpassa todos os encontros previstos para a oficina, são propostas tarefas para a resolução de problemas ou dificuldades existentes, incluindo o planejamento de projetos de trabalho, a produção de materiais didáticos, a execução de materiais em sala de aula e a apresentação do produto final dos projetos, seguida de reflexão crítica e avaliação. As técnicas e os procedimentos são bastante variados, incluindo trabalhos em duplas e em grupo para promover a interação entre os participantes, sempre com foco em atividades práticas. (PAVIANI; FONNTANA, 2009).

Foram construídas cinco oficinas para atender aos objetivos propostos. Elaboradas em forma de Plano de Trabalho e Avaliação-PTA (Anexo B), uma metodologia validada pelo Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento – CPCD,

[...] o PTA é um modelo mental que simplifica, ao máximo, a forma de pensar e agir: Um objetivo único implica em dimensões importantes, em atividades a realizar, em indicadores de processo, que devem ser executados por responsáveis, num tempo determinado. (DEFINIÇÃO, 2011.vídeo).

Na Metodologia PTA, enuncia-se um único objetivo- propósito, que será orientador da ação; enuncia-se o objeto-substantivo expresso em forma de resultado alcançado; determinam-se dimensões do objeto que melhor traduzem o objetivo; elaboram-se as perguntas importantes que conduzem ao objetivo; deverão ser pensadas na perspectiva do público alvo; propõem-se atividades para responder às perguntas, selecionando métodos e instrumentos mais adequados para responder cada pergunta formulada; identifica-se o público-alvo para as atividades propostas; tomamos a liberdade de suprimir esta coluna, uma vez que nosso público-alvo é descrito para a intervenção e é invariável; definem-se indicadores e evidências alinhados com as atividades propostas; estabelecem-se responsáveis e tempo de execução para cada atividade ou etapa de atividade. (ROCHA, 2012).

Uma característica que agrega valor ao PTA está na possibilidade deste ser, ao mesmo tempo, um instrumento de Planejamento, quando lido no seu fluxo propositivo, da esquerda para a direita: o que fazer, para quem, com quem em quanto tempo, e ser um instrumento de avaliação quando lido da direita para a esquerda: quem fez, em quanto tempo, se alcançou os indicadores, se o que foi proposto responde às perguntas elaboradas.

5.5.2 Nomeação das Oficinas

Cada oficina foi nomeada de forma criativa, numa estratégia mobilizadora, com a intencionalidade de ser desde a leitura do nome, estimuladora da curiosidade, instigadora e provocadora do público alvo para a participação.

1ª oficina: **Eu e o Meu Umbigo** – o objeto desta oficina é o EU redescoberto, desde a origem, a identidade social e pessoal.

2ª oficina: **“Eu Caçador de Mim”** – identificar espaços e possibilidades de protagonismo.

3ª oficina: **“Olhai e Vigiai Todos Vós”**- identificar situações de risco ou de necessidades de intervenção.

4ª oficina: **“Espelho, espelho meu”**, existe melhor cuidador de mim do que Eu?- reconhece potencialidades individuais para o cuidado de si.

5ª oficina: **“Dia D’EU”**- Experimentar protagonismo.

5.6 Instrumentos da Intervenção

Experimentar práticas de protagonismo em promoção da saúde, fundamenta-se na metodologias ativas, propostas com intencionalidade e orientação claras, estabelecimento de tempo e indicadores de resultados para cada atividade proposta.

5.6.1 Diário de Bordo (Anexo C)

Objetivo: documentar os encontros. (Ver anexo D).

Acreditamos que essa experiência mereceu registro, pois resgatar a história de vida, ressignificando a existência, delinear marcos de tempo e importância para a construção do ser que hora se ocupa em conhecer-se, possibilitar a cada indivíduo ser o personagem central no processo de empoderar-se para o bem cuidar de si, é digno de nota.

A cada participante foi fornecido um caderno no qual foi orientado, através de um roteiro, o registro com anotações, colagens, desenhos, esquemas, fatos, situações e falas que considerarem dignos de ser marcados em sua história de vida.

O registro desse processo culminou na construção de memórias das histórias vividas durante o exercício do protagonismo em promoção da saúde.

O diário de bordo foi compartilhado voluntariamente no início de cada encontro e ao final da Intervenção, todos os diários foram recolhidos para a apreciação de seu conteúdo e serviram aos pesquisadores, como instrumento de coleta de dados para elaboração do relatório final.

5.6.2 Certidão de Renascimento (Anexo E)

Com o objetivo de contribuir no resgate da identidade. Trata-se de um instrumento de preenchimento individual, levanta dados de identificação, porém, com uma conotação pessoal intimista, buscando atribuir significado ao dado. É autoaplicável, registrando dados e memórias auto referenciadas, necessitando do auxílio do facilitador somente para busca online dos significados dos nomes.

5.6.3 Registro fotográfico

Caracteriza-se como registro fotográfico todas as fotografias que, com o auxílio de câmera, seja qual for o seu modelo e forma de processamento da imagem, possam ser armazenadas tanto em superfície lisa, tipo filme digital, quanto arquivos virtuais. (BRUMATO, 2009).

5.6.4 Relato de Experiência

“Faz parte dos gêneros pertencentes ao domínio social da memorização e documentação das experiências humanas, situando-as no tempo”. (COSTA , 2013).

A utilização da memória é como um jogo do “presente” com o “passado”, do “é” com o “foi”. Para o propósito desta intervenção o relato é de livre expressão, no entanto, sugerimos um roteiro orientador para relatos e registros. (Apêndice O)

5.6.5 Questionário de Avaliação de qualidade de vida no Trabalho- QWLQ-Bref (Anexo F)

Objetivo: Proporcionar possibilidades de olhar para si.

É um instrumento para avaliação de qualidade de vida no Trabalho.

O questionário possui 20 questões, que avaliam quatro domínios: físico/saúde, psicológico, pessoal e profissional. As classificações dos índices de satisfação de cada domínio se dividem em cinco: muito insatisfatório, insatisfatório, neutro, satisfatório, muito satisfatório.

Sua autoaplicação necessita de um tempo de parar e olhar para si, e demanda um tempo de parar e cuidar de si.

5.6.6 Self Report Questionnaire – SRQ 20 - (Anexo G)

5.7 Ferramentas e Técnicas Utilizadas na Intervenção

5.7.1 Crachá linha da vida. (Anexo H)

Tem o objetivo de identificar o sujeito como participante do estudo e evidenciar a linha histórica da vida: origem, passado, presente e futuro.

5.7.2 Carta da Terrinha. (Anexo I)

É um texto construído com base na Carta da terra e nos Desafios do milênio para o desenvolvimento sustentável. Tem o objetivo de identificar espaços e possibilidades de protagonismo no território de vida e trabalho.

5.7.3 Quadro para mapeamento de Tempo Autodedicado. (Anexo J)

É um impresso elaborado para mapear o tempo dedicado durante as 24h. A partir de uma lista de atividades às quais foram agregadas cores, cada sujeito deverá preencher seu quadro, evidenciando seu mapa. O contraste das cores proporcionará a evidenciação do tempo gasto consigo e para si mesmo, possibilitando análise, reflexão e reprogramação de prioridades no cuidado de si.

5.7.4 Evocação

Trata-se de investigação aberta, estruturada na evocação de respostas provocadas por um ou mais estímulos indutores, o que permitirá evidenciar universos semânticos de palavras agrupadas. A evocação livre de palavras, como técnica para coleta de dados constitutivos de uma representação, permitirá ao sujeito falar e escrever vocábulos que lhe venham à mente, após ser estimulado por uma palavra indutora que caracteriza o objeto em estudo.

5.7.5 Painel ilustrado

Painel é um trabalho artístico, construído para ser exposto em paredes e grandes superfícies. Este é um trabalho temático que tem o objetivo de aproximar o contexto de vida ao de aprendizagem, tornando visualmente concreto o resultado de um trabalho em equipe, onde a soma dos olhares e partes, produz um todo.

5.7.6 Técnica de bricolagem

A palavra bricolagem tem origem francesa , *bricolage*. É usada nas atividades em que você mesmo realiza para seu próprio uso ou consumo, evitando deste modo, o emprego de um serviço profissional.

A técnica de bricolagem também é conhecida como a arte do “Faça você mesmo”. É o improviso que necessitamos para “ajeitar” as coisas em casa.

A bricolagem é fundamentalmente a concretização da busca daquilo que queremos com aquilo que temos; para isso, o com o emprego da criatividade usam-se pedaços de madeira, tecidos, pregos, corda revista dentre outras coisas que em algum momento foram considerados como impossibilitados para o uso.

5.7.7 Projeção de vídeo

Método que possibilita a percepção dos fatos com o uso da televisão e o vídeo a partir do concreto, do visível, do imediato, próximo, que toca todos os sentidos. Mexem com o corpo, com a pele, as sensações e os sentimentos – nos tocam e "tocamos" os outros, estão ao nosso alcance através dos recortes visuais, do close, do som estéreo envolvente. Além disso, os participantes do processo educacional saem da mesmice, rompem barreiras e fogem do abstrato, partindo por aproximação, para o real, o concreto.

A vivência aproximada possibilita levá-lo a ter uma aprendizagem mais significativa, fazendo-o relacionar o visual com seu cotidiano.

5.7.8 Varal do comportamento saudável

Técnica utilizada para exposição de trabalhos temáticos, desenhos, pinturas, colagens e outros, tem uma característica temporal transitória, um tempo de secagem.

O varal é um expositor de fácil acesso e execução, suporta vários trabalhos ao mesmo tempo, como se fossem roupas penduradas ao fio com prendedores de fácil remoção, flexibiliza a mudança do lugar de fixação. Possibilita estabelecer uma apreciação do coletivo, comparar, perceber o encadeamento de ideias e a articulação entre os expositores.

5.7.9 Plano Individual de Cuidados

É uma ferramenta construída com bases no projeto terapêutico singular, que pensa o cuidado ampliado nos diversos componentes de vida do indivíduo: biológico, psíquico, espiritual e social. Pensa junto, com a participação dos envolvidos no cuidado (equipe e usuário), no diagnóstico com um problema a ser resolvido, traça ações e atividades, divide responsabilidade e reavalia os avanços.

O plano é construído conforme orientação do modelo proposto no Apêndice P.

5.7.10 Trabalho em equipe

Estratégia utilizada para o desenvolvimento inter e intrapessoal e o estabelecimento de objetivos compartilhados, que se alteram conforme a estratégia proposta, o processo objetivado e seu processamento. Primordialmente, deverá ser pautado na habilidade de conversar (com, que significa juntos, e versar, que quer dizer mudar). Conversar com o outro pressupõe a abertura para mudar junto com o outro; de uma conversa bem sucedida ocorrerá alguma mudança no pensar, no perceber, no sentir ou no agir dos envolvidos. (ANASTASIOU, 2006).

5.7.11 Soninho de ouro (Apêndice Q)

Atividade utilizada para incentivo à prática da sesta, partindo da premissa de que o sono tem papel fundamental na reorganização do organismo, reestabelecendo as funções físicas e mentais do ser humano.

5.7.12 Familiograma

É o produto da associação entre as ferramentas genograma e ecomapa.

O genograma é constantemente associado ao ecomapa. Os dois instrumentos mostram o desenvolvimento e o formato da família, fornecem o contexto da vida da família. O genograma, é um desenho da árvore da família, expressa as relações intrafamiliar.

O ecomapa fornece uma visão ampliada da família, desenhando a estrutura de sustentação e retratando a ligação entre a família e o mundo. É um diagrama das relações entre a família e a comunidade e ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família. (PEREIRA, 2008).

5.7.13 Roteiro de levantamento de condições de risco e co-morbididades (Anexo K)

São medidas de rápida e fácil realização, não necessitando equipamentos sofisticados e de alto custo financeiro, fornecem informações ligadas ao crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e por isso são importantes para a análise e intervenção no processo saúde doença. (DELGADO, 2013).

5.7.14 Os dez passos da alimentação saudável

Uma alimentação saudável é aquela que reúne os seguintes atributos: é acessível e não é cara, valoriza a variedade, as preparações alimentares usadas tradicionalmente, é harmônica em quantidade e qualidade, naturalmente colorida e segura sanitariamente. Esses dez passos são orientações práticas sobre alimentação para pessoas saudáveis com mais de dois anos de idade. (BRASIL, 2013).

5.7.15 Atividade de dispersão

Objetivo: manter o aprendente em aproximação com os conteúdos de aprendizagem.

Estas atividades fora do espaço formal são um recurso que poderá ser utilizado para enriquecer a produção de conhecimentos dos conteúdos do ensino. Proporcionam associação do conteúdo trabalhado em sala com a realidade do meio e dos acontecimentos diários. Além de ser uma oportunidade de vivenciar autonomia de estudo.

5.7.16 Alongamento e Relaxamento (Apêndice R)

5.7.17 Leitura compartilhada

É uma atividade em que o professor/facilitador lê um texto com a classe e, durante a leitura, questiona os participantes sobre as pistas linguísticas que dão sustentação aos sentidos atribuídos. (SOUSA, 2010).

5.8 Questões Éticas

O projeto de intervenção foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa- CEP da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, seguindo orientação da Portaria 466/12, foi aprovado e recebeu o parecer consubstanciado nº 201401230412 (Anexo L). Dessa forma solicitou-se a autorização por parte do ACS para intervenção proposta. Dentre outros aspectos relacionados, há de se enfatizar a confidencialidade dos dados obtidos junto aos participantes. Foram convidados a participar da intervenção através de uma carta-convite, redigida de forma a explicitar a intervenção. Seu objetivo é a forma de participação dos sujeitos, com garantia de participação livre e espontânea, sem ônus e sem prejuízos, tendo preservada a exposição dos seus nomes, fala e registros firmados por contrato escrito em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido–TCLE.

5.9 Avaliação da intervenção

A avaliação foi processual e contínua, considerando-se todos os encontros. No início de cada oficina, foi realizada a atualização a partir da leitura voluntária de dois registros de diário de bordo, ao final da leitura, fizemos uma reflexão sobre o relato e uma rodada de discussão, quando na avaliação achamos necessário, ajustamos a programação do encontro seguinte.

Ao final de cada encontro, foi realizada na roda um relato da experiência – onde foi considerada a participação dos sujeitos, durante os encontros, e suas sugestões para a reorientação do processo.

Ao término de cada dia, os facilitadores se reuniram para avaliar o cumprimento da programação, o alcance dos objetivos das atividades propostas, o conteúdo dos relatos expressados, bem como compartilhamento de suas observações e impressões.

Foi realizada, ainda, a verificação dos registros nos diários de bordo, a constatação do alcance dos indicadores propostos nos PTA's das oficinas, o registro de avaliação proposto na última oficina e a forma de participação dos sujeitos no decorrer dos encontros.

5.10 Descrição dos dados e elaboração do relatório da intervenção

A avaliação final constituiu-se de um movimento cíclico empírico e teórico, que partiu do olhar pormenorizado de todo material coletado, produzido e vivenciado no decorrer das oficinas, por meio das tecnologias anteriormente citadas. Devido aos objetivos propostos nesta intervenção, voltaremos o nosso olhar, mais minucioso para os dados produzidos e coletados por meio da escuta das ACS.

A escuta nesse contexto foi o norte para construção do espaço de ressignificação do cuidado, pois foi a partir dela que as necessidades ficaram mais evidentes e as intervenções e produção de cuidado se tornaram possíveis e adequadas às necessidades das ACS.

Os dados coletados foram expressos quantitativo e qualitativamente compondo o relatório da intervenção elaborado de acordo com Resolução nº 1/2014 do Colegiado do Mestrado Profissional (Anexo L) com o propósito de elucidar os resultados à luz dos objetivos propostos. Os primeiros foram expressos em números absolutos e relativos.

Os dados de qualidade de vida foram calculados por meio uma ferramenta desenvolvida partir do software Microsoft Excel proposta por Pedroso, Pilatti e Reis (2010), direcionada para cálculo dos escores e estatística descritiva do instrumento WHOQOL-bref – seguindo sintaxe proposta pelo Grupo WHOQOL.

Os dados qualitativos foram descritos de acordo com os objetivos propostos pela atividades e estratégias, sendo organizado o conteúdo das falas e relatos dos diários de bordo, seguindo os princípios para organização de conteúdos qualitativos de Bardin, (2009): leitura geral de todo material, a fim de melhorar a compreensão dos conteúdos, seguido de leitura exaustivas porém necessárias para detecção dos conteúdos pré estabelecidos nas atividades e, em seguida, fizemos uma descrição dos conteúdos descrevendo-os à luz da literatura pertinente.

6 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Ressalte-se que, devido a metodologia ser compartilhada, os resultados aqui mencionados são os relacionados aos objetivos deste trabalho.

6.1 Promovendo aproximação com suas experiências de vida e trabalho

A estrutura mental humana se fundamenta em um corpo que reage às estimulações, emitindo respostas conforme comando de um órgão que ainda não está totalmente pronto para interagir com o meio em que nascemos: o nosso cérebro. Todo comportamento humano é comandado pelo sistema nervoso central. Nosso cérebro direciona não só os comportamentos observáveis, como também sensações que estão ocorrendo por todo nosso corpo, independentemente de termos registros conscientes de sua ocorrência. No momento da concepção, fisiologicamente falando, já estamos sendo construídos, pois o processo de desenvolvimento ali iniciado só será interrompido com a morte. (FARAH; SÁ, 2008).

No processo contínuo de desenvolvimento, o indivíduo passará por diversas fases de acordo com os autores e, embora haja várias tendências para conceituar desenvolvimento, consideramos aqui a perspectiva de Hockenberry e Ribeiro e Borba (2004, 2006): “[...] o crescimento e desenvolvimento são dois fenômenos em um só, por isso é passa a ser mais abrangente, englobando inclusive o crescimento, que também passou a ser considerado desenvolvimento físico”.

Para eles o desenvolvimento é intensamente influenciado pela hereditariedade, mas também pelo ambiente, tendo papel fundamental a atuação de determinantes sociais, econômicos e culturais (etnia, estilo de vida, constelação familiar, classe social, educação, ocupação renda). (MARCONDES 2003; RIBEIRO, 2006).

Dessa forma, não se nasce personalidade: chega-se a ser personalidade por meio da socialização e da formação de uma endocultura, através da aquisição de hábitos, atitudes e formas de utilização de instrumentos. A personalidade é um produto da atividade social e suas formas poderão ser explicadas somente nestes termos. (LEONTIEV, 2004).

O desenvolvimento dos indivíduos vai determinar a forma de se relacionar com ele e com o mundo que o rodeia, mesmo que considerado contínuo ou alternado de equilíbrios e

desequilíbrios relativos e as formas como estes vão expressar suas atitudes e comportamentos diante dessas alternâncias são indicativos para determinar o estado de saúde mental, resultado dos estados emocionais e suas resoluções ao longo da vida.

Para Petrovski et al. (1989),

[...] a emoção está relacionada à necessidade objetiva de suportar a situação que se torna crítica aguentá-la, dominá-la, isto é, experimentar emocionalmente algo. Logo, a emoção representa uma atividade de grande intensidade, que contribui para a reorganização do mundo íntimo da personalidade e para a consecução do equilíbrio necessário.

São várias as teorias que tentaram explicitar o processo de desenvolvimento e cada uma delas traz aspectos que variam principalmente pelas diferenças de foco. Freud, com a teoria psicanalítica, dividiu a personalidade em três partes, na tentativa de explicar os comportamentos humanos: o id que direciona o comportamento com o objetivo de satisfação imediata das necessidades; o superego que é a consciência do indivíduo formada como resultado da interiorização das restrições e exigências da sociedade e o ego como representante do eu consciente do indivíduo. (ZIMERMAN, 2005).

A teoria do desenvolvimento psicossocial de socialização de Erikson, que, mesmo reconhecendo a existência do id ego e superego, enfatiza o desenvolvimento do ego e aprendizagem para a interação com o mundo real também enfatiza as influências ambientais e o impacto dos pais, irmãos e família em geral, assim como vizinhança, escola, sociedade sobre a vida do indivíduo e assim agindo como intensa influência desenvolvimento da personalidade. (PAPALIA, 2006).

Já para Abraham Maslow, a série de necessidades é a base do crescimento e desenvolvimento, considera que estas independem da idade cronológica, pois acredita que as necessidades podem se apresentar de forma concomitante. Considera cinco categorias a saber: as necessidades fisiológicas são as determinadas pelas exigências do corpo humano, por exemplo: alimentos, água abrigo e oxigênio. A segunda são as necessidades de segurança física (roupas, ambiente de convívio estável, cumprimento de regras sociais e leis). A terceira engloba as necessidade de afeto, amor e relacionamentos. A quarta é caracterizada pela necessidade de autoestima o indivíduo tem a necessidade de controle, respeito e competência. A quinta e última é autorealização. O indivíduo já satisfaz as todas as necessidades, está bem, feliz consigo mesmo e desenvolveu um equilíbrio interno e harmonia com o ambiente. (VITÓRIA REGIS; PORTO, 2006).

Como observamos, as teorias do desenvolvimento apresentadas são complementares e contribuem para a compreensão das atitudes e comportamentos humanos, frente a sua história de vida, que dentro de um processo complexo composto de memórias e vivências existenciais determinam posturas nas situações reais do cotidiano, ditam posicionamentos no presente e regulam seus sonhos e perspectivas, tornando-os únicos, singulares.

No contexto de promoção da saúde mental das agentes, considerou-se importante o uso de estratégias que buscasse aspectos de sua personalidade e promovesse aproximação de si fazendo com que reconhecessem o processo dinâmico do desenvolvimento psíquico e em segundo plano percebessem que este se dar por meio das experiências ao longo da vida, determinando diversas posturas, formas de reagir diante das situações, direcionando suas aspirações, neste caso consideramos a nomenclatura sonhos ou perspectivas.

No sentido de possibilitar, como passo inicial, o olhar das ACS despertando-as para aspectos de sua vida, buscou-se conhecer suas memórias a partir das vivências pessoais de prazer ou sofrimento a começar do nome e seus significados, os problemas e situações futuras almejadas, e, assim, refletir e traçar individual e coletivamente, as situações que no seu conjunto compõem a sua linha da vida – passado, presente e futuro.

No grupo, há problemas quanto à aceitação do seu nome (03 ACS) e algumas sabem justificar sua escolha. Disseram:

“ não gosto do meu nome cheguei a rasurar minha carteira de estudante, se fosse fácil eu mudaria”

“ era para ser um e meu pai decidiu por este quando foi me registrar, não gosto ”

“Meu pai tinha uma senhora que ele admirava muito, gostava muito dela e decidiu homenageá-la”

“... era dia de nossa Senhora, meus pais decidiram por esse nome, até que gosto dele!”

“meu nome foi tirado de um almanaque, não lembro, minha mãe me disse que nessa época todos que nasciam os pais consultavam esse almanaque e escolhiam o nome de acordo com a data”

Ao buscarem na sua linha da vida as situações memoráveis, trouxeram relatos de diversas fases de vida, explicitando, a partir delas, a importância dos fatos, pessoas, cenários. A saber:

“lembrança do tempo que nos reuníamos mais vezes para aprender mais nos cursos capacitações”

“eu lembro de um riacho na infância, ah! Como era bom naquele tempo, hoje em dia as crianças não brincam de verdade”
“já faz muito tempo, lembra do encontro de casais para conversar, rir e brincar e em seguida tomar mingau”
“lembro do aniversário de 15 anos de minha filha, foi uma festa linda!”,
“eu lembro do meu primeiro treinamento de ACS, o treinamento deste emprego quando passei, foi como um sonho para mim, ”,
“lembro do nascimento das minhas netas – são as estrelinhas da vovó, ai de quem perguntar por uma eu digo logo são duas tem de perguntar pelas duas”,
“ lembro também do meu filho que se afastou de mim para trabalhar em Outro estado”

Ao abordar os problemas, expressaram principalmente problemas de ordem pessoal familiar e comunitários, a saber:

Pessoal: *“sinto muita a falta de minha mãe”, “o meu problema é sentimental separei com o meu marido”, “o meu problema são meus cabelos brancos que nasceram antes do tempo” “dificuldade de superar a morte do meu primo que aconteceu muito recente, e eu não consigo ainda lidar bem com essa perda”* Familiar: *“passo uma barra lá em casa, meu filho é usuário de drogas”, “minha mãe perdeu a memória só Deus sabe como é que estou, o meu pai é diabético e meu marido teve AVC, lá em casa é uma luta diária”*; Comunitário: *“gostaria que resolvessem os problemas de enchente no meu bairro”, “a falta de água tem sido o meu maior problema, às vezes passo a noite sem dormir esperando água”*.

Quanto aos sonhos ou perspectivas, elas se voltaram para si e suas famílias: *“meta economizar para conseguir meus objetivo, essa é a minha meta”, “sonho com uma bela viagem, conhecer os lençóis maranhenses”, “sonho com um neto vindo da minha filha mais nova”, “ah! Sonho, tenho muitos sonhos”*, *“sonho com a liberdade do meu filho usuário de drogas”, “sonho cursar uma faculdade, desafio agendar exame de visão”, “sonho com os meus filhos na faculdade e uma família estruturada”, “quero me formar em curso técnico para ajudar as pessoas não só da minha área como de outras áreas”, “sonho com a minha casa própria”, “gostaria de viajar para conhecer o mundo” “quero um dia viajar para conhecer mais paisagens”*.

Quando se voltaram para si, vivendo as mudanças – proposta do Ateliê (Figura 1) - sentiram-se mobilizadas para mudanças, projetaram o eu, reelaboram imagem e expressaram – se ao grupo com autoestima positiva, idealizando novas propostas de vida, reconhecendo seus limites e potencialidades, além de reconhecer a necessidade de entrega a situação geradoras de prazer. Disseram ao grupo como gostariam que o mundo as visse.

“eu resumo ousadia – ser mais ousada, tenho medo e vergonha de fazer, gostaria de ser uma pessoa mais ousada, mais aberta para essas coisas, penso mesmo mas não pratico”.

“como uma mulher simples e alegre e cheia de esperança e entusiasmo, uma pessoa capaz de enfrentar todos os obstáculos seguir em frente aproveitando tudo de bom que a vida nos oferece e viajar para conhecer o mundo”.

“estou pensando em passear, me cuidar melhor sempre pensar em uma vida mais saudável. Eu gostaria de ser mais elegante, uma velhinha cheia de saúde e muito elegante futuro mais elegante de ser uma velhinha”

“Eu gostaria que o mundo me visse uma pessoa elegante, feliz, mulher de coragem para vencer os obstáculos ser querida por todos as pessoas”

“Como uma criança curiosa com sede de descoberta estou ficando durante essa semana”

“Queria e tento passar para as pessoas que conheço, essa pessoa divertida e alegre que sou que apesar de todos as dificuldades que estou passando, vale a pena sorrir, acredito que os problemas são meus , sempre tenham uma boa impressão de mim”

“gostaria que o mundo me visse uma pessoa feliz cheia de alegria felicidade e saúde e esperança de dias melhores foi muito bom tirar esta foto linda , que eu tirei hoje, meu futuro eu me vejo, amando sendo amada, com alguém que eu amo”

Figura 1 - Registro fotográfico do Ateliê Renascer



Fonte: Elaborada pelo Autor (2014)

Tais relatos se somam com os sentimentos positivos relacionados com o ser agente comunitário, constituindo-se num elemento preponderante na expressão de autoestima positiva por parte das agentes, conforme relatos que seguem:

“Eu gosto de ser agente comunitária de saúde já tive oportunidades de ser outra coisa, mas não quis, preferi continuar sendo ACS”

“Mesmo com as dificuldades que nós enfrentamos, sei que a nossa profissão é importante para a comunidade, eu gosto de ser agente de saúde”

“Ah! Nós temos muitas dificuldades diárias, mas é muito bom ser agente comunitária, ajudar na saúde das pessoas”

“Nós somos agentes comunitários já há muito tempo, apesar de me sentir cansada, devido à idade, gosto das minhas atividades de agente”

Mosquera (2008), a autoestima é a avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos, virtudes ou valor moral. Há pessoas de autoestima alta e outras de autoestima baixa, aquelas que tendem a julgar-se como competentes ou eficazes naquilo que fazem, e estas últimas a autodepreciar-se. Sinteticamente é o produto dos julgamentos que a pessoa faz acerca de si própria, de onde decorrem atribuições de bom ou de mau, feitas a aspectos considerados relevantes da sua identidade. Devido às características assinaladas, a autoestima encontra-se intimamente associada aos fenômeno de compensação ou descompensação emocional do indivíduo.

São traços do que seria autoestima positiva: ter segurança e confiança em si mesmo: procurar a felicidade; reconhecer nossas qualidades sem maiores vaidades, não se considerar superior nem inferior aos outros; saber admitir limitações e aspectos menos favoráveis da personalidade; ser aberto e compreensivo, ser capaz de superar os fracassos com resiliência; saber estabelecer relações sociais saudáveis; ser crítico construtivo; e principalmente ser coerente e consequente consigo mesmo e com os outros.

A autoestima e a autoimagem, tem manifestação direta na subjetividade e afetividade do ser humano e estas tem repercussões diretas em sua auto realização. A autoimagem surge na interação da pessoa com seu contexto social, consequente de relações estabelecidas com os outros e para consigo mesmo. Deste modo, o ser humano pode entender e antecipar seus comportamentos, cuidar-se nas relações com outras pessoas, para entender e interpretar o meio ambiente em que vive e tentar ser o mais adequado às exigências que lhe são feitas e que ele propõe para si mesmo. Diz-se que a autoimagem é uma organização da própria pessoa. É composta de uma parte mais real e de outra mais subjetiva, convertendo-se em uma forma determinante e de grande significado para poder entender o meio ambiente em que vive, tentando perceber significados antes atribuídos ao meio, que depois são seus. (BENEDETTI, GONÇALVES, PETROSKI, 2003; MOSQUERA, 2008).

Ambas surgem de um processo de avaliação continuada na nossa interação em grupo, isto é, são interinfluências constantes que nos levam a nos entender e entender os outros, de modo mais real possível. Algumas pessoas podem vivenciar experiências que redundem em autoimagem e autoestima positivas, outras em negativas. Acrescenta este autor que o ideal seria poder chegar a sermos o mais objetivos possíveis, quer dizer, realistas, em relação a nossa pessoa, quer aceitando nossas qualidades boas, com finalidade de poder cultivá-las, quer criticando-nos realisticamente em nossas limitações e nossos defeitos, tentando superá-los. (MOSQUERA, 2008).

6.2 O lugar do trabalho entre as ACS

Embora o homem seja um ser multidimensional, participar de vários lugares e desenvolver múltiplas funções, ele dedica grande parte de sua vida ao trabalho, onde investe tempo em esforço, conhecimentos e qualificações. O nível de exigência cada vez maior por resultados satisfatórios no desempenho da função aliado à alta competitividade por um espaço no mercado de trabalho fazem dele um elemento importante no cotidiano do indivíduo, contribuindo e influenciando na sua qualidade de vida (FERRO, 2012).

Ciente da influência do trabalho na vida do ser humano, aproximamos as ACS com suas atividades do dia a dia buscando, entre outros objetivos, conhecer o lugar que o trabalho ocupa na vida e que outras dimensões importantes estão sendo valorizadas ou não no seu contexto de vida.

Figura 2 - Resultados da avaliação do tempo autodedicado.



Fonte: Elaborada pelo Autor (2014)

A figura 2 ilustra os resultados obtidos a partir da atividade do tempo autodedicado. Nela foi possível permitir visualização da utilização do tempo pelos acs, conforme orientação

de preenchimento e avaliação do instrumento já descrito na metodologia, alimentar-se, dormir, higiene pessoal (verde), trabalho (amarelo), atividades autocentradas-lazer, estética, atividades físicas/desportivas (vermelho), atividades dedicadas-família, amigos, conhecidos, assistenciais (azul) e atividades autoreflexivas pensar no seu fazer, querer e ser (rosa). Evidenciou-se que o ACS tem boa parte do seu tempo dedicado ao trabalho, deixando de lado todas as outras atividades, no trabalho, a ACS exercia sua profissão proveniente da atividade empírica, onde a liderança, o conhecimento comunitário e ocupar um lugar no território, inicialmente, bastavam para este exercício.

Para Côrrea, Pfeiffer, Lora (2010),

O Agente Comunitário de Saúde aparece no Brasil a partir da década de 90, quando alguns Estados do Nordeste, buscando estratégias para a melhoria das condições de saúde da população, instituem este trabalhador na área. Interessante observar que este lugar nasce junto com a implementação de “ações simples, desenvolvidas e assimiladas nas comunidades, por integrantes delas próprias” (Brasil, 1996; Brasil, 1994). Ou seja, a narrativa de criação do ACS nasce junto com o gesto de intervir, por meio da própria população, na saúde da população.

Atualmente, a profissão de ACS, como todas as profissões da área de saúde, requer habilidades físicas, psíquicas e cognitivas, dado ao processo de trabalho que envolve as mais diversas atividades voltadas para o seu território assistido. Estas deverão ser desempenhadas com afinco e dedicação diários. Do ponto de vista das ACS:

“o trabalho inclui responsabilidade com as crianças, metas de vacina, metas de preventivo. Atendemos pacientes com tuberculose, hanseníase, gestantes, hipertensos e diabéticos. Além disso, damos conta de outros programas a exemplo do bolsa família; vamos nas casas das pessoas e muitas vezes damos uma de psicólogos porque eles sempre tem alguma coisa para nos contar e não podemos sair sem ouvir; junto com isso tudo ainda prestamos alguns serviços burocráticos dentro da UBS”

O processo de trabalho do ACS e de toda equipe da ESF se volta para a concretização do cuidado, executando as seguintes atribuições: participar do processo de territorialização; realizar o cuidado em saúde e responsabilizar-se pela população adscrita; garantir a integralidade da atenção; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; promover a mobilização e a

participação da comunidade; identificar parceiros e recursos que possam potencializar ações intersetoriais; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; participar das atividades de educação permanente. (BRASIL, 2011).

Para o alcance desses objetivos, segundo a Portaria GM 2488/11, os ACS deverão realizar seu trabalho com base nas ações territoriais dando ênfase às visitas domiciliárias, a partir do planejamento e do trabalho em equipe, numa perspectiva voltada principalmente para a promoção da saúde e prevenção de doenças, base do trabalho prescrito desde das primeiras regulamentações das suas ações, conforme se evidencia:

Nas Normas Operacionais Básicas – NOB – SUS /96,

Ítem 8.5, O ACS deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro instrutor/supervisor lotado na unidade básica de saúde da sua referência (BRASIL, 1996).

Na Lei 10.507/2002 Lei de criação da profissão de ACS,

Art. 2º A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob a supervisão do gestor local deste (ANEXO A).

Lei 11.350/2006 – Dispõe sobre o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias ,

Art. 3º Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2006).

Embora o trabalho prescrito deva ser baseado na promoção e prevenção, o trabalho real está sendo executado de forma bem diferentes, produzindo nelas os sentimentos insatisfação e desprazer, e, para as famílias, dificuldades na resolução dos problemas. Avaliam o trabalho como ineficiente, não conseguindo e se distanciando dos objetivos da ESF, principalmente

pela ausência de trabalho de promoção e prevenção realizados no território.

“Os postos estão lotados, mas se você for ver muitas daquelas pessoas nem precisam estar ali, são um ou dois, o restante é receber uma medicação, uma vacina coisa que poderia ser resolvida na área, numa associação, debaixo de uma árvore.”

“Nós já trabalhamos muito com prevenção e promoção da saúde, com o atendimento na área, agora parece que o programa passou a ser ambulatorial, as gestantes da área passaram a diminuir... as nossas palestras estão completamente esquecidas, tem que voltar atender na área nossas crianças, as nossas gestantes, o que agente ver é que a maioria dela não consultam no posto, elas consultas nas maternidades, se o enfermeiro e o médico não forem para área fazer o atendimento na comunidades, postos vão continuar lotados e elas vão continuar buscando outros serviços[...].”

“Quando eu e as colega ... que nós somos primeiras, lembro que nosso trabalho na área era mais gratificante, nós fazíamos as consultas pela manhã. A tarde o carro estava disponível, era feito um rodízio com as ACS, quando chegava sexta-feira nossa área estava toda coberta, semana inteira, além daquelas pessoas que precisavam no posto também tinha na área, hoje ficou assim tão restrito, acho que fica mais difícil de resolver os problemas”

“a gente fazia extramuros, fazia uma agenda com a enfermeira. Na comunidade, nós íamos convocar as gestantes, a enfermeira fazia as palestras, as vacinações, em outro momento eu e a colega que morávamos mais próximas, reuníamos as famílias para ela (enfermeira) ir atender... ai nós ficamos só com a saudade...”

“quando era para vacinar, a nossa enfermeira ia junto com a gente pegava a caixinha, íamos pulando de calçada em calçada, nunca disse que não ia, Independentemente de ter carro ou não do posto, a gente ia”

Além da insatisfação com a forma de execução do trabalho, as ACS, no desenvolvimento de suas atividades laborais, sejam elas nas ruas, sejam na UBS, sejam ainda nos domicílios, relataram vivências de diversas situações desencadeadoras de sentimentos antagônicos concretizados por alternâncias, ora como prazeroso e alegre, ora como triste e sofrido. Estes são relatados inevitavelmente como inter cruzados com as vivências pessoais de outros lugares e de outras relações fora do trabalho, o que exige das mesmas um equilíbrio psíquico intenso contínuo. São demandas geradas pelos mais diversos motivos destacando-se:

A falta de garantia de direitos trabalhistas e organização da equipe:

“É quando o sol está muito quente que me incomoda, nós temos direito de receber o nosso protetor solar, mas nunca garantem isso direto para nós” “Nós somos das primeiras agentes comunitárias daqui, começamos trabalhar na pastoral e reconheceram nosso trabalho, mas agora nós fomos ver nossa situação no INSS, para aposentadoria, nós perdemos dez anos de trabalho que não conta lá, ainda estamos resolvendo isso”

“tem um instrutor que trabalha na equipe dele e é emprestado para nossa equipe, eu falo com ele gosto do jeito dele, mas ainda não tenho muita afinidade para resolver os problemas”

As dificuldades para lidar com algumas demandas no território:

“As dificuldades são muitas, mas o que mais me deixa mal, são os drogados e os que perderam o juízo, então fico muito inquieta com medo e muitas vezes dá vontade de correr, mas penso que não posso desesperar”

“Muitas situações, por exemplo: no exercício de meu trabalho encontro deficientes mentais correndo, despidos nas ruas, agressivos, drogados que estão dispostos a cometer furtos e assaltos”

“Gosto muito de trabalhar, de ser agente comunitária, mas fico triste, e sinto impotente, quando a família necessita de algo que eu não posso ajudar nem eu nem minha equipe”

Os problemas familiares:

“meu trabalho? Apesar das dificuldades, é muito tranquilo, sinto as vezes que somente minha vida pessoal que está me prejudicando, o trabalho não, pois falar com pessoas faz com que eu esqueça meus problemas e minhas fraquezas”

“Tento me fazer de durona para levar a vida. Depois do falecimento do meu marido há um ano, os meus filhos são quatro não me deram nenhum apoio não me visitam, recebi o apoio de onde menos eu esperava, isso dói muito”

A violência:

“por diversos motivos tenho que estar bem alerta e ligada quando estou no exercício do trabalho e também de volta para a casa mudo de rota todos os dias quando percebo que repeti algumas vezes a rota ou atividade, ou local, ou hora, mudo para não ser pega no lance da oportunidade, tenho medo de assaltos”

“ah! Já me vi em cada situação: já cheguei na casa para visitar, a mãe estar agredindo a criança, o marido estar agredindo a mãe, eu ti digo com toda certeza eu fico de pés e mãos atadas, eu já vi o marido agredindo a mulher, eu volto da porta e me sinto de pés e mãos atadas;”

Para Deleuze e Parnet (2004, p. 66)

[...] supostamente pelo fato dos agentes trabalharem pelas lógicas do “agir tecnológico” e do “agir comunicativo”, eles desenvolvem novos modos de operar atos assistenciais, por meio de criação de espaços inter-relacionais de escuta qualificada e construção de vínculo afetivos e efetivos. Logo, passa a trabalhar ora sob as lógicas da produção de procedimentos como expressão do cuidado, ora privilegiando os usuários contemplando suas demandas e necessidades, por isso priorizam as tecnologias relacionais. Em consequência disso convivem simultaneamente na realidade, como em uma “dobra”, não há oposição entre lado intrínseco com extrínseco do indivíduo e do trabalho.

Nessa perspectiva, seu processo de trabalho é atravessado por lógicas próprias das vivências da família no território e domicílio, onde os sujeitos, que aí convivem entre si, sofrem afetamentos em seus encontros mútuos, agenciando a produção de diferentes modos e perfis de cuidar. Deleuze e Parnet, (2004) afirmam que esses encontros podem produzir nos ACS “paixões alegres”, com aumento de potência e sua força vital, ou “paixões tristes”, com a redução da potência e força vital; e, por isso, além de agirem nas emoções, agirão diretamente na motivação pessoal e profissional.

6.3 Conhecendo os sentimentos e necessidades decorridas do seu trabalho

Reconhecendo a vulnerabilidade e as demandas psíquicas impostas nas atividades dos ACS, buscou-se conhecer as necessidades geradas a partir do trabalho, avaliando sua qualidade de vida e a sua saúde mental, para isso utilizou-se autoaplicação de ferramentas validadas.

Para avaliação da qualidade de vida-QV utilizamos o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida no Trabalho-QVT, o QWLQ-bref; para a avaliação da saúde mental utilizamos o SRQ – 20 (SELF-REPORT QUESTIONNARI). Ambos serviram para nos estreitar com a uma realidade perpassada por um eixo quantitativo, no sentido de sensibilizar as participantes para essa realidade, pois, com o uso das ferramentas, os resultados foram discutidos na escuta em grupo com a finalidade de buscar, coletivamente, ações para enfrentamento de possíveis situações de risco ou vulnerabilidade psíquica ou de qualquer outro aspecto de saúde.

É válido ressaltar que a preocupação com a qualidade de vida tem ganhado importância nas últimas décadas; e a preocupação com o ser biopsicossocial é crescente. Nota-se que o desempenho dos trabalhadores está intimamente relacionado com a sua qualidade de vida. (PEDROSO; PILATTE, 2010). É importante que o indivíduo esteja integrado em sua comunidade, que possua condições físicas integras, que se sinta bem psicologicamente e competente na função que exerce. Essa expectativa de realidade parte do conceito de QV.

Para a OMS, qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (WHQOL GROUP, 1999).

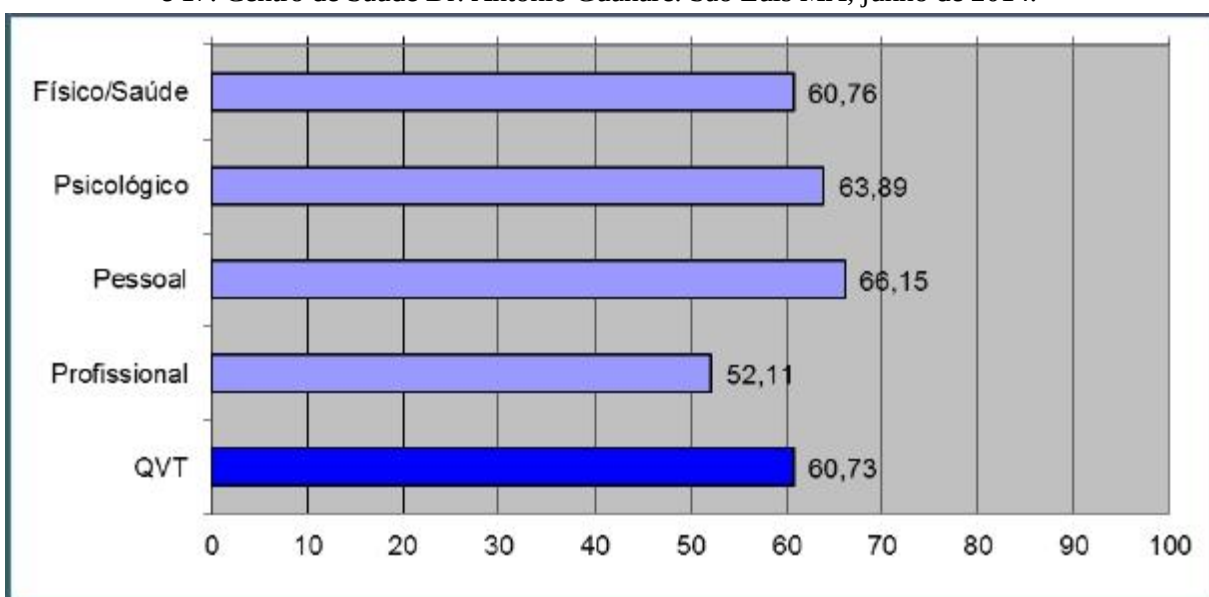
Consequente dos estudos de qualidade de vida, que se popularizaram restritamente aos profissionais de saúde, surgiram os estudos de qualidade de vida no trabalho como ramificação extensiva e multidisciplinar envolvendo várias áreas e pesquisadores na tentativa de conhecer as o modo de vida e suas peculiaridades entre os trabalhadores, utilizando-se de instrumentos específicos. (PEDROSO; PILATTE, 2010).

Existem diversos instrumentos que servem para verificar a QV e QVT. Para avaliar a QVT das ACS, utilizamos o QUALI-bref, uma escala de avaliação de QV, derivada da QWLQ-78. É composto por 20 questões selecionadas do QWLQ-78, sendo 04 do domínio físico saúde (questões 04, 08, 17 e 19), três do domínio psicológico (questões 02, 05 e 09), quatro do domínio pessoal (questões 06, 10, 11 e 15) e nove do domínio profissional (questões 01, 03, 07, 12, 13, 14, 16, 18 e 20). (CHEREMETA et al., 2011).

Com o QWLQ-bref é possível obter os resultados fidedignos ao instrumento original, porém com menor demanda de tempo para aplicação e tabulação dos dados. Os resultados encontrados são expressos em índices com variação de 0-100. O trabalhador que apresentar índice de 0-22,4 avalia-se como muito insatisfatório, de 22,5-44 insatisfatório, de 45-54 neutro, 55-77,4 satisfatório e 77,5-100 como muito satisfatório. (REIS JÚNIOR, 2008).

O Gráfico 1 demonstra os resultados da avaliação da QVT das ACS e suas dimensões física, psicológica, pessoal e profissional.

Gráfico 1 - Índice de qualidade de vida no trabalho das agentes comunitárias de saúde das equipes 02 e 17. Centro de Saúde Dr. Antonio Guarané. São Luís MA, junho de 2014.



Fonte: Elaborada pelo Autor (2014)

Os resultados apontam a QVT do grupo como neutra, sendo que o domínio profissional é o que apresentou menor índice. Devido à avaliação ter-se dado de forma individual, achou-se relevante descrever os resultados mais detalhados (Tabela 1), a fim de acililar uma visão mais ampliada das dimensões com uma avaliação mais próxima de cada pessoa do grupo.

Tabela 1 - Resultado da avaliação de qualidade de vida no trabalho das agentes comunitárias de saúde das equipes 02 e 17. Centro de Saúde Dr. Antonio Guanáré. São Luís-MA, junho de 2014.

DOMÍNIO	MÉDIA	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
Físico/Saúde	3,43	2,66	4,25
Psicológico	3,55	2,33	4,66
Pessoal	3,64	3,00	4,5
Profissional	3,08	2,22	4,22
QVT	3,42	2,93	4,41

Fonte: Elaborada pelo Autor (2014)

Na tabela 1 é possível observar que existem ACS com resultados muito baixos de QVT. Quando se observam os valores mínimos e máximos de cada domínio, no psicológico evidenciam-se resultados entre 2,66 e 4,25; quanto ao domínio profissional, entre os valores, estão entre 2,22 e 4,41, ou seja: os aspectos relacionados a esses domínios e nos demais estão bastante comprometidos, pois são classificados, de acordo com a escala, como insatisfatórios.

Na avaliação da saúde mental das ACS utilizamos o SRQ versão português 20 itens. É um derivado de instrumentos de screening para morbidade psíquica utilizados em pesquisa psiquiátrica: Patient Symptom Self-Report (PASSR), um instrumento desenvolvido na Colômbia; Post Graduate Institute Health Questionnaire N2, desenvolvido na Índia; General Health Questionnaire, na sua versão de 60 itens, usado em países desenvolvidos e em desenvolvimento; e os itens de “sintomas” da versão reduzida do Present State Examination (PSE). (WHO, 1994).

A versão de 20 itens do SRQ (o SRQ-20) avalia os sintomas neuróticos, estes aproximam-se dos transtornos mentais comuns (TMC's) e ocorrem quando existem alterações orgânicas significativas mediante a presença do estímulo avaliado como estressor. (BALLONE; NETO; ORTOLONI, 2002).

Os TMC's são também denominados de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), designam quadros clínicos de indivíduos com sintomas de ansiedade, depressão ou

somatização e que não satisfazem a todos os critérios de doença mental de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). (CERCHIARI; CAETANO FACCENDA, 2005). Os TMC's são muito comuns e de difícil caracterização, sendo que a maioria dos indivíduos com tais distúrbios apresenta queixas como tristeza, ansiedade, fadiga, diminuição da concentração, preocupação somática, irritabilidade e insônia. (KAC; SICHIERI; GIGANTE, 2007). Estes, no geral, proporcionam incapacidade funcional comparável ou até pior que quadros crônicos já bem estabelecidos. (MARAGNO et al., 2006).

Tabela 2 - Distribuição das ACS das equipes 02 e 17, segundo respostas positivas ao Self Reporting Questionnaire 20. C. S. Antonio Guarané, São Luís-MA, junho de 2014.

SINTOMAS	QUESTÃO N°	DESCRIÇÃO	F=13 SIM
COMPORTAMENTO ANSIOSO / DEPRESSIVO	09	Sente-se triste ultimamente?	04
	03	Você dorme mal?	03
	10	Você chora mais que o de costume?	03
	06	Sente-se nervoso, tenso, preocupado?	06
	05	Tem tremores em mãos?	01
	04	Assusta-se com facilidade?	06
DECRÉSCIMO DE ENERGIA	13	O seu trabalho traz sofrimento?	02
	19	Você cansa com facilidade?	07
	18	Sente-se cansado o todo o tempo?	04
	11	Tem dificuldade de ter satisfação em Suas tarefas?	04
SINTOMAS SOMÁTICOS	20	Você sente desconforto estomacal?	05
	02	Você tem falta de apetite?	-
	07	Você tem má digestão?	03
	01	Tem dores de cabeça freqüentemente?	04
HUMOR DEPRESSIVO	12	Tem dificuldade de tomar decisão?	04
	15	Tem perdido interesse pelas coisas?	04
	16	Sente-se inútil em sua vida?	01
	08	Tem dificuldade de pensar claramente?	03
	14	Sente-se incapaz de desempenhar Papel útil em sua vida?	-
	17	Tem pensado em dá fim a sua vida?	-

Fonte: Elaborada pelo Autor (2014)

A Tabela 2 apresenta os resultados da avaliação do grupo de ACS. Acompanhando as orientações de trabalhos mais recentes de Gonçalves, Stein e Kapczinski, (2008), considerou-se como indicativo da presença de TMC o participante que respondesse afirmativamente a 8 questões do instrumento, visto que só participaram da intervenção pessoas do sexo feminino.

Esses sintomas, ao serem detectados pelo SRQ, sugerem nível de suspeição (presença/ausência) de algum transtorno mental, mas não determinam um diagnóstico específico; assim o instrumento avalia se há algum transtorno, mas não oferece diagnóstico do tipo de transtorno existente. Por este caráter de triagem, é bastante adequado para estudos de populações, sendo muito útil para uma primeira classificação de possíveis casos e não casos. (SANTOS; ARAUJO; OLIVEIRA, 2009).

Os resultados indicaram oito ACS com probabilidade de transtorno não psicótico, entre estas a variação de sintomas de suspeição estão entre sete e quatorze. Os itens mais prejudicados na dimensão comportamento ansioso ou deprimido são as questões seis e quatro com seis ACS respondendo positivamente. Na dimensão 2, decréscimo de energia, sete ACS afirmam cansar-se rapidamente. O sintoma somático mais referido foi o desconforto estomacal e na dimensão humor depressivo destacam-se a dificuldade de tomar decisões e perda de interesse pelas coisas com 04, seguida de três ACS que afirmaram não conseguir pensar claramente.

6.4 Estimulando às mudanças atitudinais frente aos problemas e situações do cotidiano de vida e trabalho

Nesta parte do trabalho pretende-se descrever os estímulos trabalhados realizados para esse percurso processual de mudanças atitudinais frente às situações de vida e trabalho, norteado por todos os conteúdos, já explicitados nos itens anteriores, que no conjunto expressaram-se numa realidade vivencial cotidiana desse grupo de ACS.

Conforme recorrido, as oficinas aconteceram baseadas em atividades de grupo e momentos individuais de reflexão e escuta. (Figura 3), que apontaram melhorias no cuidado primeiramente de si e em seguida do outro, por isso as estratégias e conteúdos trabalhados foram pensadas para além desse momento, ou seja: a oportunidade das ACS vivenciá-las propiciou o treinamento de habilidades para momentos posteriores que servirão para uso pessoal individualizado, bem como nos seus espaços de cuidado.

Para definir grupo trouxemos o que afirma Roeder (2003): “[...] pensar em um grupo não é pensar um mero ajustamento de indivíduos, mas sim um sistema identificável, composto de três ou mais indivíduos que se engajam em certas tarefas para atingirem um objetivo comum”. Para Cardoso e Seminotti (2006), do ponto de vista terapêutico, o grupo é um lugar onde

ocorre o debate sobre a necessidade de ajuda de todos. Nele se buscam alternativas e cuidado de suporte emocional. Desenvolvem laços de cuidado consigo mesmo e compartilha experiências com os demais. (MENDONÇA, 2014).

Figura 3 - Registro fotográfico dos trabalhos de grupo



Fonte: Elaborada pelo Autor (2014)

Destacam-se para o grupo, entre outros objetivos, o de ajudar os indivíduos a alterarem o seus padrões comportamentais e a desenvolverem modos novos e mais eficazes de lidarem com o estresse da vida diária e com as próprias dificuldades pessoais advindas do processo terapêutico. Para atingirem estes objetivos estas pessoas se reúnem para expressar suas ideias, sentimentos e para desenvolver novos padrões comportamentais, o que caracteriza o grupo terapêutico. (ROEDER, 2003).

Para Keitel (2014), os grupos com funcionamento de “grupos de trabalho” estabelecem entre si uma relação continente sendo capazes de operar com paciência sobre as experiências emocionais de angústia e sofrimento até chegar a uma nova significação e, por conseguinte, a novos níveis de integração. Esta forma de funcionamento se correlaciona com uma prevalência de matrizes vinculares de confiança, fundadas na prevalência do positivo sobre o negativo.

No que se refere à escuta, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) afirma que, no contexto do cuidado, é considerada um dispositivo, uma tecnologia, uma ferramenta do campo das relações, e representa a possibilidade de se construir uma nova prática em saúde, buscando dar respostas adequada às demandas e necessidades das pessoas.

Essa ferramenta muitas vezes poderá ser vista como de menor valor, podendo não ser considerada uma técnica do profissional de saúde e, sim, uma prática do senso comum. Contudo, essa desvalorização do espaço para escuta não deverá minimizar a sua importância e potência no ato de cuidar, pois ela deverá ser entendida como uma recusa ao reducionismo e a objetivação do sujeito, uma abertura ao diálogo é o caminho para a produção do cuidado integral. (FISCHER, 2006).

É na escuta que todo processo de cuidado se inicia, é a partir dela que se tornará possível aproximar-se da realidade das pessoas, conhecer seus desejos, suas possibilidades, seus limites. A escuta qualificada, cuidadosa e sensível, tornará possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado (BRASIL, 2013). Uma escuta cuidadosa e sensível pressupõe dar a voz à pessoa, à família ao grupo ou ao coletivo para que falem sobre seus problemas, suas expectativas, suas explicações e suas tentativas de intervenção. (MORORÓ, 2010).

Como se pode perceber, essas ferramentas se justificam como eficazes para condução do que se almejou. Portanto, partiremos para descrição dos principais pontos significativos trabalhados e voltadas para o estímulo e mudança atitudinal. Optamos por essa separação por uma questão meramente didática, pois os estímulos para mudanças de atitudes e enfrentamento dos problemas de vida e trabalho foram trabalhados de acordo com o surgimento no grupo, ou seja: desde os primeiros momentos das oficinas. Seguem as descrições:

6.4.1 Refletindo os conceitos de saúde mental e seus cuidados

Por se tratar de reflexão e ressignificação acreditamos, a partir da necessidade demonstrada pelo grupo, ser fundamental a (re)construção do conceito de saúde mental. Para isso, inicialmente, buscamos quais as ideias sobre a saúde mental e cuidado estavam presentes entre as ACS. Foi percebido o predomínio da concepção de ausência de doença mental elucidado pela descrição de situações familiares e da microárea, e o cuidado apontado por conseguinte foi a segregação e institucionalização em caso de presença de sinais e sintomas, além disso com questões fortes sobre a cura; por outro lado, o cuidado em saúde mental pensado para o outro.

“a minha filha e meu filho fizeram tratamento, hoje eles não são mais doentes mentais, a minha filha aprendeu a bordar costurar, o meu filho foi menos grave, eles fizeram tratamento, hoje ele é mototaxista trabalha todo mundo comenta quem ele foi e quem ele é, e apoio da família é importante por que ajuda muito.”

“uma pessoa normal, de repente a pessoa passa por um estresse, ela vai ficar boa curada? É porque na minha área tem uma menina que era boazinha, hoje acho que pelo uso de drogas ela vive só na rua, fala coisa com coisa, na verdade na minha área tem vários assim”

De acordo com as situações trazidas para o grupo e juntamente com os achados provenientes dos SQR 20 e da avaliação da QVT, fomos trabalhando e introduzindo novas perspectivas sobre a saúde mental e o cuidado, vislumbrando a compreensão prática dos múltiplos aspectos de vida que determinam o estado de saúde mental, buscando o encontro prático com o conceito de saúde mental e seus cuidados.

Assim, para contribuir com as reflexões e ressignificação introduzimos de forma pedagógica a leitura do texto de Pereira e Oliveira (2013). Mas, afinal, o que é saúde mental?, as temáticas discutidas estão descritas abaixo junto aos fragmentos dos do texto:

☐ Os estigmas do termo saúde mental

[...] é carregado de um estigma negativo, pois está ligado às figuras do psicólogo e do psiquiatra, vistas como expressão de **“médicos de loucos”**. Invariavelmente, ouvimos expressões como: **“eu não estou louco pra ir ao psicólogo”**, ou ainda, **“todo psicólogo é louco**. (grifo nosso)

□ O cuidado

[...] transtornos mentais, onde se imagina que a loucura não tem cura. Isto em função de como eram tratados os doentes mentais até recentemente, antes do advento da *Reforma Psiquiátrica*, que veio humanizar o tratamento dessas pessoas. Daí não ser, hoje em dia, mais cabível essa pejoração do termo Saúde Mental.

□ Saúde mental

É a possibilidade de um “viver feliz”, em acordo com nossos sonhos[...] **ser capaz de conhecer e utilizar as próprias** potencialidades para o próprio bem e para o bem da comunidade é viver de acordo com os seus sonhos implica o autoconhecimento, pois estamos cuidando daquilo que temos de mais caro: **a nossa alma. Tudo ao nosso redor se transforma quando estamos felizes (é no espírito que está a felicidade), vivemos em paz e confiança mútua** (grifo nosso).

□ Reflexões sobre o viver saudável

“De que adianta um corpo saudável se não estamos em paz conosco mesmos? De que adiantam os bens? Tantas vezes vimos pessoas com alguma “deficiência” que, no entanto, são felizes! O que será que elas têm de diferentes? Nada, além de serem autênticas consigo mesmas. **Elas sabem e vivem de acordo com seus sonhos e potencialidades**”. (grifo nosso).

□ Recomendações para viver com a saúde mental estável

“Não deixem que suas vidas passem em branco. Descubram-se... **Descubram e vivam seus sonhos... Não se deixem levar pelo medo do “não ter”; ao contrário, preocupem-se com o “não ser”**. Somente assim teremos Saúde Mental e estaremos nos preparando para um **viver pleno e feliz em qualquer idade ou estágio de nossas vidas**” (grifo nosso).

Entende-se que o conceito de saúde ou enfermidade mental apoia-se tanto nas expressões de problemas do tipo emocional, cognitivo e comportamental quanto também em realidades simbólicas, construídas cultural e historicamente, na própria interação social.

Pormenorizar esse conceito para a vivência prática é traduzir a saúde mental estável na relação boa primeiramente consigo, o que requer um bom nível de autoconsciência, e com o próximo, numa interação contínua com os fatos e situações diários, sejam eles favoráveis ou não para o bom funcionamento psíquico. Logo, a Saúde mental estável promoverá ação

estabilizadora nos demais fatores ou dimensões da vida, trará ao indivíduo o que denominamos aqui de sensação de bem estar psíquico.

Para Vigotski (1996), a autoconsciência é o fato de o homem ter consciência de si mesmo como indivíduo: suas capacidades, limites e possibilidades, que é a consciência sobre si, mas também de compreender-se na universalidade do gênero humano, determinada historicamente. Corroborando com este conceito, Martins (2001) afirma: “[...] a autoconsciência se refere ao fato de o indivíduo poder refletir sobre sua existência enquanto ser social, pertencente ao gênero humano, compreendendo as possibilidades e limites da genericidade para buscar o bem estar nas suas relações consigo e com o meio”.

De acordo Rath e Harter (2010) o Instituto Gallup, realizando uma pesquisa sobre bem-estar em 150 países, identificou cinco fatores que devem interagir e ser desenvolvidos de maneira integrada para produzir bem estar, a saber: o profissional (relacionado com a atividade que ocupa maior tempo das pessoas); o social (relacionamentos que as pessoas estabelecem ao longo da vida); o financeiro (como as pessoas gerenciam a sua vida econômica); o físico (boa energia e saúde para as atividades do dia a dia); e o comunitário (engajamento que as pessoas têm no local onde vivem).

Analisando essa busca de estabilidade diante das relações estabelecidas, as ACS elaboraram seus familiogramas (genogramas e ecomapas–Figura 4), e refletiram sobre os vínculos estabelecidos e a intensidade desses vínculos no cotidiano com a família, trabalho, comunidade em geral e com os dispositivos sociais

Os indivíduos ao serem expostos a situações estressantes, com potencial gerador de sofrimentos, poderá apresentar níveis maior ou menor de enfrentamento dependendo de sua subjetividade e resiliência.

Para Gonzalez Rey (2005) a subjetividade é um sistema complexo capaz de expressar através dos sentidos subjetivos a diversidade de aspectos objetivos da vida social que concorrem na formação do indivíduo, a subjetividade é um constructo das vivências individuais oriundas dos espaços coletivos.

Resiliência, da física, refere-se à capacidade que têm os corpos para voltar a sua forma original depois de ter sofrido deformações produto da força. Na Psicologia resiliência é a habilidade de se adaptar e superar com sucesso frente aos desafios e às situações estressantes. É a superação das adversidades de forma saudável e construtiva.

Garmezy, (1994) afirma que a resiliência logo pode-se dizer que a resiliência consiste no equilíbrio entre a tensão e a habilidade de lutar, de atingir outro nível de consciência, que nos traz uma mudança de comportamento e a capacidade de lidar com os obstáculos da vida pessoal e profissional, conceito intimamente ligado ao de saúde mental e qualidade de vida.

Esses conceitos juntamente com os resultados individuais da avaliação de QVT e as impressões trazidas para o grupo, foram o nosso ponto de partida para discutir a qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho. Estreitamo-nos em nossas reflexões e orientações com modelos que possibilitam a integralidade da saúde: o Modelo do Estado de Fluxo e o modelo de Concentração.

O estado de fluxo de Mihaly Csikszentmihaly (2006) aponta que vivemos dias sem consciência ou contato com nossa vida emocional, que é necessário buscar atividades que nos fazem alcançar o estado de fluxo, trata-se de uma poderosa fonte de energia mental que nos motiva para ação e direciona nossa atenção, compatibilizando o máximo de nossas habilidades com atividades desafiadoras, mas atingíveis. Para ele o fluxo é vivenciado sem esforço; tem grande intensidade e dependerá de nós mesmos. As atividades deverão ser estimulantes, deverão ser fonte de energia mental positiva.

O modelo de concentração de Jon Kabat- Zin (2001), aponta a ideia de que para melhorarmos nossa QV e reduzirmos o estresse e estarmos conscientes, basta observarmos atentamente a realidade em que vivemos, sem julgamentos. Para ele a concentração está relacionada com o viver em harmonia, consigo mesmo e com o mundo. Com essa postura,

vivemos e valorizamos cada momento, apreciamos as coisas boas, aprendemos com os erros e conseguimos trocar energias positivas com as pessoas, além disso valorizamos sentimentos como alegria, tranquilidade e felicidade, que com frequência passam despercebidos em nossas vidas.

Quanto a cuidado de si, foram oferecidos os espaços de escuta para falar de si e discutir os problemas, além de outros estímulos para o cuidado de si em saúde mental, onde se buscou o entendimento maior sobre a promoção da saúde sob a ótica do O'donnel, (2002):

É a ciência e arte de ajudar as pessoas a mudarem o seu estilo de vida para se moverem em direção a um estado de saúde ideal, que se constitui num processo de engajamento por um equilíbrio dinâmico entre as dimensões física, emocional, social, espiritual e intelectual e a descoberta de sinergia entre os seus aspectos mais positivos.

Entende-se que a promoção da saúde e a manutenção da saúde se encontram sob domínio e responsabilidade de cada indivíduo e isso exigirá um compromisso consigo mesmo, delegando para uma necessidade de se descobrir e perceber as melhores estratégias que funcionam para si.

Diante disto, O'donnel afirma que a mudança de estilo de vida deverá ser facilitada pela combinação de esforços para levar informações, aumentar a motivação, construir conhecimentos e, principalmente, oferecer oportunidades para que se tenham práticas positivas. O estilo e vida saudável é uma poderosa ferramenta no gerenciamento do estresse minimizando as possibilidades do surgimento dos transtornos mentais tais como depressão, psicoses, uso de álcool e outras drogas que podem atingir até 30% da população. (SCHMIT; NEVES, 2010).

Partindo dessa perspectiva estimulamos também as ACS para situações propiciadoras de cuidado geral e em saúde mental. As estratégias utilizadas foram a elaboração de um plano de cuidado individual que apontasse atividades exequíveis e foram diversos os cuidados realizados, porém nos reteremos à escuta qualificada, ao soninho de ouro, os alongamentos e o relaxamento, ambos executados como forma de desencadear nas ACS as vivências de prazer e as sensações de bem estar psíquico.

A escuta aconteceu conforme os fundamentos descritos no início desta sessão do trabalho. Os planos para mudanças atitudinais foram elaborados utilizando-se do plano de cuidados inspirado no PTS conforme já mencionado.

6.4.2 Sobre o Plano Individual de Cuidados

A elaboração do plano de cuidados foi para as ACS, o momento em que puderam, expor a partir das avaliações e discussões coletivas, algumas atividades para execução a curto e médio prazo, e tendo como princípio norteador atividades que dependessem principalmente delas para sua execução. Listaram dentre outras propostas: *“caminhadas três vezes por semana”, “vou dançar duas horas por dia”, “vou trabalhar concentração para resolução dos problemas”, “organizar minhas finanças”, “procurar um profissional para avaliar – o psicológico” “continuar me controlando ao máximo para resolver os problemas que aparecem”, “vou me programar para dormir mais”, “vou sair com as minhas colegas para tomar banho de praia”, “deixar de usar o cartão por um bom tempo e não pedir emprestado de outras pessoas”, “organizar melhor o meu trabalho”, “sair conversar com os amigos, contar história, ir à praia tentar ser mais alegre, brincar com minha netinha”, aceitar que a vida continua apesar da perda de um ente querido, “cuidar do meu filho pois ele me faz feliz”.*

6.4.3 O soninho de ouro

O momento do soninho de ouro foi oferecido como forma de vivenciar o descanso após o almoço (cesta) e sensibilizar para a importância do sono como pré-requisito para o bom funcionamento das funções psíquicas. Após prestar as informações sobre o sono (Apêndice Q), foi oferecido um espaço para descanso às ACS (Figura 5)

Figura 5 - Registro fotográfico do soninho de ouro.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2014)

O sono é o estado de ausência temporária de atividade perceptiva, sensorial e motora voluntária, caracterizada pelo repouso periódico e cíclico do corpo. Possui duas fases distintas, conhecidas como sono não-REM e sono REM. Ao adormecer, os ritmos de ondas alteram-se consideravelmente tornando-se mais lentas e com maior amplitude, apresentando 4 estágios do sono não-REM: o estágio I é a fase de sonolência, com dissociação parcial das sensações táteis e auditivas; o estágio II é o sono leve; o estágio III é o sono intermediário; e o estágio IV é o sono profundo. No sono REM, as ondas tornam-se dessincronizadas e ocorre um fenômeno de movimento rápidos dos olhos (rapid eyes movements), daí o nome do sono REM. É nessa fase que ocorrerão os sonhos, que são estados especiais de consciência, que recebe influência das experiências vividas durante o dia, das angústias, dos fatores estressantes, que são revividas durante o sono Aloe, Azevedo e Hasan (2005)

Segundo Crispim et al. (2007), dormir não é apenas uma necessidade de descanso mental e físico: durante o sono ocorrerão vários processos metabólicos que, se alterados,

poderão afetar o equilíbrio de todo o organismo a curto, médio e, mesmo, a longo prazo. Estudos provam que, quem dorme menos do que o necessário, terá menor vigor físico, envelhecerá mais precocemente, estará mais propenso a infecções, à obesidade, à hipertensão e ao diabetes.

Para Palma et al. (2007), o sono mal dormido tem repercussão importante sobre o sistema imunológico. A privação de sono é um fator de estresse, que causará aumento da liberação de cortisol, e, conseqüentemente, responsável pela queda das defesas de imunidade. Além disso, resultará em cansaço diurno, sonolência, dificuldade de concentração, déficit de aprendizado, perturbação do humor em especial a sesta, a famosa soneca após o almoço, embora de eficácia muito discutida e controversa entre os estudiosos poderá fazer a diferença entre a resolução ou não de um desafio intelectual.

Um estudo recente, apresentado por pesquisadores do Laboratório de Cronobiologia Humana do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), trouxe uma nova evidência nesse sentido, trata-se de um experimento conduzido com voluntários que foram desafiados a resolver um problema no Speedy Eggbert Mania, um jogo eletrônico que consiste em quebra-cabeças e labirintos que devem ser superados para que o personagem principal passe para a fase seguinte. Aos voluntários foram dados 10 minutos para que um desafio fosse solucionado. Esgotado o tempo, aqueles que não resolveram o problema receberam, após um intervalo de 90 minutos, uma nova chance, voltando ao jogo na situação em que haviam parado. “Entre os que, durante o intervalo dormiram, o índice de solução após a sesta foi quase duas vezes maior do que entre os que permaneceram acordados”. (BEIJAMIN et al., 2014).

Quanto aos efeitos nocivos trazidos pelo déficit do sono, foi publicado no Jornal BBC (2014) um artigo na publicação científica da *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, no qual os pesquisadores evidenciaram nos resultados do estudo que o sono insuficiente prejudica a saúde, embora não se saiba definir os processos associados.

Os resultados apontam aumento das atividades dos genes ativos, gerando maior produção de proteínas alterando a configuração química no corpo dos voluntários. Áreas como o sistema imunológico e a forma como o organismo reage a danos e estresse foram afetadas. Ou seja: dormir é essencial para a reconstrução do corpo e a manutenção de um estado funcional. Caso contrário, vários tipos de danos parecem acontecer, pois, se as células são degeneradas com o sono deficitário e não podemos reabastecê-las ou substituí-las, isso ensejará doenças degenerativas.

6.4.4 Sobre o relaxamento

Para Oliveira (2001), o relaxamento é uma das atividades sensório-motoras que, por ser assim classificada, têm no seu objetivo a autodescoberta. Tem nos seus passos a autopercepção consciente (sentir cada parte do seu corpo e as sensações daí decorrentes), a auto expressão (liberação de sentimentos) e o autodomínio (capacidade de expressar-se de modo apropriado como promoção dos maiores interesses). Significa estar no comando de si mesmo.

Roeder (2003) diz que o relaxamento (Figura 6) é utilizada com o objetivo de ajudar na intervenção na produção de substratos biológicos utilizados na organização e hierarquização de estruturas dos processos mentais que dão a capacidade de interação com o meio. A interioridade de sua experiência é fundamental para construção a mente, que, por sua vez, é dialética e heurística, sendo o seu processo biológico nas suas raízes, e social no seu fim.

Figura 6 - Registro fotográfico de alongamento e relaxamento.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2014)

Essa atividade, além de trabalhar na dimensão psicológica do ser humano, alterará também os processos fisiológicos, autorregulará e retroagirá sobre a afetividade e agirá sobre as reações de personalidade. Além da sensação de descanso, tornará possível o desatar interno, a introspecção e a reprodução construtiva das antigas vivências, atingindo, assim, novas coordenações e estruturações psicobiológicas, o que viabilizará um comportamento novo e mais adaptado., fruto da conscientização corporal, do tratamento da sincinesias , paratonias e estabilização emocional. (PAYNER, 2002).

7 A AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO NO OLHAR DAS ACS

Com a execução das oficinas, realizou-se a avaliação na visão das ACS. Solicitou-se que avaliassem em uma palavra o processo vivenciado nas cinco oficinas. Deparamo-nos com uma avaliação satisfatória, não bastando para algumas expressar somente em uma palavra:

□ Contribui: “com o meu tempo de vi aqui”, “Com a minha participação” (2), “com a minha dificuldade”, “minha disponibilidade”, “Tempo” (2), “Amizade” e “partilha”;

□ A participação para elas significou: “algo muito bom”, “aprendi muitas coisas boas”, “um aprendizado” (2), “companheirismo”, “mais sabedoria”, “aprendizado”, “alegria” “Sabedoria”, “aprendizado”, “foi importante pois aprendi coisas novas”

□ Comprometeram-se a: “continuar ar continuidade”, “cuidar de mim”, “vigiar fazer exercício físico”, “levar às outras pessoas”, “praticar”, “cuidar de mim”, “passar para alguém que aprendi” e “levar algo para a minha comunidade”.

□ O sentimento após a participação: “foi maravilhoso”, “o dever cumprido”, “satisfação” “compromisso”, “ser mais eu”, “estou maravilhosa”, “satisfação e alegria” e “valorização”, “sentimento bom”.

Ainda na fala das agentes: *Aprendi que devo olhar para mim de forma geral, “Aprendi a me cuidar mais, comer menos, me arrumar pra mim mesma ser feliz e cuidar da minha saúde mental”,*

“que preciso cuidar melhor de mim: comer melhor dormir melhor, fazer exercício físico, psicológico mental, esses cuidados e outros com certeza terei mais saúde, terei melhor qualidade de vida”

“Aprendi que nunca é tarde para olharmos para nós mesmos. Tirar tempo para cuidar da alimentação, do corpo com exercício corporal, alimentar a mente com coisas boas. Aproveitar cada oportunidade para crescimento pessoal ser melhor em todos os aspectos de vida. Olhar no espelho e ver onde posso melhorar, não só na aparência, mas no ânimo, na saúde”

“Na qualidade de vida no trabalho: que devo planejar a modo para melhor desenvolver a qualidade do trabalho que faço na área, nas família com pessoas... de forma antecipada, devo planejar quais as metas que devo atingir em cada mês. Quais as atividades extramuro posso reivindicar para as famílias, que locais posso utilizar e como posso interagir sem correr risco de vida dentro da comunidade.”

“Da avaliação de saúde mental descobrir que é importante ter em mente que a saúde em todos os aspectos da vida começa na satisfação de indivíduo com a possibilidade de saber utilizar o que tem. É ser feliz... se exagerar nas cobranças das coisas que não deram certo ou que não conseguimos realizar como queríamos

fazer”

“Ver o lado positivo nas mais difíceis situações de adversidades nos manter equilibrados e capacitados para enxergar a saída ou solução de problemas por completo ou paliativamente”

“Aprendi que para fazer grandes coisas as vezes basta apenas pequenas atitudes, aprendi que devo cuidar de mim, só assim serei capaz de cuidar do outro”.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados obtidos evidenciou-se que a saúde mental das ACS e suas histórias de vida, como de todo ser humano, são cercadas de situações que marcam o desenvolvimento psíquico e, por conseguinte, amadurecem suas emoções tornando-as mais hábeis para o enfrentamento, com expressão singular, diante das situações do dia a dia e nos diversos lugares de suas vivências, dentre os quais o trabalho.

O trabalho para elas tem grande contribuição na constituição de sua subjetividade, pois a ele dispensam grande parte do seu tempo. E nesse processo transitam entre o trabalho prescrito e trabalho real, vivenciando muitas situações estressoras, em particular a negação de direitos trabalhistas, violência, somados a seus problemas particulares, principalmente com a família e infraestrutura do lugar onde moram, bem como a estruturação do processo de trabalho, que juntas trazem a elas um grande turbilhão de sentimentos e sensações ambivalentes expressas por momentos prazer e sofrimento.

Evidenciou-se ainda a necessidade de intervenções contínuas que visem a produção do cuidado voltado para melhoria de qualidade de vida e nos aspectos determinantes de sua saúde mental, considerando-se todos os achados e estratégias executadas durante a intervenção, a oferta dessas intervenções deve visar a garantia da promoção de sua saúde integral, de acordo com o que determinam as Políticas de Educação Permanente e de Saúde do Trabalhador propostas pelo Ministério da Saúde.

Interagir com elas por meio das tecnologias utilizadas-escuta, trabalhos grupais, oferta de cuidados, bem conhecer concepções sobre o cuidado e a saúde mental, discutir temáticas inter-relacionais, verificar situações de vida pessoal e de trabalho-foram passos importantes para o amadurecimento mútuo, reflexão e ressignificação do cuidado em saúde mental.

Foi possível constituir, no coletivo, um espaço de igualdade, solidariedade e retirar o olhar para o produto final do processo contínuo de exposição ao estresse e problemas do dia a dia, o indivíduo doente, e voltar o olhar para o indivíduo com suas particularidades, suas fraquezas, suas fortalezas, suas inquietações seus segredos, buscando coletivamente trabalhar na melhoria da autoconsciência, boa autoestima, viver feliz e práticas de cuidado de si.

Do ponto de vista metodológico chegamos ao término dessa etapa com a construção e execução de uma proposta pedagógica e de cuidado que poderá ser utilizada, positivamente, para outros grupos de trabalhadores, considerando todo processo avaliativo e de ajuste realizado durante as etapas do processo.

Outro aspecto relevante foi o compartilhamento do processo: busca do referencial teórico, elaboração da metodologia, providências gerais para sua execução, compra de materiais, providência de alimentos, realização das atividades, avaliação das intervenções e estratégias, isso consolida a ideia da grandeza multidimensional do trabalho de equipe. Chegamos ao término dessa etapa com a construção e execução de uma proposta metodológica que, certamente, poderá ser utilizada para intervenção junto aos demais ACS, bem como com outras parcelas de pessoas e grupos de trabalhadores.

No que se refere a mudanças atitudinais, possíveis frutos da intervenção, provavelmente as participantes já tenham evoluído no processo ao longo da intervenção, pois já apontaram algum desejo nesse sentido. Estudos futuros poderão averiguar o impacto dessa reflexão e ressignificação do cuidado em saúde mental. Por outro lado, observando as necessidades apontadas, juntamente com as mudanças potenciais desse grupo, suscita-se a implantação de um trabalho de acompanhamento dadas às situações evidenciadas.

Quanto às dificuldades podemos destacar a ausência de financiamento externo, pois os custos foram altos para realização do trabalho e ficaram todos sob responsabilidade dos pesquisadores, um outro aspecto foi a necessidade de adequação, pois durante a execução foi percebida comunicação prejudicada suscitando adequação em muitos momentos. Por fim, elaborar, implementar uma intervenção e concebê-la com produto final uma dissertação, para nós foi um grande desafio principalmente devido a escassez de material bibliográfico que se voltasse para essa proposta.

Assim, diante de todas essas peculiaridades podemos concluir esta fase com a clareza da existência concreta da importância da implementação de espaços de cuidado que ofereçam a escuta e possibilitem a busca coletiva de soluções de enfrentamento para a vida dos trabalhadores da saúde, neste caso as ACS. É afirmativo que a intervenção realizada mostrou-se efetiva para a promoção do autoconhecimento, minimização do estresse do trabalho, aproximação do grupo, pois foram evidenciadas atitudes e sentimentos positivos voltadas para as melhorias na equipe e suas vivências interrelacionais diárias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.P. G; FERRAZ, C.A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n1, p, 31-35, 2008.

ALÓE, F; AZEVEDO, AP; HASAN, R. Mecanismos do ciclo sono-vigília. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.27 suppl.1. São Paulo: May, 2005.

AMARAL, Márcia A. do. **Atenção à saúde mental na rede básica:** estudo sobre a Eficácia do modelo assistencial. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2005.

ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos e ALVES, Leonir Pessate. Estratégias de Ensino. In: _____. **Processos de ensino na universidade:** pressupostos para as Estratégias de trabalho em aula. 6. ed. Joinville, SC: Univille, 2006. p. 67-100.

ANDRADE et. al. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS et al. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BALLONE, J. G.; NETO, E.; ORTOLONI, I. V. **Da emoção à lesão.** São Paulo: Mande, 2002, 333p. Disponível em: <http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/ed03_art02.php>. Acesso em: 10 abr. 2014.

BACHILLI, R.G; SCAVASSA, A.J; SPIRI, W.C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência Saúde Coletiva.** 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Almedina, 2009.

BBC Jornal. **Déficit de sono tem efeito 'dramático' sobre o corpo humano.** Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2014/06/140609_efeitos_sono_ruim_mv.shtm>. Acesso em: 10 jun. 2014.

BEIJAMINI, Felipe. **After Being Challenged by a Video Game Problem, Sleep Increases the Chance to Solve It.** Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0084342>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

BENEDETTI, T. B.; GONÇALVES, L. K.; PETROSKI, E. L. Exercício físico auto-Imagem e auto-estima em idosos asilados. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 5, n. 2, p. 69-74, 2003.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da Comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências Intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://planalto.gov.br>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental/departamento De Atenção Básica. Departamento de Ações programáticas estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, n34. Brasília, 2013.

_____. Lei nº 11.430, de 26 de dezembro de 2006. Altera as Leis nº 8.213, de 24 de Julho de 1991, e nº 9.796, de 5 de maio de 1999, aumenta o valor dos benefícios da Previdência social; e revoga a Medida Provisória nº 316, de 11 de agosto de 2006. Diário Oficial [da] União, 27 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Guia alimentar dez passos para alimentação saudável. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_alimentacao_saudavel.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2013.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Projeto-Intervenção. Escola de Gestores da Educação Básica. Disponível em: <<http://moodle3.mec.gov.br/ufms/file.php/1/gestores/vivencial/pdf/projetointervencao.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2012.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: língua portuguesa: terceiro e quarto ciclos: Brasília: MEC/SEF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAB. Sistema de Informação da Atenção Básica: indicadores 2006. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

_____. Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção-FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, 13 fev. 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Brasília: CONASS, 200.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma E Tuberculose. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Cria Portaria 2.488/2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 01 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. D.O.U.- Ano CXLIX Nº 165, Seção I, págs.46-51. Brasília-DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 02 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Perfil de competências profissionais do Agente comunitário de saúde (ACS): versão preliminar. Brasília: 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Consulta Pública do Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS (NOB- SUS 01/96). Gestão plena com responsabilidade pela saúde da população. Diário Oficial da União, 06 de novembro de 1996. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 27 jun. 2014.

_____. Lei nº 11.350/2006, de 5.10.2006. Dispõe sobre as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 16 out. 2009.

BRÊDA, Mércia Zeviani. **O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção Básica de saúde**, Recife–Fiocruz, 2004.

BRUMATO, Valéria Regina et al. **Registro fotográfico de alimentos para avaliação de consumo alimentar e educação nutricional**. VI EPCC. Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar, 27 a 30 de outubro de 2009. Disponível em: <http://cesumar.br/epcc2009/anais/valeria_brumato_regina.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2013.

CARDOSO, C.; SEMINOTTI, N. O grupo psicoterapêutico no Caps. **Cienc. Saude Colet.**, v.11, n.3, p.775-83, 2006.

CERCHIARI, E. A. N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Prevalência de Transtornos Mentais Menores em Estudantes Universitários. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 3, p. 413-420, 2005.

CHEREMETA, Marcell; et al. Construção da versão abreviada do QWLQ-78: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. 2011, v.03, n.1. p.01-15.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2006.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rubio, Rio de Janeiro, 2004.

CÔRREA, Carlos; PFEIFFER, Claudia Castellanos; LORA, Adriano Peres. O Agente Comunitário de Saúde-Uma História Analisada. RUA [online]. 2010, no. 16. Volume 1 - Consultada no Portal **Labeurb–Revista do Laboratório de Estudos Urbanos do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade**. Disponível em: <<http://www.labeurb.unicamp.br/rua/>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

COSTA, Edlucy Costa e. **Morfologia urbana e desenho social: um estudo comparativo** Dos bairros do Coroadinho e Cidade Olímpica em São Luís–MA. Rio de Janeiro: UFRJ/FAU, 2009. 170f: il. 30cm.

COSTA, Sandra. **O que é um relato de experiência vivida**. Publicado em 24 de fevereiro De 2013. Disponível em: <<http://ideiaspraticasparasaladeaula.blogspot.com.br/2012/05/proposta-de-redacao-relato-de.html>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

CREMONESE, Giana Rübenich; MOTTA, Roberta Fin; TRAESEL, Elisete Soares. Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, Brasil, v. 16, n. 2, p. 279-293, dez. 2013. ISSN 1981-0490. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/77837>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

CRISPIM CA; et al. Relação Entre sono e obesidade: uma revisão da literatura. **Arq Bras Endocrinol Metab** vol.51 no.7 São Paulo Oct. 2007

CRUZ, M.C.C. **O conceito e cuidados a saúde**. Dissertação (mestrado). Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, 2009. Disponível em: <http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/conceito-cuidado-a-saude/id/49069911.html>. Acesso em: 20 jan. 2014.

CSIKSZENTMIHALY, M. **Flow: The psychology of optimal experience**. Nova York: Harper Perennial, 2006.

DEFINIÇÃO e elaboração de PTA. Direção de Márcio Henrique Sá Costa Netto. São Luís, UFMA/UNASUS. 2011. 7minutos. Vídeo: formato MPEG. Disponível em: <<http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/229>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

DEJOURS, C. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista produção**, v14, nº 03, p. 27-34, set/dez, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2013.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. (Tradução de José Gabriel Cunha). Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2004.

DELGADO, Leonardo de Arruda. **Avaliação física-medidas antropométrica**. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAC90AG/avaliacao-fisica-medidas-antropometricas-leonardo-arruda-delgado?part=7>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

DUARTE, L.R.; SILVA, D.X.JR.; CARDOSO, S.H. Construindo um programa de educação Com agentes comunitários de saúde. **Interface** (Botucatu). 2007.

EPSJV (Org.) **Projeto Político Pedagógico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FARAH, Olga Guilhermina Dias. SÁ, Ana Cristina. Psicologia aplicada a enfermagem. **Série enfermagem**. São Paulo: Manole, 2008.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho; et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(4):898-906, abr, 2009.

FERRO, Fernanda Fernandes. **Instrumentos para medir a qualidade de vida no trabalho E a ESF**: uma revisão de literatura. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Brumadinho, 2012. 92f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FISCHER T, Melo VP. **Programa de desenvolvimento e gestão social**: uma construção coletiva. In: Fischer T, Roesch S, Melo VP, editores. Gestão do desenvolvimento territorial e residência social: casos para ensino. Salvador: EDUFBA, CIAGS/UFBA, 2006. p.13-41.

GARMEZY, N. (1994). Reflexões e comentários sobre risco, resiliência e desenvolvimento. In: R. Haggerty et al. (Eds) **Estresse, Risco e resiliência em crianças e adolescentes**: processos, mecanismos e intervenções (New York, Cambridge University Press), 1994.

GLINA, D. M. R. **Modelos teóricos de estresse e estresse no trabalho e repercussões na Saúde do trabalhador**. São Paulo: Roca, 2010. p. 3-30;

GONZALEZ, Rey, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**. Os processos de construção da informação. São Paulo, Pioneira Thomson Learning, 2005.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. (2008). Avaliação de Desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública** (FIOCRUZ), v. 24, 380-390.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 13, n. 28, p. 123-135, mar. 2009.

KABAT-Zinn, Jon. como viver cada momento de sua vida através da meditação. **Objetiva**, 2001.

KAC, Gilberto; SICHIERI, Rosely; GIGANTE, Denise Petrucci. **Epidemiologia nutricional**. Atheneu, 2007.

KEITEL, Liane construção de vínculos inter-pessoais e constituição de grupos. 3. ed. **Pensamento Biométrico. Revista Eletrônica**. Disponível em: <http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/ed03_art02.php>. Acesso em: 10 abr. 2014.

LANCMAN, S. et al. **Reabilitação profissional e saúde mental no trabalho**. São Paulo, 2010.

LAURELL, A. C. El estudio del proceso salud-enfermedad em América latina. **Cadernos Médico-Sociales**, v. 17, n. 3, p. 3-18, 1986.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEONTIEV, A. N. “A imagem do mundo”. In: GOLDER, M. (org.) **Leontiev e a psicologia histórico-cultural: um homem em seu tempo**. São Paulo, Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Atividade Pedagógica/Xamã, 2004

LIMA, Ariane Netto de; SILVA, Lúcia; BOUSSO, Regina Szyllit. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saúde soc.**, 2010, vol. 19, n.4, p.889-897. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 18 dez. 2014.

LIMA, Wilson. Coroadinho: maior favela do norte e nordeste é campeã em violência. **Dialogospolíticos**. Dezembro 21, 2011· Disponível em: <<https://dialogospolíticos.wordpress.com/2011/12/21/coroadinho-maior-favela-do-norte-e-nordeste-e-campea-em-violencia/>>. Acesso em: 16 fev. 2012

LUNARDI, V. L. et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na Prática de saúde. **Revista Latino Americana Enfermagem**, n. 12, nov.-dez. 2004.

MARTINS, L. M. **Análise sócio-histórica do processo de personalização de professores**. Tese de Doutorado. Unesp-Marília, São Paulo, 2001.

MENDES, W. **Home Care: uma modalidade de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, UERJ; 2001.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações Atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Ago; v. 22, n. 8, p. 1639-48, 2006.

MENDONÇA, T.C.P. **As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação**. 2014. Disponível em: <<http://fsmorente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/lisboa/mourinho.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

MORORO, M. E.M .L. **Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projetos Terapêuticos singulares em centro de atenção psicossocial**. 2010. 110p.

MOSQUERA, J.J.M.; STOBAUS. C. D. Auto-imagem, auto-estima e auto Realização na Universidade. **IberPsicologia**, 10 (3.9) Mestrado)–escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

NASCIMENTO, Cynthia Maria Barboza do. **Precarização do trabalho do agente Comunitário de saúde**: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife. Recife, 2005. Disponível em:<<http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes>>. Acesso em: 10 set. 2012.

NEVES, E. P. Cuidando e confortando: uma estratégia para a saúde do trabalhador. **Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 133-137, maio/ago. 2002.

NUNES M.O, et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse Personagem híbrido e polifônico. **CAD Saúde Pública**. 2002.

O'DONNEL, M. P. **Helth Promocion in the workplace**. 3. ed. Dlmar 2002.

OLIVEIRA, Daíla Timbó. Et al. Percepções do Agente Comunitário de Saúde sobre sua atuação na estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm.** 2012 Jan/Mar; 17(1):132-7

OLIVEIRA, F. (2001). **Aproximações ao enigma**: o que quer dizer desenvolvimento local? São Paulo: Pólis, FGV.

OLIVEIRA, T. T. S. S.; LEME, F. R. G. **Cuidar do cuidador**: resignificando trajetórias, Atuação e projetos. Universidade Estadual de Maringá, 2009.

OMS - Organização Mundial De Saúde. A saúde mental pelo prisma da saúde pública. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OPAS/OMS, p.1-16, 2001.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Terceira et al. **Oficinas de construção de indicadores e Dispositivos de avaliação**: uma nova técnica de consenso. Campinas, São Paulo, 2008. Disponível em:<<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/html/v10n1a15.html#n>>. Acesso em: 25 Mar. 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro v.25 n.58 maio/ago. 2001.

PALMA BD; et al. Repercussões Imunológicas dos distúrbios do sono: o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal como fator modulador. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol. 29 suppl.1 São Paulo: May, 2007.

PAPALIA, D. E. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PAPARELLI, R. **Desgaste mental do professor da rede pública de ensino**: trabalho se Sentido sob a política de regularização do fluxo escolar. 2009. 184f. Tese (Doutorado)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009; vd

PAULINO, Valquiria Coelho PINA. Ações de Educação Permanente no contexto da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. De enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, 2012.

PAVIANI, Neires Maria Soldatelli; FONTANA, Niura Maria. Oficinas Pedagógicas: Relato de uma Experiência. **Conjectura**, Caxias do Sul, v. 14, n. 2, p. 77-88, maio/ago. 2009.

PAYNE, R. **Técnicas de relaxamento**. Loures: Lusociência. (Tradução do original em língua Inglesa Relaxation Techniques). 2002

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; REIS, D. R. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 1, n. 1, p. 23-32, jan./ jul. 2010.

PEREIRA, Ana Tereza da Silva et.al. O uso do prontuário familiar como indicador de Qualidade da atenção em unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup1: S123-S133, 2008.

PEREIRA, Iara Cristina; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2013, vol.66, n.3, pp. 412-419. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300017>>.

PETROVSKI, A. V. et al. (1989). **Psicologia**. Moscou, Progresso.

PETRUS, Júlia Katia Borgneth. **Confrontando o Território com a Desigualdade Socioespacial da cidade de São Luís-MA./Brasil**. 2013.404f.:il.in color. Tese Universidade de Barcelona, 2013.

RANRAKHA, S, et al. Distúrbios psiquiátricos e arriscado comportamentos sexuais na idade adulta jovem: estudo transversal, na Corte de nascimento. **British Medical Journal**, 2000.

RATH. T; HARTHER, J. **Well Beigm – The five essencial elements**. Nova York: Gallup Press, 2010.

REIS, Luciana Bicalho. **Uma análise de dimensão ético-política do trabalho de agentes Comunitários de saúde do município de Vitória**. Dissertação (Mestrado em Psicologia)– Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 2005. Disponível em: <www.cchn.ufes.br/ppgp/download/dissertacoes/2005%20%20reis.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2012.

REIS JUNIOR, Dálcio Roberto dos. **Qualidade de Vida no Trabalho**: Construção e validação do questionário QWLQ-78. / Dálcio Roberto dos Reis Junior. Ponta Grossa: [s.n.], 2008. 114 f. : il. ; 30 cm.

RIBEIRO, C. A. **Assistência domiciliar**: uma ‘nova’ modalidade de atenção à saúde. Disponível em: <<http://www.unimeds.com.br/conteúdo/ME01.htm>>. Acesso em: 16 ago. 2009.

RIBEIRO, CA, BORBA, RIH. Crescimento e desenvolvimento da criança. In: SANTOS, LES. **Creche e Pré escola**: uma abordagem de saúde. São Paulo: Artes Médicas, 2004.p. 81-113.

ROCHA, Sebastião. **Roteiro para a construção do PTA (Plano de Trabalho e Avaliação)**. Elaborado pelos educadores do Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento, Belo Horizonte. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/2625748/Guia-do-PTA-Plano-de-Trabalho-e-Avaliacao-do-CPCD#fullscreen>. Acesso em: 16 abr. 2012.

ROEDER, Maika Arno. **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência Interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 1, p. 214-222, jan. 2009.

SAÚDE, Relatório Mundial. 1.ed. Lisboa, Abril de 2002. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf. Acesso em: 15 Mar. 2013.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval; NEVES, Tatiana Freitas Stockler das. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2010, vol. 13, n. 2, pp. 225-240.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. São Paulo: Cortez; Rio De Janeiro: UFRJ, 1994.

SILVA, Andréa Tenório Correia da; MENEZES, Paulo Rossi. Esgotamento profissional e Transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.5, Oct. 2008. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000500019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 abr. 2013.

SOUSA, Angélica Arroio Quiqueto de. **Conteúdos de leitura comportamentos leitores**. 2010. Disponível em: <http://www.revistaescola.abril.com.br>. Acessado em: 15 abr. 2014.

WHO – World Health Organization. **Expert Committee on Mental Health**: User's Guide to Self Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva; 1994.

WHOQOL Group, The. **O desenvolvimento do WHOQOL -100**. Porto Alegre, EFRGS, 1998.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-Ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

UNB/FE. Orientação para elaboração do Projeto de Intervenção Local. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com Ênfase em EJA. Brasília, 2006.

VAISBERG, T. A. Da questão do método à busca do rigor. In: _____. **Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana**. Aparecida (S.P): Ideias e Letras, 2004.

VYGOTSKI, L. S. “El problema de la edad”. In: VYGOTSKI, L. S. **Obras Escogidas**. Tomo IV. Madri, Visor, 1996. pp.251-274.

VITORIA REGIS, Lorena Fagundes Ladeiaand; PORTO, Isaura Setenta.
Equipe de Enfermagem e Maslow: (in)satisfações no trabalho. **Rev. bras. enferm.**[online].
2006, vol.59, n.4, pp. 565-568. ISSN 0034-7167. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000400018>>. Acesso em: 20 jan. 214.

WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. (2009). O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégia de enfrentamento. **Revista Enfermagem UERJ**, 17(4), 563-568.

ZIMERMAN, David E. **Psicanálise em perguntas e respostas**: verdades, mitos e tabus. Porto Alegre: Artmed,2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro (a) Agente Comunitário de Saúde,

Convido-o (a) a participar da intervenção, que têm como objetivo: **Oportunizar a reflexão e ressignificação do cuidado em saúde mental para os agentes comunitários de saúde.**

Neste sentido, solicito sua colaboração na participação de cinco encontros de quatro horas de duração cada um, além de atividades semipresenciais. O primeiro encontro será para apresentar a proposta de intervenção e agendarmos dias, horários e local para as oficinas, os 2º, 3º e 4º, encontros serão para as oficinas onde serão realizadas vivências de grupo com momentos de dinâmicas, rodas de conversa, leituras de textos, projeção de vídeos, trabalhos em equipe e individuais, escuta, entre outras atividades, todas elas voltadas para os objetivos do trabalho, e finalmente o 5º encontro será uma culminância, encontro para vocês apresentarem os resultados do que aprenderam e construíram durante a intervenção.

Para registro das atividades serão utilizados, um diário de bordo, que é um caderno onde vocês irão escrever as coisas que aprenderem ou considerarem importantes para lembrar ou mostrar para alguém futuramente, as fotografias e gravações. Todos os registros e resultados serão apresentados ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família e depois publicados em livros e revistas científicas, para que outras pessoas possam conhecer o trabalho.

Existem riscos mínimos aos participantes desta pesquisa, relacionados ao desconforto emocional frente à observação de seu protagonismo, relacionados às atividades desenvolvidas, como à evocação de memórias, exposição de ideias, interação com os demais participantes, bem como a exposição de seus sentimentos. Caso surja algum destes desconfortos por parte de dos participantes, buscar-se-á a minimização por meio de escuta individual qualificada com orientações para encaminhamentos de terapêuticas pertinentes, caso participante e pesquisador em comum acordo juguem necessário.

Informo ainda que a sua participação não lhe trará prejuízos quanto ao seu vínculo empregatício e atividades desenvolvidas enquanto agente comunitário de saúde. Os benefícios para quem aceitar participar serão de ganho individual, relativos ao cuidado de si, reflexão quanto a sua vida e sua prática de cuidador. A participação no estudo não lhe acarretará nenhuma despesa.

Caso aceite nosso convite para participar, informo que:

- ☐ Este estudo está em conformidade com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares;
- ☐ Deverá assinar duas cópias deste termo, das quais uma ficará em sua posse e a outra permanecerá em posse do pesquisador;
- ☐ As fotografias servirão como registro de imagem dos produtos das oficinas que, juntamente com os depoimentos escritos ou gravados, serão utilizados para fins divulgação das informações na comunidade científica em forma de livros, artigos, slides e outros formatos, sem contudo expor os nomes dos participantes.
- ☐ Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo durante o andamento da pesquisa, resolver desistir você tem total liberdade para retirar o seu consentimento;
- ☐ Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o andamento da Estratégia saúde da Família e para sua vida;
- ☐ Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento pelos contatos: 98-88198403(oi) e e-mail: rolandiniz@hotmail.com
- ☐ Telefone do pesquisador responsável, Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva é 99721489;
- ☐ Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de São Luís Maranhão –CEP é 98-32147364

São Luís, ____ de _____ de 2014

Participante do estudo

Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva (Pesquisador responsável)

José Adailton Roland Diniz (Pesquisador mestrando)

APÊNDICE B – Programação do 1º encontro

Reunião de Apresentação

Objetivo: Apresentação do projeto e convite à participação dos ACS na Intervenção.

Público Alvo: integrantes das Equipes nº 06 e 17 da ESF, coordenador de área, coordenador geral da ESF, diretor geral do CSAG, Mestrados proponentes dos projetos

Local: CSAG

Data: / / 2014

Horário: 8:00 h às 9:30 h

Material, equipamentos e impressos:

Data Show / Computador/ Caixa de som / Câmera fotográfica.

- Lista de Frequência e impressos TCLE

Programação da Reunião de Apresentação			
Hora	Descrição da atividade	Tempo/Responsável	Avaliação
8:00	Acolhimento (ao som de...) Dar as boas vindas, agradecendo a presença, apresentação de cada um dos pesquisadores	5' Janete	
8:05	Contextualização do tema com a Projeção do vídeo- Promoção da saúde	7' Adailton	
8:15'	Apresentação dos projetos em conjunto	20' Janete e Adailton	
8:35'	Esclarecimentos sobre o projeto	10' Janete e Adailton	
8:45'	Projeção e Leitura do TCLE	5' Adailton	

9:00'	Convite à participação e Assinatura do TCLE por todos que aceitarem participar	10' Janete	
9:10'	Encerramento e agradecimentos	2' Janete e Adailton	
Prosseguir no encontro somente os ACS que aceitarem participar no estudo			
9:12'	Esclarecimento de dúvidas sobre a proposta da intervenção	5' Facilitadores e ACS	
9:17'	Entregar o kit individual e apresentar a proposta de construção do diário de bordo	10' Facilitadores e ACS	
9:27'	Agendamento do 2º encontro (data, Local e horário)	3' Participantes da intervenção	

Observação: o campo avaliação se presta a anotações e registros do facilitador do encontro, sobre a atividade realizada.

APÊNDICE C – Convite para Reunião de apresentação do projeto

Caros ACS das equipes nº06 e nº17 e suas respectivas equipes.

É com grande honra que venho convidar você para conhecer o projeto:

PROMOÇÃO DA SAÚDE:

**JANELAS DE OPORTUNIDADES PARA REFLEXÃO E RESIGNIFICAÇÃO DO
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS**

Dia:

Horário: 08:00h às 09:00h

Local: Centro de Saúde Dr. Antonio Guanaré

Como aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Família, encontro-me no momento de produzir meu trabalho de conclusão de curso. Sou enfermeiro atuante na área de Saúde Mental e Atenção Básica , por isso estou propondo um trabalho que se volta para as questões dentro dessas duas áreas. Assim venho convidá-lo (la) a participar de uma reunião de apresentação do projeto supracitado, conto com a sua colaboração a **sua presença é de extrema importância.**

Sua presença é de extrema importância nesta reunião!

Certo de contar com sua participação agradeço antecipadamente

José Adailton Roland Diniz

Mestrando Renasf

São Luís, Abril de 2014

APÊNDICE D - 1ª Oficina: “Eu e o Meu Umbigo”

1ª Oficina: “EU E O MEU UMBIGO”				
Objetivo: Identificar protagonismo				
Objeto: Protagonismo identificado				
Dimensões	Perguntas importantes	Atividades Técnicas/instrumentos	Indicadores e Evidências	Tempo / responsável
1. Identidade	1.0 Quem sou Eu? 1.1 Quando comecei a ser eu? 1.2 Como tenho sido?	1.0, 1.1 e 1.2 Construção do Crachá “Linha da vida”. Evocação de memória do passado, registro de uma realização presente, e expectativa de uma realização futura (meta/sonho/expectativa), 1.2 Identificar fortalezas e fragilidades nesta evocação. Socialização na roda.	1.0, 1.1e 1.2 100% dos participantes capazes de relatar na roda a linha de vida de seu crachá, apresentando uma identidade frente ao grupo. 1.2 100% participantes capazes de identificar nos momentos evocados pelo menos uma fortaleza e uma fragilidade presente.	40’ ACS e Facilitadores
2. Projeção	2.0 Como buscarei ser?	2.0 .Evocação do conceito de saúde individual. .Construção de um painel “A saúde dos meus sonhos”, com recortes e colagem.	2.0 100% dos participantes capazes de expressar o seu conceito de vida saudável, relacionando saúde, cuidado e promoção da saúde na vida.	40’ ACS e Facilitadores

		(Trabalho em equipe)		
3. Transformação	3.0 Como ser?	3.0 Ateliê Renascer (Anexo 11)	3.0 100% dos participantes com projeto de imagem elaborado executado e com registro fotográfico realizado.	1h20' ACS e Facilitadores
		3.1 Preenchimento da Certidão de Renascimento	3.1 100% dos participantes com identidade assumida no grupo, certidões de renascimento preenchidas, com Significados, origem e significância dos nomes pesquisados.	20' ACS e Facilitadores

APÊNDICE E - 2ª Oficina “Eu Caçador De Mim”

2ª Oficina “EU CAÇADOR DE MIM”				
Objetivo: Identificar espaços e possibilidades de protagonismo				
Objeto: Espaços e possibilidades de protagonismo identificados				
Dimensões	Perguntas importantes	Atividades Técnicas/instrumentos	Indicadores e Evidências	Tempo / responsável
1. Família	1.0. Qual é o meu lugar na família? 1.1. Como eu me relaciono com minha família?	1. 0, 2.0 e 2.1 Auto aplicação das ferramentas de abordagem familiar Genograma e Ecomapa .	1.0 , 1.1 e 2.0. 100% dos participantes visualizando seu lugar , papel e relações intra e extra familiares.	1h:30’ ACS e Facilitadores
2. Sociedade	2.0. Como eu me relaciono com os outros?	2.0 e 3.0 Confecção e análise do quadro para mapeamento de tempo autodedicado.		40’ ACS
3. Em si mesmo	3.0 Como tenho me ocupado de mim?		3.0 100% dos participantes capazes de evidenciar tempo dedicado ao cuidado de si, no desenvolvimento de suas atividades diárias	

4. Meio ambiente	4.0. Como tenho me ocupado com o ambiente em que vivo? 4.1 Ocupo-me com o desenvolvimento sustentável?	4.0 e 4.1 Apresentação do vídeo - Carta da Terra, reflexão sobre a realidade do ambiente onde vive e sua ocupação com ele. .Estudo dos objetivos do milênio para o desenvolvimento sustentável .Elaboração de uma Carta da área (ilustrada).	4.0 e 4.1 100% dos participantes com pelo menos uma proposta de cuidados com o meio ambiente que o cerca, elaborada a partir da carta da área	1h:30' ACS e Facilitadores
Atividades de dispersão	1. Responder questionário de Qualidade de Vida QWQL-Bref. 2. Organizar as narrativas adicionando imagens que ilustrem a história de vida e registrem os marcos simbólicos relatados. Associando comportamentos saudáveis e construção de futuros.			4h ACS

APÊNDICE F - 3ª Oficina “Olhai e Vigiai Todos Vós”

3ª oficina - “OLHAI E VIGIAI TODOS VÓS”				
Objetivo: Identificar situações de risco com necessidades de intervenção para a promoção da saúde				
Objeto: Situações de risco com necessidades de intervenção para a promoção da saúde identificadas				
Dimensões	Perguntas importantes	Atividades Técnicas/instrumentos	Indicadores e Evidências	Tempo / responsável
1.	1.0 Como Olhar descobrir onde preciso intervir?	1.0. Resgate do QWQL-Bref-na roda de conversa com impressões de cada um após responder o instrumento. Levantamento de perfil para morbididades: Aferição de Medidas antropométricas;	1.0, 2.0 e 3.0 100% dos participantes capazes de identificar situações de risco ou de necessidades de cuidado de si.	1h40’ ACS e Facilitadores
2.Vigilância	2.0 Com que preciso estar atento ?	2.0 Avaliar processo de cuidados preventivos: - preventivos de Câncer - dentista - atividades físicas - alimentação saudável		1h ACS e Facilitadores

		-dependência de tabaco, álcool, crack e outras drogas		
3.Monitora	3.0	3.0		1h
Mento	Como posso acompanhar minha situação?	Experimentação de situar-se nas fichas de acompanhamento do SIAB : Fichas A, Bs, e cartão de acompanhamento de vacinas.		ACS e Facilitadores

APÊNDICE G - 4ª Oficina “Espelho, Espelho Meu, Existe Melhor Cuidador de mim do que Eu?”

4ª oficina – “ESPELHO, ESPELHO MEU , EXISTE MELHOR CUIDADOR DE MIM DO QUE EU?”				
Objetivo: Reconhecer potencialidades individuais para o cuidado de si.				
Objeto: Potencialidades para o cuidado de si reconhecidas				
Dimensões	Perguntas importantes	Atividades Técnicas/instrumentos	Indicadores e Evidências	Tempo / responsável
1. Autonomia	1.0 Como posso cuidar de mim?	1.0 Construção de varal de comportamento saudável a partir de técnica de bricolagem.	1.0, 2.0 e 3.0 100% dos participantes capazes de elaborar	80’ ACS e Facilitadores
2. Autocuidado	2.0 O que vou fazer para cuidar de mim?	2.0 Elaboração de um plano individual de cuidados a partir da identificação de situações de risco ou necessidade de intervenção.	propostas para promoção da sua saúde, utilizando seus recursos pessoais e denotando sua corresponsabilidade;	1h ACS e Facilitadores
3. IPDH	3.0 O que há em mim que me faz cuidador?	3.0 Bandeira pessoal-Mapeamento de potencialidades e construção de maneiras diferentes e inovadoras		80’ ACS e Facilitadores

		para trabalhar promoção à saúde. Elaboração de proposta De adoção de comportamentos saudáveis a partir de uma programação de atividades diárias onde se evidencie um tempo de cuidar de si. Pactuação da execução do plano individual de cuidados a ser cumprido		
Atividades De dispersão	Experimentação do plano individual de cuidados			ACS

APÊNDICE H - 5ª Oficina: “Dia D’EU”

5ª Oficina: “Dia D’EU”				
Objetivo: Experienciar protagonismo.				
Objeto: Protagonismo experienciado				
Dimensões	Perguntas	Atividades	Indicadores	Tempo
1. Protagonismo	1.0 O que Eu fiz?	1.0 Socialização das vivências do plano individual de cuidados	1.0 e 2.1 100% dos participantes apresentando seu relato da experimentação do plano de cuidados pactuado.	ACS 1h ACS
2. partilha	2.1 O que aprendi com esta experiência?	2.1 Relato livre na roda e leitura do registro no diário de bordo		
3. Promoção	Pausa para reflexão e elaboração do passo seguinte. Enquanto pensam e se preparam, recebem cuidados dos facilitadores: Dedicado a você - sessão de cuidados dedicados aos participantes com aplicação de tecnologias de autocuidado: escalda-pés com ervas aromáticas e esferas massageadoras; relaxamento, respiração e alongamento			40’ ACS e facilitadores
4. Compromisso	3.1 O que vou fazer com o que aprendi?	3.1 Construção da Árvore de promoção com elaboração de propostas para cuidar de si	3;1 100% dos participantes capazes de elaborar pelo menos uma ação de cuidado de si	30’ ACS e facilitadores

5. Avaliação	Em roda fazer sua avaliação com relação a intervenção:. Expressar em uma palavra: um significado, uma contribuição, uma aprendizagem, um compromisso, um sentimento. Abraços finais	40' ACS E facilitadores
-----------------------------------	---	--

“Na vida, não existem soluções. Existem forças em marcha: é preciso criá-las e, então, a elas seguem-se as soluções.” (Saint Exupéry).

Disponível em: <<http://www.citador.pt/frases/citacoes/a/antoine-de-saintexupery>>.

APÊNDICE I – Programação da Oficina “Eu e o Meu Umbigo”

Local: Igreja Batista em Parque Timbira Data: / / 2014 Horário: 8:00h às 12:00h

Material, equipamentos e impressos:

- Combinado oficineiro

PROGRAMAÇÃO DA REUNIÃO DE APRESENTAÇÃO				
Hora	Descrição da atividade	Tempo/Responsável	Posição	Avaliação
8:00	Acolhimento “Aquele abraço!”	05’ Facilitadores e ACS	Em pé	
8:05’	Construção do Compromisso de protagonismo nos encontros (Consenso)	15’ Facilitadores e ACS	Sentados em Roda	
8:20’	Contextualização: leitura voluntária do texto “Sobre umbigos e protagonismo”	05’ Facilitadores e ACS		
8:25’	Apresentação das perguntas 1.0 e 1.1	05’ Facilitadores		
8:30’	Construção do crachá linha da vida	20’ ACS	Mesas	
8: 50’	Socialização do crachá (2 voluntários-apresentar e comentar) Os demais apresentarão em 1 minuto na roda.	03’ cada um + 01’ dos demais = 20’ ACS	Roda	
9:10’	Contextualizar linha da vida, identidade, IPDH e protagonismo	05’ Facilitadores		
9:15’	Pausa para refletir :“Como tenho sido ?” Identificar fortalezas e fragilidades pessoais-, registrar no diário de bordo	05’ ACS	Mesas	
9:20’	Evocação do conceito de saúde: Qual a saúde que eu desejo? Registrar no diário.	05’ ACS		
9:25’	Construção coletiva de um painel : “A saúde dos meus sonhos” Fixar o painel e procurar ver seu conceito ali representado, caso não se encontre, complementar o painel.	35’ ACS	Mesas	
10:00	Cafézinho com arte. Pausa, todos devem apreciar a obra, quem não se sentiu contemplado complementar Apreciar o painel e refletir sobre o seu desejo de saúde e suas demandas de protagonismo: O que precisa fazer, como precisa ser, para alcançar seu desejo? Registrar no diário.	20’ ACS	Livres	
10:20	Ateliê Renascer: -Como desejo ser? Elaborar um projeto de imagem (o que gostaria de mostrar ao mundo- valores, qualidades, poderes), fazer uma foto para registro do antes. Registrar no	10’ ACS	Mesas	

	diário.			
10:30	Metamorfose – produção no camarim. Fazer uma foto para registro do durante,	10' ACS e Facilitadores	Livre	
10:40'	Sessão de Fotos , fazer uma foto para sua identificação no livro de vida-registrando a identidade assumida.	20' ACS e Facilitadores		
11:00'	Exposição das fotos em data show, cada participante escolherá suas 3 fotos de identificação .	20' ACS e Facilitadores	Roda	
11:20'	Roda de apresentação (2 voluntários) relatar experiência.	05' cada um = 10' ACS		
11:30'	Todos registrarão em seus diários	05' ACS	Mesas	
11:35'	Certidão de Renascimento	15' ACS e facilitadores		
11:50'	Socialização na roda- (2 voluntários)	2,5' cada = 05' ACS	Roda	
11:55'	Registrar no diário de bordo	05' ACS	Mesas	
12:00	Encerramento do 1º encontro – almoço coletivo			
12:30	Hora da Siesta			

Observação: O campo avaliação se presta a anotações e registros dos facilitadores

APÊNDICE J – Programação da 2ª Oficina

Local: Igreja Batista em Parque Timbira Data: / / 2014 Horário: 13:00h às 17:00h

Objetivo: Identificar espaços e possibilidades de protagonismo

Programação da 2ª Oficina “ EU CAÇADOR DE MIM ”				
Hora	Descrição da atividade	Tempo/Responsável	Posição	Avaliação
13:00’	Acolhimento “Clip musical! Cantar a música juntos e fazer um alongamento preparatório para a tarde	15’ Facilitadores e ACS	Em pé	
13:15’	Contextualização: leitura voluntária da letra da música Quais são nossos lugares de ser?	05’ Facilitadores e ACS	Sentados em Roda	
13:20’	Aplicação de genograma e ecomapa	40’ Facilitadores e ACS		
14:00’	Apresentação de um participante (voluntário ou sorteio)	15’ ACS		
14:15’	Construção do quadro de tempo autodedicado	15’ ACS	Mesas	
14:30’	Socialização do quadro, fixar na parede e todos irão olhar e analisar (2 voluntários- apresentar e comentar)	03’ cada um e 10’ para a apreciação de todos ACS	Roda	
14:50’	Pausa para refletir :“Como tenho me ocupado comigo ?” Registrar no diário de bordo	10’ Facilitadores	Mesas	
15:00’	Cafézinho com arte: Apresentação dos vídeos: Carta da Terra e 8 desafios para o milênio . Refletir sobre o que tem feito pelo meio ambiente em que vive? Registrar no diário.	25’ ACS		
15:25’	Construção em equipe da “Carta da Terrinha”	60’ ACS	Livres	
16:25’	Exposição da “Carta da Terrinha”e relato de um participante de cada equipe	15’ ACS	Mesas	
16:40’	Avaliação do dia	10’ ACS e Facilitadores	Roda	
16:50’	Entrega de materiais para a dispersão, acertos e reprogramação	10’ Facilitadores		
17:00’	Encerramento do 2º encontro			

Observação: O campo avaliação se presta a anotações e registros dos facilitadores.

APÊNDICE L – Programação da 3ª Oficina

Local: Igreja Batista em Parque Timbira Data: / / 2014 Horário: 08:00h às 12:00h

Objetivo: Identificar situações de risco com necessidades de intervenção para a promoção da saúde

Programação da 3ª Oficina “OLHAI E VIGIAI TODOS VÓS ”				
	Descrição da atividade	Tempo/Responsável	Posição	Avaliação
08:00’	Acolhimento: Quem vem lá? Resgatar as certidões de renascimento Construindo um crachá de identidade assumida	15’ Facilitadores	Em pé	
08:15’	Contextualizar resgatando a Carta da Terrinha	50’ ACS	Grupo	
9: 05’	Resgate do QWQL-Bref Apresentação livre na roda 2 voluntários	40’ Facilitadores e ACS	Roda	
09:45’	Aplicar levantamento de perfil para morbidades e mapa de dor/desconforto	50’ ACS	Livres	
10:35’	Cafézinho saudável: Socialização do quadro, fixar na parede e todos irão olhar e analisar 2 voluntários-	10’ para a apreciação 10’ para apresentação, 10’ comentários	Livres	
11:05’	Como posso acompanhar minha situação de saúde? Aplicar fichas SIAB e cartão de vacina	15’ ACS		
11:20’	Refletir: “Com que preciso estar atento?” Preventivos- Câncer, dentista Hábitos saudáveis: atividades físicas, alimentação (Guia Alimentar), Dependência de tabaco, álcool, crack e outras drogas	30’ ACS e Facilitadores	Roda	
11:50’	Registrar no diário de bordo	10’ ACS	Livres	
12:00	Encerramento do 3º encontro - Almoço coletivo			
12:30’	Hora do Soninho de ouro			

APÊNDICE M – Programação da 4ª Oficina

Local: Igreja Batista em Parque Timbira Data: / / 2014 Horário: 13:00h às 17:00h

Objetivo: Reconhecer potencialidades individuais para o cuidado de si

Programação da 4ª Oficina “ ESPELHO, ESPELHO MEU”, EXISTE MELHOR CUIDADOR DE MIM DO QUE EU?				
Hora	Descrição da atividade	Tempo/Responsável	Posição	Avaliação
13:00’	Acolhimento alongamento e sacolejo	15’ Facilitadores e ACS	Em pé	
13:15’	Contextualização: leitura voluntária de um registro do diário de bordo	05’ ACS	Sentados em Roda	
13:20’	Construção de varal de comportamento saudável a partir de técnica de bricolagem	40’ ACS		
14:00’	Apresentação de um participante (voluntário ou sorteio)	15’... ACS		
14:15’	Bandeira pessoal- Mapeamento de potencialidades e construção de maneiras diferentes e inovadoras para trabalhar promoção à saúde	30’ ACS	Mesas	
14:45’	Socialização das bandeiras, exposição na parede, apresentação de cada um	30’ ACS	Roda	
15:15’	Cafézinho. Pausa para refletir : O que há em mim que me faz cuidador? Registrar no diário de bordo	15’ ACS	Mesas	
15:30’	Elaboração de um plano individual de cuidados a partir da identificação de situações de risco ou necessidade de intervenção, incluindo proposta de adoção de comportamentos saudáveis a partir de uma programação de atividades diárias onde se evidencie um tempo de cuidar de si..	80’ ACS	Roda	
	Apresentação e Pactuação da execução do plano de cuidados .			
16:50’	Orientação para a dispersão, acertos e reprogramação	10’ Facilitadores		
17:00’	Encerramento do 4º encontro			

Observação, o campo avaliação se presta a anotações e registros dos facilitadores

APÊNDICE N – Programação da 5ª oficina

Local: Igreja Batista em Parque Timbira Data: / / 2014 Horário: 08:00h às 12:00h

Objetivo: Experienciar protagonismo.

Programação da 5ª Oficina: “Dia D’EU”				
Hora	Descrição da atividade	Tempo/Responsável	Posição	Avaliação
08:00’	Acolhimento	15’ Facilitadores e ACS	Em pé	
08:15’	Contextualização: leitura voluntária de um registro do diário de bordo	05’ ACS	Sentados em Roda	
08:20’	Socialização das vivências do plano individual de cuidados	30’ ACS		
08:50’	O que aprendi com esta experiência? Apresentação de dois participantes (voluntário)	10’... ACS		
09:00’	O que vou fazer com o que aprendi? Pausa para reflexão e elaboração do passo seguinte	60’ ACS e facilitadores	Mesas	
	Sessão de cuidados dedicados pelos facilitadores		Roda	
10:00’	Cafézinho.:	10’ ACS	Mesas	
10:15’	Construção da Árvore de promoção com elaboração de propostas para cuidar de si.	40’ ACS	Livre	
10:50’	Análise da árvore	10’ Facilitadores	Roda	
11:00’	Avaliação “ uma palavra”	3’ cada um,- todos os participantes deverão se expressar		
1200’	Encerramento da intervenção com almoço coletivo			

Observação, o campo avaliação se presta a anotações e registros dos facilitadores

APENDICE O – Roteiro orientador para relato de experiência

Todos os relatos se referem à experiência vivida durante a intervenção, o relato de experiência é, portanto, a verbalização na roda ou o texto escrito no diário.

Você deve pensar no diário como um auxílio às suas lembranças, um arquivo de memória, então, anote, desenhe, faça esquemas, escreva palavras ou frases, explicações, significados, tudo que o ajude a lembrar do fato que considerou importante registrar.

Listamos abaixo seis situações que podem facilitar sua escolha do que registrar:

1-UAU!!

Quando encontrar um conhecimento/sentimento novo, que considerar importante;

2-ÊPA!

Quando discordar ou sentir –se incomodado com alguma coisa;

Registre a inquietação e busque esclarecimento. Registre o resultado.

3-PERÁÍ!

Quando precisar de esclarecimento sobre algum conteúdo ou fato;

4-HEM HEM! Quando reforçar valores que também são seus;

5-VALEU! Quando aprender um jeito novo de fazer/olhar/entender; e

6-FEITO! Quando assumir uma mudança de atitude .

Observação: você é livre para fazer seu registro como quiser, este roteiro é apenas um a sugestão.

A socialização na roda pode seguir a mesma lógica de construção, porém com registro verbal.

APÊNDICE P – Plano Individual de Cuidados

Etapa 1: Faça um relato que contemple uma situação (ões) de trabalho ou qualquer aspecto de sua vida, que você considera digna(s) de cuidado.

Etapa 2: Use o quadro a seguir para separar os principais problemas encontrados classificando-os. Em seguida faça propostas de atividades que visem controlar o problema estabelecendo prazo para avaliação de resultados.

PROBLEMAS	ATIVIDADES PROPOSTAS	PERIODICIDADE
Biológicos		
Psíquicos		
Sociais		

APÊNDICE Q – Orientações sobre o Sono – Sesta

ENTENDENDO A SESTA – COCHILO APÓS O ALMOÇO - SONO DE OURO

“Esses cochilos rápidos ajudam na recuperação e manutenção organismo maximizand esses benefícios PARA O CORAÇÃO E SISTEMA HORMONAL. Isso acontece quando a pessoa entra e sai da fase de sono rejuvenescedor rapidamente.”,

Como funciona?

O sono se divide em cinco estágios durante a noite (cada ciclo durando de 90 a 120 minutos). Um cochilo eficiente inclui apenas os dois primeiros estágios.

- **A primeira fase** visa levar a pessoa a dormir diminuindo as descargas elétricas no cérebro, movimento dos olhos, movimento dos músculos e a respiração.
- **A segunda fase** é onde o corpo recebe uma carga de hormônios que visa o relaxamento como preparação para as próximas fases. Aqui, **seus neurônios ainda estão em atividade** e quando você acorda, você não só se sente bem e renovado como consegue raciocinar bem mais rápido do que antes.

A pessoa que dorme pelo período de no máximo 40 minutos, aumentará a capacidade para resolver os problemas que exijamraciocínio e concentração.

ATENÇÃO!

O problema de dormir mais que 40 minutos após o almoço (SESTA), é que entramos no terceiro estágio do sono. Se isso acontecer, é provável que o efeito seja o inverso do esperado, **pois na terceira fase do sono** o cérebro entram em estado de dormência. É o chamado sono profundo. Se acordamos durante esse estágio, iremos enfrentar uma dificuldade maior de raciocínio pois nossos neurônios estão “dormindo” e temos que acordá-los!

Orientações Sobre a Importância do Sono

DICAS DE COMO COMEÇAR A DORMIR MELHOR

Os especialistas chamam de 'higiene do sono' para os métodos que ajudam a melhorar a quantidade e a qualidade do hábito, que deve ser mantido ano após ano.

Estes hábitos são:

- 1) Deite e cochile apenas no início da tarde, e se você realmente precisa deles.
- 2) Adquirir uma rotina de sono, indo para a cama em horários semelhantes. Alterar o tempo de ir para a cama pode prejudicar o ciclo.
- 3) Evite o álcool, cafeína e tabaco.
- 4) exercício físico durante o dia, mas evitá-los após 19 horas.
- 5) Use a cama apenas para dormir e sexo. Evite trabalhar, assistir TV ou estudar lá.
- 6) Evite olhar o relógio, se você acordar de madrugada.
- 7) Mantenha o quarto fresco e circulando o ar durante o dia.
- 8) Não se concentrar nas preocupações antes de deitar.
- 9) Mantenha o quarto escuro e antes de dormir, evite fontes de luz fortes, como a televisão, por exemplo.
- 10) Se a falta ou excesso de sono vem se preocupar muito, fale com o seu médico, pode ser devido a algo mais do que o simples processo de envelhecimento. Distúrbios da dor crônica, depressão e sono deve ser tratado por especialistas.

APÊNDICE R – Alongamento e Relaxamento

Os alongamentos trazem grandes benefícios no tratamento das pessoas com alterações mentais ou expostas ao estresse de vida diária, estas atividades constituem um elo entre o mundo interno e externo do indivíduo, aumentando desde a conscientização corporal, o estado de relaxamento e as percepções espaciais até a estabilidade emocional. Combatendo as perturbações da motricidade, os bloqueios tônicos, a rigidez, as sincinesias, a hiperexcitabilidade, a ansiedade e a instabilidade, através, de movimento suaves e harmônicos, podem ser o passivo (quando auxiliando por outra) ou o ativo (quando a pessoa executa o próprio movimento).

Descrição da dinâmica (adaptado de Lowen e Lowen, 1985)

Em um ambiente de baixa luminosidade, nulo de estímulos sonoros com uso de colchonetes e música instrumental relaxante.

Siga os passos:

1º passo: O orientador solicita aos participantes que se sentem em um colchonete e orienta sobre a importância do relaxamento e solicita entrega ao momento do orientador os participantes que fiquem o mais à vontade, momento: Inicia-se a sessão com os exercícios respiratórios,

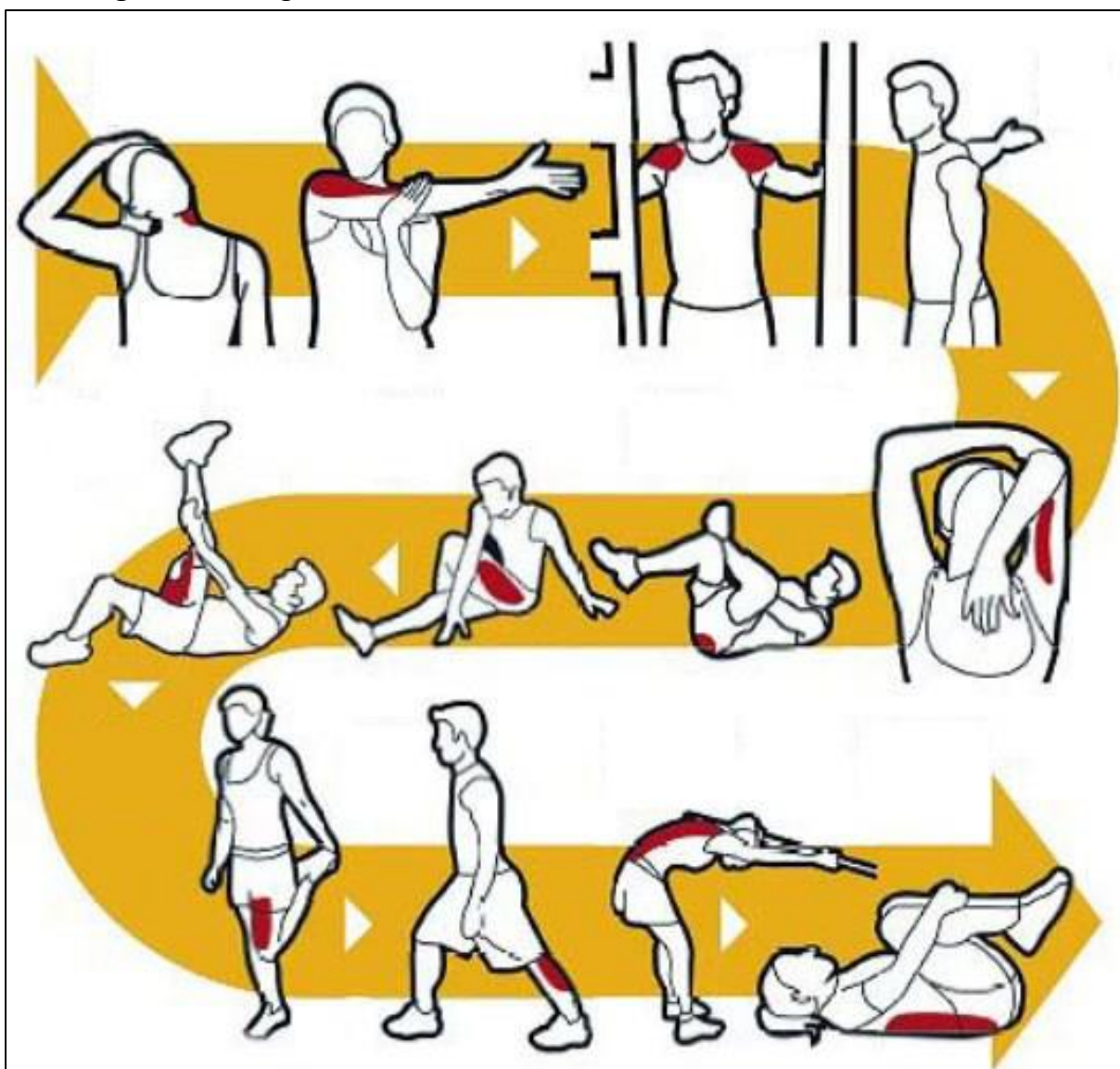
2º passo: Comendo do orientador, segue-se os exercícios de alongamento (Figura 8)

3º passo: Em pé, coloque sua atenção na respiração, permitindo que o ar penetre em suas narinas e se encaminhe para cada parte do seu corpo.

4º passo: Feche os olhos com delicadeza, respeite-se, realizando os movimentos com amorosidade, entre em contato mentalmente com cada parte do seu corpo, continue respirando profundo, a respiração deve ser profunda.(3 minutos)

5º passo: Agora já deitados vamos realizar o reconhecimento corporal, por meio exercícios de alongamentos, cabeça, ombros, membros superiores, tórax, coluna, bacia, membros inferiores.

Figura 8 - Alongamento.



Fonte: <http://buscandoequilibrio.org/2012/07/31/dia-153-alongar-e-preciso/>

4º passo: Deitados em decúbito ventral ao som de com os membros superiores postos lateralmente no chão, vocês receberão a massagem relaxante por meio do toque das mãos e uso de aparelho de massagem com sistema infravermelho vocês.

5º passo: O participante da sessão receberá a massagem corporal: com as duas mãos levemente, sobre os ombros, descendo pelas costas, pressionando delicadamente, para sentir qualquer músculo tenso. Tocando com os dedos, de forma macia, usando os polegares para desfazer os nós encontrados, deslizando sobre toda parte posterior das costas, colocando as mãos sobre os ombros pressionando para baixo de modo um pouco mais forte sobre esses músculos, passando os lados das mãos moderadamente, tamborilando sobre as costas, envolta das áreas tensas, visando promover relaxamento muscular sem machucar. Com as

pontas dos dedos, massageando novamente a área toda, repassando as articulações dos ombros até a parte superior do braço e para baixo, na região lombar. Sempre respirando profundamente. Com a música relaxante permaneça dez minutos deitado sobre o colchonete sentido os efeitos das manobras.

6º passo: Como você se sente agora?

APÊNDICE S – Combinado Oficineiro

É o conjunto de vários materiais e equipamentos disponibilizados para as oficinas.

1. KIT PROTAGONISTA: Entregue a todas as participantes contendo: uma bolsa, um caderno com 100 folhas e capa dura, roteiro orientador de relato , um lápis com borracha, uma caneta esferográfica, um avental e uma minuta do projeto- contendo os objetivos, a programação das oficinas e os contatos de telefone e e-mails dos facilitadores.

2. KIT ATELIÊ RENASCER: Cabideiro, espelho para visualização de corpo inteiro, Baú contendo: espelhos de dupla face com aumento, maquiagem, perucas, acessórios diversos. Dispositivo com câmera fotográfica digital.

3. KIT MULTIMÍDIA- Disponibilizado em todas as Oficinas.

.extensão para .energia elétrica,

. data show,

.caixa de som,

. gravador,

.computador,

. máquina fotográfica e

filmadora

4 BAÚ OFICINEIRO - Disponibilizado em todas as Oficina

1.Tesouras para cortar papel

12.Fita adesiva

2.Tesoura grande

13.Canetas coloridas

3.Papel sulfite

14.Lápis de cor

4.Papéis coloridos

15.Giz de cêra

5.Papel 40 quilos

16.Apontador

6.Papel pardo

19.Borracha

7.Revistas

20.Régua

8.Pistola e bastões de cola quente

21.Estilete

9.Cola branca

22.Fitas coloridas

10.Cola para isopor

11.Cola com gliter

APÊNDICE T – Roteiro para avaliação – uma palavra

Expressar em uma palavra: um significado, uma contribuição, uma aprendizagem, um compromisso, um sentimento.

Abraços finais

Registre sua avaliação, escrevendo uma palavra, para cada questão:

- 1- Esta intervenção significou:_____
- 2- Contribui com:_____
- 3- Aprendi:_____
- 4- Me comprometo com/a:_____
- 5- Meu sentimento é de: _____

ANEXOS

ANEXO A – Lei de Criação da Profissão Agente Comunitário de Saúde**LEI Nº 10.507, DE 10 DE JULHO DE 2002**

Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte:

Art. 1º Fica criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão:

I - residir na área da comunidade em que atuar;

II - haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde;

III - haver concluído o ensino fundamental.

§ 1º Os que na data de publicação desta Lei exerçam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde, na forma do art. 2º, ficam dispensados do requisito a que se refere o inciso III deste artigo, sem prejuízo do disposto no § 2º.

§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde estabelecer o conteúdo programático do curso de que trata o inciso II deste artigo, bem como dos módulos necessários à adaptação da formação curricular dos Agentes mencionados no § 1º.

Art. 4º O Agente Comunitário de Saúde prestará os seus serviços ao gestor local do SUS, mediante vínculo direto ou indireto.

Parágrafo único. Caberá ao Ministério da Saúde a regulamentação dos serviços de que trata o caput.

Art. 5º O disposto nesta Lei não se aplica ao trabalho voluntário.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 10 de julho de 2002; 181º da Independência e 114º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Barjas Negri

Paulo Jobim Filho

Guilherme Gomes Dias

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 11.7.2002

ANEXO B – Roteiro para a elaboração do PTA.

1 - DEFININDO O OBJETO DE TRABALHO E DE AVALIAÇÃO E SUAS DIMENSÕES SIGNIFICATIVAS:

- qual é o objeto ("o substantivo") que se quer obter e avaliar ?
- quais são as dimensões do objeto que melhor traduzem o propósito do projeto ?
- em que fase se encontra o projeto ?

2 - ORDENANDO AS IDÉIAS PARA ARMAR UM PLANO DE TRABALHO E DE AVALIAÇÃO:

- como se relacionam e se hierarquizam os objetivos ("verbos") e objetos ("substantivos") do projeto ?
- quais são os objetivos (e objetos) que traduzem melhor o propósito do projeto ?

3 - IDENTIFICAÇÃO DOS PÚBLICOS :

- quem estaria interessado em participar deste projeto ? por que ?
- quem estaria interessado em conhecer a evolução e os resultados do projeto ? por que ?
- para quem o projeto tem interesse em mostrar o seu trabalho e sua avaliação ? por que ?

4 - FORMULANDO PERGUNTAS IMPORTANTES:

- quais são as perguntas importantes que os participantes e envolvidos deverão (e poderão) formular para o desenvolvimento do trabalho e, posteriormente, responder durante a avaliação do projeto?

OBS: estas perguntas devem ser feitas de acordo com a visão dos grupos envolvidos no projeto!

ordenar estas perguntas de acordo com sua hierarquia de "resultados" (produtos) e de "implementação" (processos) !

5 - SELECIONANDO OS MÉTODOS E INSTRUMENTOS:

- que métodos e instrumentos são os mais adequados para responder a cada pergunta importante que foi formulada ?
- quais são aquelas perguntas que exigiriam métodos mais específicos ?

6 - DEFININDO INDICADORES E EVIDÊNCIAS:

- quais são os indicadores de que o projeto está caminhando em direção aos seus propósitos ?
- quais são os indicadores de que o projeto alcançou seus propósitos ?
- quais são os indicadores de que o projeto não está dando resultados esperados ?
- é possível apontar indicadores que a curto e médio prazos serviriam como evidências de que os objetivos estão sendo alcançados ?
- quais são os indicadores que a longo prazo podem indicar que o projeto tem produzido efeitos desejáveis e esperados ?

7 - INCORPORAÇÃO DA AVALIAÇÃO NA ESTRUTURA DO PROJETO:

- quem são ou serão os responsáveis pela condução do trabalho e da avaliação ?
- o que se deverá fazer para utilizar a avaliação como instrumento de apoio para a condução do projeto ?

8 - PRÓXIMOS PASSOS:

A - Incorporação pela instituição das práticas de avaliação:

- como se pode aproveitar as experiências do projeto para estabelecer formas permanentes de avaliação na instituição ?
- em que outras áreas de trabalho da instituição se podem incorporar estas experiências ?

B - Institucionalização de mudanças geradas pelo projeto:

- que mudanças o projeto poderá gerar nas formas de trabalho da instituição ? há alguma mudança já perceptível ?
- que estratégias se está empregando para permitir que as atividades desencadeadas pelo projeto tenham continuidade depois que se esgotem, por exemplo, os recursos externos ?
- quem poderia ser figura importante para garantir a institucionalização do projeto ? se está fazendo algum trabalho neste sentido junto a estas pessoas e instituições ?

C - Auto-sustentabilidade do projeto:

- a equipe coordenadora do projeto em algum momento já pensou na sustentação futura do projeto?
- que outras fontes potenciais de recursos existem ou poderiam existir ?
- que estratégias se poderiam estabelecer e que ações se devem desencadear para buscar a sustentabilidade futura do projeto ?

D - Disseminação do projeto e de seus resultados:

- qual é a importância de disseminar a existência do projeto ? para quem ?
- que canais estariam disponíveis para essa disseminação ?
- o que se quer disseminar neste momento ? - quais seriam as pessoas e instituições que deveriam conhecer o projeto e seus resultados, agora? com que finalidade ?

E - E mais:

- como compartilhar a experiência e a aprendizagem deste plano de trabalho e de avaliação com outras pessoas da instituição ? quem ? por que ?
- que outros conhecimentos sobre avaliação, ou quais instrumentos, seriam necessários adquirir, para conduzir a avaliação do projeto ? onde se pode adquirí-los ?
- como organizar-se para poder apresentar aos nossos parceiros (FCBIA, PMBH, etc, por exemplo) um plano de avaliação e os resultados obtidos ?
- o que se pode e/ou deve-se fazer para manter um canal aberto de comunicação do projeto, tanto com os públicos internos e externos à instituição ?

Tião

..

ANEXO C – Diário de Bordo

É um instrumento adaptado da pedagogia para este projeto, com função de diálogo intrapessoal e registro de memórias.

Nele se registram atividades, fatos ocorridos e sentimentos inerentes a esses acontecimentos, como dificuldades, facilidades, dúvidas, surpresas, conquistas, entre outros.

Não existem regras relativas à forma de se compor o diário. Ele tem uma característica muito pessoal de quem o escreve, porém com relação às atividades serão dadas orientações sobre o que e quando deverão ser registradas.

Os registros dos momentos vividos na oficina apontam para o caminho que os(as) participantes percorrem para aprender a conhecer, a fazer, a ser e a conviver, isso porque cada um, ao registrar, coloca a marca da individualidade, que caracteriza suas necessidades no momento em que escreve, desvelando a diversidade entre eles.

Todo início de encontro, dois voluntários lerão seu registro do encontro anterior

compartilhando suas vivências do processo, isto possibilita a reflexão sobre o Eu e o outro. Este momento é também uma oportunidade de avaliação dos diferentes protagonismos e da construção do conhecimento.

O registro no diário de bordo consequentemente, vai contando a história construída por cada sujeito dentro da intervenção, evidenciando-o como o autor e protagonista de seu “livro de vida”.

ANEXO D – Roteiro de Orientação de Preenchimento do Diário

Todos os relatos se referem à experiência vivida durante a intervenção, o relato d e experiência é, portanto, a verbalização na roda ou o texto escrito no diário.

Você deve pensar no diário como um auxílio às suas lembranças, um arquivo de memória, então, anote, desenhe, faça esquemas, escreva palavras ou frases, explicações, significados, tudo que o ajude a lembrar do fato que considerou importante registrar.

Listamos abaixo seis situações que podem facilitar sua escolha do que registrar:

1-UAU!!

Quando encontrar um conhecimento/sentimento novo, que considerar importante;

2-ÊPA!

Quando discordar ou sentir –se incomodado com alguma coisa;

Registre a inquietação e busque esclarecimento. Registre o resultado.

3-PERÁÍ!

Quando precisar de esclarecimento sobre algum conteúdo ou fato;

4-HEM HEM! Quando reforçar valores que também são seus;

5-VALEU! Quando aprender um jeito novo de fazer/olhar/entender; e

6-FEITO! Quando assumir uma mudança de atitude .

Observação: você é livre para fazer seu registro como quiser, este roteiro é apenas uma sugestão.A socialização na roda pode seguir a mesma lógica de construção, porém com registro verbal.

ANEXO E – Certidão de Renascimento**Certidão de Renascimento**

01.Nome ou apelido com que gosta de ser identificado:

02.Significado:_____

03.Origem do nome (Quem propôs):_____

04.Data de nascimento: ____/____/____ idade que sente que tem:_____anos

05.Se fosse representar sua maneira de ser, qual dessas alternativas escolheria?

06.Marque com um X .

1) um animal () 2) uma planta () 3) uma cor ()

07.Identifique um tipo dentro de sua escolha: _____

08.Explique sua escolha:_____

09.Cite alguém com quem gosta/pode compartilhar:_____

10.Qual seu lema de vida?

São Luís, ____/____/2014

ANEXO F – Questionário de Avaliação de Qualidade de vida no trabalho – QWLQ-BREF

Este questionário tem como objetivo avaliar a qualidade de vida no trabalho, sob o ponto de vista pessoal, de saúde, psicológico e profissional.

Por favor, responda todas as questões. Caso não tenha certeza sobre qual resposta dar, sugiro escolher entre as alternativas a que lhe parece ser a mais adequada, sendo normalmente esta a primeira escolha.

Por favor, tenha em mente as **duas últimas semanas** para responder as questões.

Exemplo:

Quanto você se preocupa com dores ou desconforto no trabalho ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde a sua realidade, lembrando, pensando apenas nas últimas duas semanas.

Por favor, leia com atenção as questões e escolha o número que lhe parecer a melhor resposta.

1. Como você avalia a sua liberdade de criar coisas novas no trabalho ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

2. Em que medida você avalia sua motivação para trabalhar ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

3. Como você avalia a igualdade de tratamento entre funcionários ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

4. Em que medida você avalia o seu sono ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

5. Como você avalia sua liberdade de expressão no seu trabalho ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

6. Você se sente realizado com o trabalho que faz?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

7. Em que medida você possui orgulho da organização na qual trabalha ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

8. Em que medida algum problema com o sono prejudica seu trabalho ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

9. Em que medida você avalia o orgulho pela sua profissão ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

10. Como você avalia a qualidade da sua relação com seus superiores e/ou subordinados ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente

11. Em que medida sua família avalia seu trabalho ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

12. Em que medida você está satisfeito com seu nível de participação nas decisões da empresa?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

13. Você está satisfeito com o seu nível de responsabilidade no trabalho ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

14. Você se sente satisfeito com os treinamentos dados pela organização ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

15. Em que medida você é respeitado pelos seus colegas e superiores ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

16. Você se sente satisfeito com a variedade das tarefas que realiza ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

17. Suas necessidade básicas são satisfeitas adequadamente ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

18. Como você avalia o espírito de camaradagem no seu trabalho ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

19. Em que medida você se sente confortável no ambiente do seu trabalho ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

20. O quanto você está com a sua qualidade devida trabalho?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Observação:

São consideradas necessidades fisiológicas básicas para este questionário: Respiração, comida, água, sexo, sono, atividade física, eliminações (urina e fezes)

ANEXO G – SRQ 20 – Self Report Questionnaire.

Teste que avalia o sofrimento mental.

Prezada agente comunitária de saúde

Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
	Sim	Não
1- Você tem dores de cabeça frequentes ?		
2- Tem falta de apetite?		
3- Dorme mal?		
4- Assusta-se com facilidade?		
5- Tem tremores nas mãos?		
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?		
7- Tem má digestão?		
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?		
9- Tem se sentido triste ultimamente?		
10- Tem chorado mais do que de costume?		
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação Suas atividades diárias?		
12- Tem dificuldades para tomar decisões?		
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa-sofrimento?)		
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?		
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?		
19- Você se cansa com facilidade?		
20- Têm sensações desagradáveis no estômago?		

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

ANEXO H – Construção do Crachá - Linha da vida

Numa folha de Papel Chamex em branco, fazer uma dobra ao meio no sentido horizontal de cima para baixo mantendo dobrada, e novamente dobrar ao meio no sentido vertical da direita para a esquerda vincando a dobra, obtendo assim quatro faces.

- ☐ Na 1ª Escrever seu Nome (oficial) bem legível, sua origem e significado pessoal;
- ☐ abrindo para a esquerda obterá 2 campos,
- ☐ no campo da esquerda escrever uma lembrança de êxito, e
- ☐ no da direita um problema que o desafia agora,
- ☐ dobre novamente e no campo em branco restante escreva um sonho.

Após terminarem a confecção, reunir em roda onde todos apresentarão seu crachá. Ao final o facilitador fará referência aos crachás, evidenciando sua construção organizada em tempos passado, presente e futuro, significando a linha da vida onde o alcance do êxito representa a superação de muitas adversidades e está relacionado com o desenvolvimento de competências de viver.

Material necessário- papel sulfite, canetas hidrográficas coloridas, fita adesiva e fio para fixar.

ANEXO I – Carta da Terrinha

Objetivo: enxergar-se como cidadão, participante das lutas em defesa do meio ambiente,

CARTA DA TERRINHA

Versão adaptada da carta da terra, somada aos 08 desafios do milênio, para o desenvolvimento autossustentável. Deverá ser elaborada coletivamente pelos ACS de uma mesma equipe da ESF, constituída por elementos do território adstrito da equipe em questão.

Deverá ser ilustrada, constituindo-se um documento em defesa do seu lugar.

Redigir ou fixar no diário de bordo.

ANEXO J - Quadro para mapeamento de tempo

Objetivo: Mapear o tempo autodedicado

m	H	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
10													
20													
30													
40													
50													
60													
m	H	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
10													
20													
30													
40													
50													
60													

Aplicação do quadro para mapeamento de tempo autodedicado.

Orientação para preenchimento: considerando o tempo de 24 horas (um dia)

Preencha no quadro abaixo o tempo gasto para cada atividade, utilizando cores indicado abaixo:

- 1- Alimentar-se (Verde)
- 2- Dormir (verde)
- 3- Higiene pessoal- banho, higiene bucal, necessidades fisiológicas (verde)
- 4- Trabalho (amarelo)
- 5- Atividades autocentradas- lazer, estética, atividades físicas/desportivas (vermelho)
- 6- Atividades dedicadas- família, amigos, conhecidos, assistenciais (azul)
- 7- Atividades autorreflexivas- pensar no seu fazer, querer e ser (rosa)

Sugestão: realizar o mapeamento baseando-se na análise de pelo menos uma semana.

ANEXO K - Roteiro de levantamento de condições de risco e co-morbidades

Levantamento de Condições de Risco e Co- morbidades					
OLHAI	MENSURAI	VIGIAI			ATUAI
		Verde	Amarelo	Vermelho	
Altura em cm					
Peso em kg					
IMC					
Cintura em cm					
Pressão 01 em mmHg					
Pressão 02 em MmHg *					
Glicemia					
Observações					

Aferir 2ª pressão 10 minutos após a primeira conforme recomendação da Sociedade.

ANEXO L – Parecer Consubstanciado



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
INSTITUÍDO PELA PORTARIA N. 10 de 23 de janeiro de 2012

PARECER CONSUBSTANCIADO II

Nº do Protocolo: 2014.01.23.04-12
Data de Entrada no CEP: 23.04.2014

I - Identificação:

Título do projeto: Janelas de Oportunidades para reflexão e ressignificação do cuidado da equidade em saúde mental para agentes comunitários de saúde.		
Identificação do Pesquisador Responsável: Raimundo Antônio da Silva		
Identificação da Equipe executora: Raimundo Antônio da Silva e Jose Adailton Roland Diniz		
Instituição onde será realizado: Universidade Federal do Maranhão - UFMA		
Local da coleta (se for diferente do local onde será realizada): Unidade de Saúde da Família Antônio Guanaré em São Luís (MA)		
Área temática: Saúde -	Multicêntrico: Não	Patrocinador: Não explicitado
População Protegida: Não	Valor do Projeto: R\$ 1.727,50	Fontes dos Recursos: Próprios

II – Objetivos:

Oportunizar a reflexão e ressignificação do cuidado em saúde mental para os agentes comunitários de saúde.

III- Sumário do projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa e intervenção que, segundo seus autores visa oportunizar a reflexão e ressignificação do cuidado em saúde mental para os agentes comunitários de saúde. Como objetivos específicos, relaciona os seguintes: Levantar junto ao ACS sentimentos e necessidades decorridas do seu trabalho; Promover aproximação com suas experiências de vida e trabalho. Estimular mudanças atitudinais frente aos problemas e situações do cotidiano de vida e trabalho.

IV- Comentários do relator:

O trabalho de pesquisa tem muita relevância no campo que pretende pesquisar, notadamente no que tange ao conhecimento da prevalência de diferentes fatores de riscos e agravos no campo da saúde mental de trabalhadores do SUS. No Cronograma de execução é apresentado o segundo semestre de 2014 como período da coleta de dados. E o trabalho de pesquisa em questão é uma contribuição substancial para avaliação da qualidade de vida e das condições de trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde no município de São Luís (MA). Desse modo, pretende fazer uma avaliação da percepção do possível estresse ocupacional no trabalho na percepção do ACS, que conforme fonte apontada no projeto de pesquisa (pg 10) segundo Santos e David (2011), estes evidenciaram entre os entrevistados um baixo reconhecimento do seu trabalho interferindo na produtividade e na autoestima dos mesmos, excessiva intensidade de ritmos laborais, supervalorização da burocracia, violência como fator de insegurança e a mútua interferência do estresse na saúde física e psíquica.

Ainda que se trate, também, de um projeto com natureza de "intervenção", não perde sua natureza de pesquisa de cunho sócio-sanitário uma vez que recorre a entrevistas com sujeitos inseridos no Sistema Único de Saúde nas condições de trabalhadores. E, assim, trata de um projeto de alta relevância.

V – Recomendações:

Sem recomendações



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
INSTITUÍDO PELA PORTARIA N. 10 de 23 de janeiro de 2012

VI – Pendências:

Não constam

VII – Parecer Consubstanciado do CEP

Ante o exposto, o projeto apresentado é considerado por este CEP como **APROVADO**.

OBS.

- 1) As Pendências são impeditivas para o início da pesquisa e o prazo para supri-las junto ao CEP é de até sessenta dias, a contar da data de sua apresentação em Assembleia.
- 2) As Recomendações não são impeditivas para o início da pesquisa, no entanto, devem ser satisfeitas a bem da coerência do fluxo de aprovação do projeto pelo CEP.
- 3) Este parecer se refere só à forma como o projeto dessa pesquisa está desenhado e foi protocolado junto ao CEP, não dando nenhum respaldo à pesquisa para fins de publicação ou apresentação em congressos, bancas ou outros eventos científicos. Para isto, o pesquisador deve solicitar o Parecer Consubstanciado Aprovando Relatório de Pesquisa ou o Parecer Consubstanciado Aprovando a Finalização da Pesquisa.

VIII - Data da reunião do CEP: 05.06.2014

CEP SEMUS

Endereço: Rua Deputado Raimundo Vieira da Silva, nº 2000 – Parque do Bom Menino - Centro Telefone: (98) 3214 7303
cepsemusi@gmail.com

Marcos A. B. Pacheco

Coordenador do CEP-SEMUS

PORTARIA SEMUS N. 10 de 23 de janeiro de 2012
Dignidade humana como fundamento da ciência

**ANEXO M – Normas para apresentação de Trabalho de Conclusão do Mestrado
Profissional em Saúde da Família**

RESOLUÇÃO no. 01/2014 do Colegiado do Mestrado Profissional em Saúde da Família, de 06 de janeiro de 2014.

Cria normas para apresentação de
Trabalho de Conclusão do
Mestrado Profissional em Saúde
da Família.

O Colegiado do Mestrado Profissional em Saúde da Família, no uso de suas atribuições legais

RESOLVE:

Artigo 1º. - O Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) poderá ser apresentado na forma de Dissertação, de Relatório de Intervenção ou de 1 (hum) artigo científico contextualizado.

Artigo 2º. - A estrutura do Trabalho de Conclusão de Mestrado deve constar dos seguintes elementos: 1. pré-textuais: capa, folha de rosto, ficha catalográfica, folha de aprovação, dedicatória e agradecimentos (opcional), resumo, abstract e sumário; 2. textuais: introdução, desenvolvimento (relatório intervenção, artigo) e conclusão; 3. pós-textuais: referências, apêndice(s) e anexo(s).

Artigo 3º. - A capa é elemento obrigatório, para proteção externa do trabalho. Deve conter as informações indispensáveis à identificação da obra, na seguinte ordem: instituição nucleadora, nome do autor; título; subtítulo, se houver; local (cidade) da instituição onde deve ser apresentado; ano de depósito (da entrega).

Artigo 4º. - A folha de rosto deve conter as informações na seguinte ordem: nome do autor; responsável intelectual pelo trabalho; título principal do trabalho, que deve ser claro e preciso, identificando seu conteúdo e possibilitando a indexação e recuperação da informação; natureza (dissertação e outros) e objetivo (grau pretendido e outros); nome da instituição a que é submetido; área de concentração; nome do orientador e, se houver, do co-orientador; local (cidade) da instituição onde deve ser apresentado; e ano de depósito (da entrega).

Parágrafo único - O verso da folha de rosto deve conter a ficha catalográfica, conforme Código de Catalogação Anglo-Americano - CCAA2.

Artigo 5º. - A folha de aprovação é elemento obrigatório, que deverá conter autor, título por extenso e subtítulo, se houver, local e data de aprovação, nome, assinatura e instituição dos membros componentes da banca examinadora.

Artigo 6º. - O sumário é elemento obrigatório, que consiste na enumeração das principais divisões, seções e outras partes do trabalho, na mesma ordem e grafia que a matéria nele se sucede, acompanhadas dos respectivos números de página.

Artigo 7º. - O TCM na forma de dissertação deverá ter em sua estrutura todos os elementos pré-textuais, textuais e pós-textuais, obedecendo às normas da ABNT.

Artigo 8º. - O TCM em forma de relatório de intervenção deverá ter em sua estrutura todos os elementos pré-textuais, textuais e pós-textuais e deverá constar de uma revisão da literatura sobre o tema objeto da intervenção. Agregará o relatório da intervenção, devendo adicionar discussões ou conclusões além das constantes no relatório da intervenção.

Artigo 9º. - O TCM em forma de artigo deverá ter em sua estrutura todos os elementos pré-textuais, textuais e pós-textuais e deverá constar de uma revisão da literatura sobre o tema. Agregará um artigo científico preparado para submissão a periódico indexado com corpo editorial, devendo adicionar discussões ou conclusões além das constantes no artigo. Estes adendos têm por finalidade contextualizar o artigo dentro da área temática. As citações devem seguir as normas da revista para o qual o artigo vai ser submetido. As normas da revista devem ser anexadas ao TCM. O artigo só deverá ser submetido à publicação após a defesa pública.

Artigo 10º. - Os casos omissos serão discutidos e decididos em reunião do Colegiado.

Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Dê-se ciência. Publique-se. Cumpra-se.

São Luís, 6 de janeiro de 2014.

Professora Doutora Liberata Campos Coimbra

Presidente do Colegiado de Curso – Nucleadora UFMA

ANEXO N - Painei: a Saúde dos Meus Sonhos.

Objetivo: Construir partindo-se do individual para o coletivo, um conceito ampliado de saúde, utilizando-se da técnica artesanal da “bricolagem”, cujo princípio é dar novos usos ao que se tem disponível, criando, reciclando, mudando conceitos e resignificando processos, relações e usos .

A construção coletiva do painel permite experienciar limites, possibilidades de articulação, representatividade de ideias, noção de espacialidade e pertencimento. Um todo que se constrói por partes, e uma parte que se constitui num todo.

ANEXO O – Ateliê renascer

Objetivo: contribuir para o resgate da identidade criamos esta técnica.

Apoia - se na produção da imagem fotográfica e suas possibilidades de protagonismo.

Montamos um camarim, com um Grande espelho, iluminação, vários acessórios e maquiagem - Acreditamos que a imagem espelhada de nós mesmos provoca reflexões profundas sobre nossa identidade, a fotografia digital- registro imagético sem custo, é um excelente recurso, visto que teremos um produto concreto como resultado, passível de avaliação de várias tentativas de construção até alcançar a satisfação.

Constrói-se em 3 momentos:

1º Preparação para o renascimento: Elaboração de um projeto de imagem. Neste momento o sujeito define seu estilo, Idealiza a imagem que deseja projetar para o mundo. Envolve tomada de decisão, exercício da autonomia, valores estéticos, comportamentais e éticos.

2º Metamorfose: Produção no Camarim. Neste momento o sujeito experimenta as possibilidades e limites de transformação e aproximação com seu projeto de imagem. Envolve características como criatividade, flexibilidade, postura, ousadia e iniciativa.

3º Culminância: Sessão de fotos. Neste momento o sujeito experimenta as possibilidades de ser o idealizado. Envolve atitude, performance, protagonismo.

Ao final desta atividade, as fotos serão exibidas em show de slides e serão escolhidas 03 fotos por cada participante uma para cada momento do ateliê para compor seu livro de vida no diário de bordo e cada participante deverá expressar um breve relato dessa experiência.

Kit Ateliê renascer: Baú contendo cabideiro, espelho para visualização de corpo inteiro, espelhos de dupla face com aumento, maquiagem, perucas, acessórios diversos. Dispositivo com câmera fotográfica digital.

Tempo de execução do ateliê : 1h20'

ANEXO P – Dinâmica minha bandeira pessoal

Objetivo: Possibilitar aos participantes a identificação das suas habilidades e limitações.

Material necessário: Fichas de trabalho, lápis preto, lápis de cor, borrachas.

Descrição da dinâmica:

1. Grupo espalhado pela sala. Sentados. Dar a cada participante uma ficha de trabalho(folha com uma bandeira impressa) . Distribuir o material de desenho pela sala;
2. Explicar ao grupo que a bandeira geralmente representa um país e significa algo da história desse país. Nesta atividade cada um vai construir sua própria bandeira a partir de seis perguntas feitas pelo facilitador;
3. Pedir que respondam a cada pergunta por intermédio de um desenho ou de um símbolo na área adequada. Poderão escrever uma frase ou algumas palavras, mas devem procurar se expressar pelo desenho;
4. O facilitador faz as seguintes perguntas, indicando a área onde devem ser respondidas:
 - ☐ Qual o seu maior sucesso individual?
 - ☐ O que gostaria de mudar em você?
 - ☐ Qual a pessoa que você mais admira?
 - ☐ Em que atividade você se considera muito bom?
 - ☐ O que mais valoriza na vida?
 - ☐ Quais suas dificuldades ou facilidades para trabalhar em grupo?

Tempo de execução: cerca de vinte minutos.

5. Quando todos tiverem terminado, formar uma roda e pedir que compartilhem suas bandeiras estabelecendo tempo de até 2 minutos para cada um;
6. Abrir o plenário para comentar o que mais chamou a atenção de cada um em sua própria bandeira e na dos companheiros. Contar o que descobriu sobre si mesmo e sobre o grupo.
7. No fechamento da atividade, cada participante diz como se sente após ter compartilhado com o grupo sua história pessoal.

Comentários:

1. Tomar consciência das suas habilidades e limitações propicia um conhecimento mais aprofundado sobre si mesmo, suas habilidades, facilitando as escolhas que precisa fazer na vida;
2. Feita dessa forma, a reflexão torna-se prazerosa, evitando resistências. É um trabalho leve e ao mesmo tempo profundo. Permite que o grupo possa entrar em reflexões como a escolha profissional.

Esta dinâmica foi adaptada a partir do Artigo publicado na edição 309, jornal Mundo Jovem, agosto de 2000, página 17.

Fonte: Adolescência - Época de Planejar a Vida (AEPV), publicada no livro "Dinâmica de Grupos na Formação de Lideranças", Ana Maria Gonçalves e Susan Chio de Perpétuo, editora DPEA, Belo Horizonte, MG.

ANEXO Q – Sobre Umbigos e Protagonismo.

Só tem umbigo quem já nasceu, quem ainda não nasceu tem cordão umbilical .

Umbigo é cicatriz, herança, memória pra que a gente nunca se esqueça que veio de um outro ser humano, que nos alimentou, acolheu e depois pariu, nos dando a luz da vida.

No momento em que o cordão foi cortado, nos individualizamos, nos concederam a graça de sermos independentes, nós mesmos, únicos **sujeitos donos** da própria história.

Duvido se alguém já viu algum ser humano, com mais de um dia de parido, andando por aí arrastando seu cordão umbilical.

Pois é, este é o primeiro fato que nos informa, que cada um existe por si mesmo, sozinho, com seu único umbigo, e cada qual tem de pegar essa luz que ganhou da mãe, e ser capaz de fortalecê-la, multiplicá-la e ser o responsável pelo seu próprio destino.

Isto se chama **Protagonismo**_assumir identidade, ser você, com tudo o que isto representa.

Ser o dono do seu próprio umbigo!

ANEXO R – Árvore de Promoção da Saúde

Objetivo: Visualizar a promoção da saúde a partir do conjunto de ações propostas para cuidar de si

A cada participante serão entregues três papelotes, em formato de folha, flor e fruto, orientando que cada ACS, reflita sobre tudo o que descobriu e aprendeu durante esta intervenção e elabore pelo menos um cuidado de si, a ser realizado a curto e médio prazo, e identifique um aprendizado para ensinar outra pessoa a cuidar de si.

- ☐ na folha, escrever o cuidado a ser realizado a curto prazo;
- ☐ na flore, escrever o cuidado a médio prazo; e
- ☐ no fruto, o aprendizado para ensinar outra pessoa a cuidar de si.

Um cartaz com a figura da base da árvore será fixado na parede, e cada ACS colará seus papelotes de cuidados formando a copa da árvore, representando a promoção da Saúde.