



**CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS –
UNIPAC
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL E DO
TRABALHO**

**JULIANE APARECIDA REZENDE DA SILVA
TAMARA STEFANY GOMES ROCHA**

**PROJETO DE DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LAMIM - MG**

Barbacena

2020

JULIANE APARECIDA REZENDE DA SILVA
TAMARA STEFANY GOMES ROCHA

**PROJETO DE DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LAMIM - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Pós-graduação em
Psicologia Organizacional e do Trabalho, Centro
Universitário Presidente Antônio Carlos –
UNIPAC, como requisito parcial para obtenção
do certificado de Especialista.

Orientador: Professor Márcio de Campos.

Barbacena

2020

Silva, Juliane Aparecida Rezende da

S586p Projeto de diagnóstico em saúde mental dos agentes comunitários de saúde do município de Lamim (MG) [Manuscrito] / Juliana Aparecida Rezende da Silva. – 2020.

31f

Orientador: Márcio de Campos

Monografia (Especialização em Psicologia Organizacional e do Trabalho) – Centro Universitário Presidente Antônio Carlos.

1. Psicologia do trabalho 2. Saúde mental I. Rocha, Tamara Stefany Gomes II. Título III. Centro Universitário Presidente Antônio Carlos.

CDD 158.7

1.1.1



Centro Universitário Presidente Antônio Carlos
UNIPAC – Barbacena

Ata de Avaliação De Trabalho de Conclusão de Curso Pós-graduação Lato Sensu em Psicologia Organizacional e do Trabalho

Aos 27 dias do mês de julho, do ano de 2020, às 19h30min, por meio de sessão online realizada pela ferramenta BlackBoard Collaborate, Ambiente Virtual de Aprendizagem, do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

– UNIPAC Campus Barbacena, reuniu-se a banca examinadora composta pelos professores: Kennya Rodrigues Nézio, Júlia Nogueira Dorigo e Márcio de Campos a fim de proceder avaliação da apresentação do trabalho de conclusão de curso das alunas **JULIANE APARECIDA REZENDE DA SILVA** e **TAMARA STEFANY GOMES ROCHA** regularmente matriculadas, respectivamente, sob números 182-002358 e 182-002377. O trabalho, orientado pelo professor Márcio de Campos, teve como título: **PROJETO DE DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LAMIM – MG.** Ao final da apresentação, a banca deliberou e fez as seguintes considerações; Revisar e adequar a metodologia e ferramentas de pesquisas, adequando o cronograma. Revisar o objetivo geral, incluindo a perspectiva da pesquisa-intervenção, adequando o texto. Demarcar os preceitos éticos a serem cumpridos durante a condução da pesquisa. tendo atribuído às alunas a nota **100,00**, considerando-as **Aprovadas**.

Barbacena, 27 de julho de 2020

Orientador: Professor Especialista Márcio de Campos
Centro Universitário presidente Antônio Carlos – UNIPAC Barbacena

Professora Doutora Julia Nogueira Dorigo

Professora Mestra Kennya Rodrigues Nézio

Aluna Juliane Aparecida Rezende da Silva

Aluna Tamara Stefany Gomes Rocha

JULIANE APARECIDA REZENDE DA SILVA
TAMARA STEFANY GOMES ROCHA

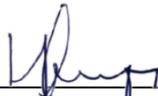
**PROJETO DE DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
LAMIM - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Centro Universitário Presidente
Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito
parcial para obtenção do certificado de
Especialista.

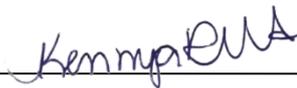
Aprovada em 27/07/2020



BANCA EXAMINADOR
Professora Doutora Julia Nogueira Dorigo



Orientador: Professor Especialista Márcio de Campos
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC Barbacena



Professora Mestra Kennya Rodrigues Nézio
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC Barbacena

RESUMO

Trabalhadores da saúde apresentam agravos à saúde e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é complexo, e envolve diversas situações que os tornam vulneráveis a riscos físicos e/ou psicossociais. O presente projeto de diagnóstico objetiva investigar o trabalho dos ACS que atuam na cidade de Lamim, no estado de Minas Gerais, compreendendo os sentidos que esses profissionais atribuem ao trabalho, as queixas e demandas mais prevalentes entre esses trabalhadores. Para compreender os riscos que estão expostos os agentes comunitários de saúde os objetivos iniciais foram compreender as bases teóricas sobre o tema, bem como sua contextualização através de uma pesquisa de base qualitativa, por meio de revisão de literatura. Em um segundo momento, diz de uma proposta de uma pesquisa de campo, aplicada, de ordem qualitativa e quantitativa, bases para a constituição do diagnóstico elencando neste projeto. A identificação dos riscos é imprescindível para melhorar a capacidade de enfrentamento, minimização ou eliminação de possibilidades da ocorrência de danos à saúde desse profissional.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde, Saúde Mental, Diagnóstico

ABSTRACT

Health workers have health problems and the work of the Community Health Agent (CHA) is complex, and involves several situations that make them vulnerable to physical and/or psychosocial risks. The present diagnostic project aims to investigate the work of CHA who work in the city of Lamim, in the state of Minas Gerais, understanding the meanings these professionals attribute to work, the most prevalent complaints and demands among these workers. To understand the risks that community health agents are exposed to, the initial objectives were to understand the theoretical bases on the theme, as well as its contextualization through a qualitative research, through a literature review. In a second step, he says of a proposal for a field research, applied, of qualitative and quantitative order, bases for the constitution of the diagnosis listing in this project. The identification of risks is essential to improve the ability to cope, minimize or eliminate the possibility of damage to the health of this professional.

Keywords: Community Health Agent, Mental Health, Diagnosis

SUMÁRIO

1 PROBLEMA	8
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo Geral	12
3.2 Objetivo Específico	12
4 REVISÃO DE LITERATURA	12
5 METODOLOGIA DA PESQUISA	18
5.1 Apresentação da proposta de diagnóstico para a gestão da UBS e para os ACS....	22
5.2 Observação Participante	22
5.3 Entrevistas individuais	23
5.4 Aplicação do questionário SQR-20	23
5.5 Grupos focais	23
5.6 Devolutiva e proposição de projeto de intervenção	24
6 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO	24
7 RECURSOS NECESSÁRIOS	25
8 RESULTADOS ESPERADOS	25
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
10 ANEXO A - QUESTIONÁRIO SQR-20 - SELF REPORT QUESTIONNAIRE.....	29

1 PROBLEMA

No Brasil, a história da saúde pública é marcada pela desigualdade no acesso aos serviços. Antes do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 e posteriormente regulamentado pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, apenas os trabalhadores formais que contribuíram para a Previdência Social tinham direito aos serviços públicos de saúde. O restante da população dependia de serviços filantrópicos. O SUS adota a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia de assistência à saúde. A partir desta lógica, surgiu a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que anteriormente era um Programa de Saúde da Família (PSF). A ESF contempla um modelo de assistência centrado nas equipes de saúde, compostas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, e operacionalizado pelos governos municipais.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é integrante da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que é uma das principais portas de entrada no sistema de saúde. Este profissional se insere na ESF como membro da comunidade e suas principais atribuições são o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde em visitas domiciliares que possibilitam a articulação do serviço de saúde com os moradores da localidade.

O trabalho do ACS é complexo, e envolve diversas situações que se tornam possíveis agravos à saúde, tanto física, quanto mental, como desgastes físicos por conta de longas caminhadas sob diversas condições climáticas e desgastes psicológicos como a pressão da comunidade e pela própria equipe sobre seu trabalho, além da sensação de impotência diante das dificuldades para resolver determinadas demandas da região onde moram e trabalham (SANTOS, HOPPE e KRUG, 2018). Considerando os sentidos que são atribuídos ao trabalho e sua relação direta com as condições de saúde do trabalhador, este trabalho busca conhecer, a partir de uma revisão bibliográfica, o trabalho do ACS e os desgastes físicos e psicológicos envolvidos nele para, a partir daí, elaborar um projeto de diagnóstico em saúde mental, com base na Psicodinâmica do Trabalho, que busque conhecer a fundo as queixas desses trabalhadores para, que seja possível, em outro momento, elaborar um projeto de intervenção de modo a fortalecê-los coletivamente para elaborarem estratégias para lidarem com o sofrimento no trabalho. A Unidade Básica de Saúde onde será realizado o projeto de diagnóstico fica localizada no município de Lamim-MG, localizado na zona da mata mineira. No último censo (2010), a população do município era de 3426 habitantes e a população estimada pelo IBGE para o ano de 2019 foi de 3391 habitantes. A UBS é a única do município e conta com 33 profissionais atualmente. Destes, 9 são ACS, que cobrem as zonas rural e urbana do município.

A proposta deste diagnóstico materializa o trabalho aplicado da Psicologia Organizacional e do Trabalho na medida em que possibilitará o levantamento de dados e suas análises com objetivo

de compreensão dos elementos envoltos à saúde dos trabalhadores alvo deste projeto, demarcando assim o entrelaçamento entre teoria e práxis neste campo de saber.

A título de contextualização, os dados apresentados neste projeto referente à Unidade Básica de Saúde em tela foram informados pelos gestores de tal dispositivo nos fornecendo a autorização para a utilização. A Unidade Básica de Saúde da cidade de Lamim-MG foi escolhida para este projeto porque uma das autoras atua como psicóloga no NASF nesse dispositivo e observa fenômenos atrelados ao adoecimento dos ACS nesta UBS, porém ainda não há dados levantados tampouco ações formalizadas neste sentido.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com o Ministério da Saúde, o ano de 2019 foi encerrado com um investimento de R\$706,9 milhões de reais para garantir o reforço na saúde pública através da contratação de mais profissionais e expansão de serviços em funcionamento. O principal resultado desse investimento foi o credenciamento de 286.115 Agentes Comunitários de Saúde até o fim do ano passado, e esses dados demonstram o crescimento na atuação destes profissionais na Atenção Primária. Outra situação que fortalece a atuação da categoria é o reajuste no piso salarial, cujo valor fixado é de R\$1400,00, e o novo valor começou a entrar em vigor a partir de janeiro de 2020 (EVANGELISTA, 2019).

É necessário ressaltar que os Agentes Comunitários de Saúde, embora não realizem procedimentos curativos, são profissionais de grande importância na prevenção de doenças e na proteção à saúde, além de serem atores indispensáveis no controle epidemiológico e para a adesão dos indivíduos aos recursos e possibilidades de tratamento disponibilizadas pelo SUS.

Isso ocorre porque o trabalho desempenhado por esta categoria profissional faz com que os ACS sejam considerados o “elo de ligação” entre o sistema de saúde, os usuários e as comunidades. Por essa razão, é necessário elaborar estratégias e políticas que proponham melhorias para as condições de trabalho desses profissionais.

Na Unidade Básica de Saúde que foi escolhida, cada ACS atende cerca de 300 usuários ao mês. Vale ressaltar que esse número sofre alteração devido à área demarcada para cada trabalhador. Estudos (ALMEIDA, BAPTISTA e SILVA, 2016); (SANTOS, HOPPE e KRUG, 2018) apontam que nas condições de trabalho dos ACS, se sobressaem as seguintes situações: percorrer longas distâncias sob condições logísticas e climáticas adversas; presenciar, durante as visitas domiciliares, situações de violência e criminalidade, tornando esses profissionais expostos a perigos inerentes à segurança pública.

Além desses fatores, outro elemento presente na prática profissional do ACS é a pressão exercida pela equipe de saúde e pela comunidade para ofertarem maior resolutividade das demandas encontradas na região onde residem e trabalham, porém muitas vezes as soluções para essas demandas não dependem exclusivamente da ação dos ACS, gerando um sentimento de impotência que intensifica a pressão vivenciada por esses profissionais (ALMEIDA, BAPTISTA e SILVA, 2016).

Dessa maneira, a exposição a condições inadequadas de trabalho que podem gerar adoecimento ou acidentes, aliada ao apoio insuficiente da equipe de saúde e da gestão para lidarem com esses desafios presentes em seu trabalho, são fatores que evidenciam o impacto do processo de trabalho sobre a saúde mental desses profissionais, pois torna-os suscetíveis ao estresse e à sobrecarga emocional (SANTOS, HOPPE e KRUG, 2018).

Outro dado importante para levar em consideração são os dados de absenteísmo, que demonstram a quantidade de força de trabalho que poderia gerar produtos ou serviços e, na verdade, não está gerando. Como parâmetros de mensuração, utiliza: os atrasos, as saídas antecipadas e as ausências legalmente justificadas ou não. Em dados fornecidos, os ACS apresentaram no período de 2 anos um total de 21 atestados médicos, e nenhuma falta não justificada. O absenteísmo é multifuncional, porque não mede somente as horas improdutivas como se propõe, mas vai além. Evidencia o grau de satisfação do empregado, sua motivação, seu grau de desempenho/produtividade e sua intenção de permanência no trabalho. Se a rotina de trabalho é excessiva, pesada ou estressante, o trabalhador pode estar utilizando-se de atestados para descansar e não sofrer prejuízo nos salários.

O projeto de diagnóstico proposto neste trabalho visa aprofundar o conhecimento sobre a saúde desses trabalhadores, e assim desenvolver estratégias de enfrentamento frente aos desafios pelos quais estão expostos em seu cotidiano profissional. O motivo da escolha dessa modalidade de pesquisa se deve à proposta de definir e orientar as ações planejadas para a resolução de problemas e necessidades, com a proposta de desenvolver mudanças socialmente relevantes (SCHNEIDER e VON FLACH, 2016).

Considera-se que o desenvolvimento de ações em prol da saúde ocupacional aplicada aos Agentes Comunitários de Saúde proporciona benefícios para o profissional, que poderá contar com meios de promoção e proteção para sua saúde psíquica, evitando o descontentamento e o adoecimento no trabalho. Desta forma, este projeto torna-se relevante na medida em que propõe bases para sua aplicação em qualquer contexto/Unidade Básica de Saúde em que estes profissionais estão lotados, pois parte da premissa da promoção de saúde e da educação permanente em saúde, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Atenção Básica

(PENAB), aprovada pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 e passou por duas revisões: uma em 2011 e outra em 2017. Segundo a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (2012), a educação permanente contribui para a consolidação e aprimoramento da atenção básica e deve ser encarnada na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente, além da dimensão pedagógica deve também ser encarada como uma importante estratégia de gestão e deve ser embasada

num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa) (p. 39).

Segundo Melo *et al* (2018), a PNAB 2011 previa que até 8 horas semanais dos profissionais da ESF deveriam ser usadas em algumas atividades específicas, incluindo a educação permanente. Porém, isso não se encontra mais na publicação de 2017, onde há uma menor valorização da educação permanente, desconsiderando a importância da educação permanente em saúde enquanto objeto de qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema.

A partir do aporte teórico que será utilizado, a Psicodinâmica do Trabalho, entende-se que o trabalho pode proporcionar prazer ou sofrimento, e essas vivências são variáveis de indivíduo para indivíduo, posto que cada pessoa se posiciona de modo diferente perante as situações envolvidas com seu trabalho. No entanto, o sofrimento e o descontentamento no trabalho são considerados como oriundos de processos organizacionais que anulam a ação criativa e a expressão da identidade do trabalhador. Quando o trabalhador é desprovido de estratégias para lidar com os elementos causadores de sofrimento no trabalho, se torna propenso ao adoecimento psíquico (HELOANI e LANCMAN, 2004).

As intervenções que possuem o objetivo de promover a saúde mental no trabalho são fundamentais para resgatar, nos trabalhadores, uma percepção do trabalho enquanto fonte de prazer e desenvolvimento humano. Nesse sentido, a redução das condições precárias no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde promove a qualidade no trabalho desses profissionais e torna a abordagem com o público mais eficiente, de modo que os profissionais da saúde e a população sejam contemplados com ações humanizadas que possam promover subsídios para a defesa do Sistema Único de Saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Promover diagnóstico das condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Lamim, por meio de uma pesquisa-interventiva, identificando e analisando os sentidos que esses profissionais atribuem ao trabalho, as queixas e demandas mais prevalentes no grupo. Com esta pesquisa, visa-se proporcionar ao coletivo o desenvolvimento da capacidade de autoanálise de suas demandas e auxiliá-lo, em um segundo momento com um projeto de intervenção, à autogestão, fortalecendo-o em seu potencial coletivo.

3.2 Objetivo Específico

- Identificar quais são os fatores de risco causadores de sofrimento mental atrelados à organização do trabalho.
- Analisar as estratégias mentais utilizadas pelos trabalhadores para o enfrentamento dos aspectos que dificultam a qualidade de vida no trabalho.
- Investigar através das práticas de trabalho ações que são geradoras de prazer – sofrimento, nos âmbitos da promoção, da prevenção e do cuidado da saúde.
- Proporcionar aos trabalhadores espaços de fala e escuta coletiva, possibilitando o compartilhamento de vivências e o apoio mútuo.

4 REVISÃO DE LITERATURA

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido pela Lei Orgânica de Saúde nº 8080/1990, que definiu a saúde como um direito fundamental do ser humano e que é dever do Estado garantir a saúde através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos e assegurem o acesso o universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

A assistência à saúde era bem diferente antes da criação do SUS e a história da saúde no Brasil foi marcada pela filantropia religiosa em forma de caridade. O Estado intervia apenas em algumas doenças que eram negligenciadas, como a saúde mental, hanseníase, tuberculose, entre outras. A partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, a saúde passa a ser um componente do sistema para os trabalhadores, atrelada à previdência. A 3ª Conferência Nacional de Saúde, no final de 1963, demonstrou vários estudos para a criação de um sistema de saúde que seria um sistema de saúde para todos e organizado pelos municípios de forma descentralizada. Porém, a ditadura militar que teve início em março de 1964 sepultou essa proposta. Nos porões da ditadura surgia a ideia de um

sistema de saúde que tinha o objetivo de tornar a saúde um direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Mas como essa ideia acontecia em pleno regime autoritário, os movimentos sociais, as universidades, os partidos políticos progressistas e prefeituras com bandeiras progressistas destacaram-se na luta para que o Estado se responsabilizasse e garantisse o direito à saúde de forma universal. A crise na previdência na década de 1980 levou ao surgimento das Ações Integradas de Saúde (AIS) que era uma parceria da previdência com a saúde pública municipal e estadual. A partir de 1987, as AIS foram aprimoradas e se tornaram Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), que durou até 1991 quando se implantou o SUS (CARVALHO, 2013).

A criação do SUS tornou o obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, oferecendo serviços na atenção primária, secundária e terciária, dentro de uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988). A política de saúde pública brasileira apresentou como principal característica durante os anos 1990 a ênfase na Atenção Primária à Saúde que foi implementada com a operacionalização do Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994. Em 28 de março de 2006, através da Portaria nº GM/648, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que alterou e revogou dezenas de Portarias existentes até então e transformou o Programa de Saúde de Família (PSF) em Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em 2008 foram implementados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), para ampliar a resolutividade das ações e serviços de atenção básica. Em 2011 e em 2017 foram publicadas mais duas versões da PNAB pelo Governo Federal (PINTO E GIOVANELLA, 2018).

A Estratégia de Saúde da Família é uma proposta que visa reorientar o modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional hospitalocêntrico orientado para a cura de doenças por um modelo com enfoque na família a partir de seu ambiente físico e social, com vistas à promoção da saúde. A ESF é estruturada em uma equipe multiprofissional composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O número de agentes varia de acordo com o número de pessoas sob responsabilidade da equipe, numa proporção de um ACS para 750 pessoas acompanhadas e eles agem como elo que fortalece o vínculo com a família para que seja possível a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar. Ao se aproximar da realidade da família, seus problemas e necessidades, o agente pode consolidar um diagnóstico de saúde da comunidade e informar a equipe de saúde para o planejamento de ações (PESERICO et al, 2014).

Segundo Almeida, Baptista e Silva (2016, p. 96), dentre as principais funções do Agente Comunitário de Saúde destacam-se

o cadastramento e acompanhamento por meio de visita domiciliar mensal a todas as famílias de sua microárea; a orientação quanto à utilização dos serviços de saúde; o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e de vigilância à saúde de forma individual ou por meio de grupos de educação em saúde.

O ACS também deve acompanhar pessoas com problemas de saúde e os que estão inseridos em programas de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades e seu trabalho requer cooperação coletiva dos membros da equipe ESF para que a melhoria das condições de saúde da comunidade onde atuam seja efetiva (ALMEIDA, BAPTISTA e SILVA, 2016). Os ACS também possuem importante papel do âmbito da Saúde do Trabalhador. Segundo o documento do Ministério da Saúde, Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (2018), as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica/Saúde da Família facilitam o reconhecimento das relações entre as condições de vida e trabalho e permitem a definição de políticas e ações mais adequadas ao perfil de morbimortalidade e o acesso e acompanhamento dos grupos vulneráveis.

Segundo estudo realizado por Ursine, Trelha e Nunes(2010), os ACS que participaram das pesquisas possuíam renda baixa o que, segundo as autoras, pode desencadear o sentimento de desvalorização do trabalho. As autoras também mostram que há uma escassez de trabalhadores e que algumas áreas ficavam descobertas. Assim, os ACS além de desenvolverem atividades em suas microáreas, faziam também nas microáreas descobertas, gerando um aumento do volume de trabalho. Ursine, Trelha e Nunes(2010) também destacam a predominância de mulheres na profissão, o que implica em jornadas de trabalho mais longas, pois as mulheres, geralmente, realizam dupla jornada de trabalho, dentro e fora do lar. As autoras também criticam o fato de, apesar da grande participação dos ACS em atividades na comunidade, eles participam pouco nos espaços de decisões políticas, como o conselho de saúde.

Desde os tempos mais remotos, o trabalho ocupa lugar importante na vida dos indivíduos. Antigamente visto como fonte de sobrevivência, outras funções foram sendo agregadas ao sentido do trabalho e, atualmente, ele envolve também o sentido de bem-estar, autorrealização e fonte de prazer, além de ser um fator importante na construção da subjetividade do sujeito. Por ocupar lugar tão relevante na vida das pessoas, o trabalho passa a ter relação direta com as condições de saúde tanto física quanto mental. Dependendo da forma como o trabalho é feito, ele pode causar sofrimento, adoecimento e até mesmo a morte (MERLO, BOTTEGA e PEREZ, 2014). De acordo com o documento do Ministério da Saúde, Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (2018, p. 17), “o trabalho, ou a ausência dele, é um importante determinante das condições de vida e da situação

de saúde dos(as) trabalhadores(as) e de suas famílias”, pois gera renda que viabiliza as condições materiais de vida e permite a inclusão social de quem trabalha, o que favorece a formação de redes sociais de apoio, importantes para a saúde. Porém, apesar de poder ser promotor de saúde, também pode causar mal-estar, sofrimento, adoecimento e morte dos trabalhadores, além de aprofundar a vulnerabilidade das pessoas e das comunidades. Segundo Campos e Saraiva (2014, p.36), a importância do trabalho na vida de muitas pessoas não se resume apenas a questões monetárias, pois “o indivíduo almeja que o seu trabalho possa trazer alguma contribuição para outras pessoas e que repercuta no âmbito social”. Segundo os autores, dentro da lógica do capitalismo, não é possível prescindir do trabalho, pois ele organiza a sociedade, estabelece funções sociais e confere sentido à vida. As representações do trabalho atuam, através da dialética prazer-sofrimento, na constituição da subjetivação do homem.

Segundo Telles e Pimenta (2009), o desgaste físico e emocional a que o indivíduo está submetido na execução de suas tarefas é bastante significativo na determinação de transtornos mentais e comportamentais. Dejours, Abdoucheli e Jayet (2011) falam sobre a carga mental no trabalho, que é uma mistura de fenômenos de ordem neurofisiológica e psicofisiológica e apresentam para os elementos afetivos e relacionais o conceito de “carga psíquica do trabalho”, que tem origem na relação do homem com a organização do trabalho. Segundo os autores, “se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica, ele é equilibrante. Se ele se opõe a essa diminuição, ele é fatigante” (p. 25). Dejours (1992) destaca que o confronto entre o sujeito, que possui uma história personalizada e a organização do trabalho, que possui uma ordem despersonalizante, resulta no sofrimento mental. Ao não conseguir adequar o trabalho à sua personalidade, há o aumento da carga psíquica que resulta em sofrimento.

No trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), assim como de outros profissionais da ESF, existem diversos riscos físicos, químicos, biológicos e psíquicos. Porém o trabalho dos ACS é dotado de algumas particularidades. O fato de ser o elo entre a comunidade e a equipe ESF e depender da cooperação de outros profissionais é um ponto em que o trabalho do ACS pode se tornar muito estressante, pois às vezes ele depende da equipe para resolver algum problema de saúde das famílias e por morar na comunidade onde atua, muitas vezes é cobrado por ações que não são de sua responsabilidade. Soma-se a isso o fato de percorrerem grandes distâncias sob quaisquer condições climáticas, visitas a famílias em situação de vulnerabilidade, presenciando situações de violência, contato com locais insalubres ou áreas de risco como pontos de tráfico de drogas ou residências com cães ferozes. Todas essas condições a que estão expostos podem gerar acidentes de trabalho ou doenças (ALMEIDA, BAPTISTA e SILVA, 2016). Por trabalhar na mesma região em que mora e visitar constantemente os moradores da sua área de atuação, os ACS estabelecem uma

relação de vínculo com as famílias que favorece a execução de seu trabalho, mas, por outro lado, leva as famílias a procurá-los em qualquer necessidade, colocando nestes profissionais uma grande quantidade de estímulos e exigências, além de estender a carga horária e sobrecarregar os ACS de atividades. Tudo isso pode levá-los ao sofrimento (BARROS, 2012). Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (2011, p. 24), “o trabalho pode se tornar perigoso para o aparelho psíquico quando ele se opõe à sua livre atividade”. O fato de morar no mesmo bairro em que trabalha diretamente com a população pode trazer outras consequências diretas para a qualidade de vida dos ACS. Uma vez que conhecem não só as demandas de saúde dos vizinhos, mas também a situação socioeconômica e questões familiares, esses vizinhos também se sentem no direito de invadir a privacidade dos ACS, uma vez que sua vida social acontece no mesmo ambiente que sua vida profissional. Os usuários também não respeitam momentos em que os ACS estão fora do horário de trabalho ou até mesmo de férias (JARDIM e LANCMAN, 2009). Segundo Ursine, Trelha e Nunes (2010), a oportunidade de recreação e lazer possui implicações tanto na própria saúde e qualidade de vida do trabalhador, quanto na de outros indivíduos. Segundo estudo realizado pelas autoras, os ACS entrevistados na pesquisa, principalmente por serem na maioria mulheres de classes subalternas, que mais sofre os efeitos negativos do capitalismo, tem seus espaços de lazer restritos ao ambiente doméstico ou áreas coletivas da comunidade.

Outro fator que merece atenção é a dimensão de trabalho real e trabalho prescrito. Nos documentos do Ministério da Saúde, a prescrição do trabalho do ACS diz que sua principal atribuição é ser um agente educador que deve transmitir informações que melhorem a capacidade de enfrentamento de problemas de saúde por parte da população. Porém, no cotidiano, os ACS se deparam com outras demandas da comunidade por serem os representantes do sistema de saúde com mais contato com os usuários (JARDIM e LANCMAN, 2009). Segundo Dejours (2001), a falta de reconhecimento do real do trabalho priva os trabalhadores de reconhecimento, o que repercute dolorosamente na vivência do trabalho.

Por serem experiências comuns a praticamente todos os ACS, o sofrimento causado por essas condições também é experienciado por muitos desses trabalhadores. Neste sentido, a clínica psicodinâmica do trabalho tem entre seus princípios fundamentais promover o espaço público de discussão do coletivo de trabalho, para que, a partir do processo de elaboração e per-elaboração do sofrimento no trabalho e das defesas para controlá-lo, seja possível o resgate do sentir, do pensar, do julgar e do agir em liberdade, construindo novos sentidos ao vivido e ressignificando-o (MARTINS e MENDES, 2012). Segundo Heloani e Lancman (2004, p. 82), “a escuta proposta pela Psicodinâmica do Trabalho é realizada de forma coletiva e desenvolvida a partir de um processo de reflexão, realizado em conjunto com os trabalhadores”. Segundo as autoras, essa abordagem

favorece processos de reflexão e elaboração que criem uma mobilização entre os trabalhadores, para que possam alavancar mudanças no trabalho ou em suas relações laborais. Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (2011), em qualquer circunstância ou situação o trabalhador não deve ser considerado um indivíduo isolado, mas em relação com outros trabalhadores que sofrem, para construir as estratégias defensivas em comum. Segundo os autores, o sofrimento suscita estratégias defensivas construídas, organizadas e gerenciadas coletivamente, que levam à modificação da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer. Essas estratégias defensivas funcionam, em geral,

“por um retorno da relação subjetiva com as pressões patogênicas. De vítimas passivas, os trabalhadores colocam-se na posição de agentes ativos de um desafio, de uma atitude provocadora ou de uma minimização diante da dita pressão patogênica. A operação é estritamente mental, já que ela geralmente não modifica a realidade da pressão patogênica”(p.128).

Dejours, Abdoucheli e Jayet (2011) afirmam ainda que prazer e sofrimento são vivências subjetivas, mas que vários sujeitos que experimentam um sofrimento único são capazes de unir seus esforços para construir uma estratégia defensiva comum. Essas estratégias funcionam como regras, que supõem um consenso. Segundo os autores,

“a diferença fundamental entre um mecanismo de defesa individual e uma estratégia coletiva de defesa é que o mecanismo de defesa está interiorizado (no sentido psicanalítico do termo), ou seja, ele persiste mesmo sem a presença física de outros, enquanto a estratégia coletiva de defesa não se sustenta a não ser por um consenso, dependendo assim, de condições externas” (p. 128-129)

Sobre a pesquisa e intervenção em psicodinâmica do trabalho, Dejours, Abdoucheli e Jayet (2011) dizem que, na pesquisa-ação, o pesquisador não deve aparecer como sábio ou especialista, mas como alguém que interage e que também cuida para que os trabalhadores não apareçam como alienados definitivos, e consideram que as relações trabalho-saúde mental podem ser um espaço privilegiado onde a pesquisa se inscreve no sentido de uma filosofia de emancipação e não como uma armadilha individualizante. Mendes, Araujo e Merlo (2011) ressaltam que o objetivo da pesquisa em psicodinâmica do trabalho é provocar reflexões que possibilitem gerar ações transformadoras e que o foco de interesse é acessar os comentários verbais dos trabalhadores para que se tornem conteúdo formulado pelo grupo à medida que a pesquisa se desenvolve.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (2011, p. 137) afirmam que o sofrimento é inevitável e tem raízes na história singular de todo sujeito. Os autores distinguem dois tipos de sofrimento: o sofrimento criador e o sofrimento patogênico. “O último aparece quando todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas” e há apenas pressões fixas, rígidas levando à repetição e frustração. Dessa forma, os autores definem que o objetivo real para a psicopatologia do trabalho é definir ações para modificar o destino do sofrimento e transformá-lo, não eliminá-lo, pois quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, ele aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática.

5 METODOLOGIA DA PESQUISA

Enquanto metodologia, este projeto guarda em si, a priori, uma pesquisa de base qualitativa, por meio de uma revisão de literatura, cujo os objetivos iniciais foram compreender as bases teóricas sobre o tema, bem como sua contextualização. Em um segundo momento, diz de uma proposta de uma pesquisa de campo, aplicada, de ordem qualitativa e quantitativa, bases para a constituição do diagnóstico elencando neste projeto. Para esta pesquisa foram selecionados artigos sobre o tema nas plataformas Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), utilizando as palavras-chaves “Agentes Comunitários de Saúde”, “trabalho dos ACS”, “impactos na saúde dos ACS”, dentre outros, bem como livros que tratem do tema saúde mental e trabalho e normativas e cadernos técnicos do Governo Federal e Ministério da Saúde, que versam sobre a temática.

Para obtenção de dados sobre o adoecimento mental dos ACS, um dos instrumentos utilizados será o questionário SQR-20. O SQR-20 é um instrumento criado pela OMS para o diagnóstico de transtornos mentais comuns e tem um ponto de corte para classificação de TCM de oito ou mais respostas positivas (Botti et al, 2010 *apud* MARI; WILLIAMS, 1986). Para análise dos resultados será utilizado o software IBM SPSS Statistics. Outra ferramenta utilizada será a entrevista semiestruturada, com perguntas abertas, de modo a captar alguns fatores subjetivos e implícitos relacionados ao trabalho dos ACS, bem como aspectos de gestão da UBS. Também recorreremos à técnica de observação participante como método de pesquisa. Segundo Fernandes (2015, p. 490), a observação participante

trata-se de uma técnica de levantamento de informações que pressupõe convívio, compartilhamento de uma base comum de comunicação e intercâmbio de experiências com o(s) outro(s) primordialmente através dos sentidos humanos: olhar, falar, sentir,

vivenciar... entre o pesquisador, os sujeitos observados e o contexto dinâmico de relações no qual os sujeitos vivem e que é por todos construído e re-construído a cada momento.

Fernandes (2015) destaca que essa técnica implica em estar e observar onde a ação acontece, sendo partícipe da mesma, visando um objetivo de pesquisa.

Também será utilizada para obtenção de dados referentes ao adoecimento mental dos ACS a técnica de grupo focal. Segundo Trad (2009 *apud* KITZINGER, 2000), o grupo focal é uma forma de entrevista com grupos, baseada na comunicação e na interação. Ele tem como objetivo colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços. Ele é diferente da entrevista individual porque se baseia na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa. Sua utilização, de forma isolada ou combinada com outras técnicas de coleta de dados, é uma técnica muito útil (TRAD, 2009).

Serão estruturados 3 grupos focais, cada um com uma temática relacionada aos principais fatores de adoecimento identificados em pesquisa bibliográfica que são: trabalhar e viver no mesmo território; estilo de gestão e organização do trabalho; condições de trabalho. Cada encontro trabalhará um desses temas.

Para estruturação deste projeto, estão sendo observadas algumas proposições do Institucionalismo. Segundo Baremlitt (2002), os dois objetivos básicos do Institucionalismo são a autoanálise e a autogestão. Por isso, esse projeto tem como foco ajudar os ACS a analisarem o próprio trabalho, a partir de uma perspectiva de saúde mental, para que conheçam aspectos adoecedores deste trabalho e, posteriormente, conseguirem elaborar, com o apoio de um projeto de intervenção, estratégias para que consigam lidar com o sofrimento no trabalho de forma a amenizar impactos na saúde mental.

Baremlitt (2002) também traz um questionamento feito pelo Institucionalismo ao conceito de demanda. O autor destaca que não existem demandas “espontâneas” por produtos ou serviços e que a noção da necessidade é produzida, assim como a demanda é modulada. Os coletivos ficam a mercê de experts que acumulam um saber que permite que façam as pessoas acreditarem que precisam de algo e solicitem o que os experts dizem que precisam e que são oferecidos pelos grupos e classes dominantes. Por isso, a autoanálise e a autogestão também são extremamente importantes para as executoras desse projeto. Baremlitt (2002) destaca que é necessário submetermos nosso saber, glórias, métodos, técnicas, inserções sociais como profissionais a uma profunda crítica para que possamos separar o que é produto de nossa pertença ao bloco dominante das forças sociais e o que pode ser útil a uma autoanálise e a uma autogestão, das quais os seguimentos dominados e explorados sejam protagonistas. Para isso, precisamos entrar em contato direto com os coletivos que

estão se autoanalisando e se autogestionando, trabalhando em conjunto com essas comunidades e na mesma relação de horizontalidade com que qualquer membro dessa comunidade o faz, para que, posteriormente, seja possível integrar nosso saber, capacidade e potência criativa ao movimento de autoanálise e autogestão dessa comunidade.

A partir desses preceitos, Baremlitt (2002) propôs um roteiro para intervenção institucional standard, que não é única, nem sempre é a melhor e nem sempre é possível, porque as características da demanda não a propiciam. O autor destaca que deve-se ter cuidado para não ficarmos presos a esse tipo de intervenção, para que não se corra o risco de pensar que, quando ele não é possível, não existem outros. Segundo Baremlitt (2002), a intervenção apresenta uma série de passos ideais que deveriam ser tratados em separado durante a intervenção, se houvesse tempo, calma, dinheiro e todas as condições necessárias para fazer as coisas de uma maneira confortável, mas, “em geral essas condições não existem, então pulam-se e misturam-se passos, e age-se, mais ou menos, como é possível” (p. 94).

O primeiro passo apresentado por Baremlitt (2002) consiste em fazer a análise da produção da demanda, que é uma análise cuidadosa que devemos fazer da forma como oferecemos o serviço, ou seja, uma análise da forma como produzimos a demanda, pois como já foi destacado, a demanda nunca é espontânea. O que temos que fazer é uma análise de como vendemos essa demanda, que coisas, realmente, podemos solucionar, o que podemos solucionar parcialmente e o que não devemos solucionar e encaminhar noutra direção ou devolver ao usuário o que ele demanda de nós. Baremlitt (2002) destaca que essa análise possui aspectos conscientes, como analisar como foi que convencemos a pessoa a nos procurar, e aspectos pré-conscientes, como analisar o que foi que fizemos sem dar-nos conta, para convencermos a pessoa a nos procurar.

O segundo passo é a tentativa da análise do encaminhamento, ou seja, identificar quais foram os passos que conectaram o usuário-demandante conosco, quais são os passos intermediários da conexão entre oferta e demanda. Feita essa análise, podemos passar para o próximo passo, que é a análise da gestão parcial, que consiste em identificar qual setor da organização assumiu o papel de nos consultar. Baremlitt (2002) destaca que não é a mesma coisa ser solicitado pela direção ou pelos proprietários e ser solicitado pela base. Por isso essa análise é importante, porque nos permite antecipar os motivos dessa consulta, os interesses em jogo, os desejos em pauta e, principalmente, o grau de consenso, de unanimidade que motiva os protagonistas dessa solicitação.

O passo seguinte é a análise do encargo. Segundo Baremlitt (2002), “demanda é a solicitação formal, consciente, deliberada, que nunca coincide com o encargo que é um pedido que envolve os três níveis da discriminação que fizemos entre má-fé, desconhecimento e recalque” (p. 99). A demanda não coincide com o encargo por má-fé quando as pessoas estão solicitando uma

coisa, mas querem obter outra. Essa diferença pode ser por desconhecimento quando a pessoa procura um profissional que não pode ajudá-la por desconhecer a origem do seu problema. O usuário não sabe qual o lugar e o expert adequado para a consulta. Mas, pode ser também um problema recalcado, inconsciente. A pessoa chega com uma demanda, mas tem o encargo recalcado, então pede uma coisa, mas inconscientemente espera conseguir outra.

Feita essa análise, pode-se passar para o passo que Baremlitt (2002) chama de diagnóstico provisório, que é uma hipótese ainda especulativa sobre o quadro. Neste ponto já temos que fazer um contrato de diagnóstico, que é um convênio feito para poder construir um dispositivo no qual possamos ouvir todas as partes. Após esse contrato, cria-se dispositivos para recolher todo o material necessário. O passo seguinte consiste em planejar uma política, uma estratégia, uma tônica e técnicas para começar a intervenção, a partir do diagnóstico provisório. Cria-se então, analisadores construídos ou dispositivos para poder recolher todos os dados do diagnóstico provisório.

Após a execução dos dispositivos do diagnóstico provisório, deve-se reunir a equipe interventora para analisar todos os dados coletados e, então, fazer a análise da demanda e do encargo definitivo. Deve-se, então, voltar a fazer uma autoanálise da implicação, que “significa pesquisar, exaustivamente, no coletivo interventor, quais foram os inconfessáveis e imperceptíveis ou recalcados que foram ativados” (p. 104). Baremlitt (2002) ressalta que é importante fazer novamente essa análise da implicação porque o passo seguinte é o diagnóstico definitivo e o planejamento da intervenção definitiva que darão início ao passo seguinte: proposta de intervenção e novo contrato. A partir do diagnóstico definitivo, haverá a possibilidade de um desdobramento de um segundo projeto, agora, de intervenção. Caso as partes, equipe interventora e o coletivo analisado, se disponham a este trabalho, a intervenção deverá observar algumas condições. Esse contrato definitivo exige ter muito claro aquilo com o que se está lidando quais foram as ressonâncias inconscientes que isso despertou na equipe interventora. Depois disso, devemos fazer a autogestão do contrato de intervenção, isto é, vamos fazer uma proposta de contrato definitivo, mas sem impor nenhum dos termos, deixando que o coletivo proponha se quer pagar, quanto quer pagar, porque quer pagar, que tempo pensa em destinar ao trabalho, que poderes quer nos dar e porque, o que será muito ilustrativo do significado que a intervenção tem para cada segmento. Depois vem a execução da intervenção, tal como foi planejada. Quando acaba a intervenção, é necessário fazer um prognóstico, que poderemos ou não comunicar ao coletivo. Neste momento, também podemos propiciar a implantação de um dispositivo de autoanálise coletiva permanente, ou seja, no momento em que sairmos da instituição ficará uma disposição e uma instrumentação de dispositivos para que esse coletivo continue fazendo o processo de autoanálise e de autogestão que introduzimos.

Podemos fazer um acordo de acompanhamento e de intervenções periódicas de atualização (BAREMBLITT, 2002).

Para a condução deste projeto de diagnóstico, devem ser considerados alguns preceitos éticos. São eles: Termo de livre participação dos envolvidos, incluindo autorização para gravação e uso das entrevistas e termo de uso de imagem; submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPAC-Barbacena, atrelando-o como prática de pesquisa aplicada do Programa de Pós-graduação em Psicologia Organizacional e do Trabalho; Termo de ciência; autorização e colaboração do Município/Secretaria de Saúde.

A seguir, são apresentadas as metodologias de cada etapa do projeto de diagnóstico:

5.1 Apresentação da proposta de diagnóstico para a gestão da UBS e para os ACS

Neste primeiro contato, será apresentada a equipe interventora e a proposta de diagnóstico em saúde mental. Aproveitaremos para discutir com a equipe de ACS e com a gestora da UBS qual a dinâmica de trabalho deles em questão de horários, bem como quais são os melhores dias e horários para que sejam aplicadas as técnicas de coleta de dados. Também discutiremos sobre a concordância dos ACS na aplicação do projeto, identificar pontos de adequação ao que eles proporem e adequar o cronograma, se necessário. Para este primeiro encontro, o tempo estimado é de 2 horas.

Durante essa etapa, serão realizadas entrevistas com a gestora da UBS para identificar o funcionamento da UBS, questões hierárquicas, estrutura e equipamentos disponíveis. Para essa entrevista, será necessário um tempo de 1 hora.

5.2 Observação Participante

A equipe é composta por 9 ACS, portanto iremos nos organizar para uma observação participante com pelo menos 4 ACS: 2 que trabalhem na área urbana e 2 na área rural. Iremos nos dividir, cada uma com um ACS, no período de 12h às 16h, para as observações. As observações participantes seguirão um roteiro contendo questões sobre o trabalho do ACS, baseadas nas pesquisas bibliográficas que foram realizadas previamente e que serão desenvolvidas durante a observação. A proposta é acompanhar o ACS no seu ambiente de trabalho, para que seja possível conhecer aspectos neste trabalho que podem ser adoecedores, ao mesmo tempo em que as perguntas sobre a rotina de trabalho permitirão que o ACS reflita sobre o trabalho que executa.

Todas as observações serão registradas em um diário de campo para análise posterior. Caso necessário, serão utilizados recursos tecnológicos como gravadores de voz e câmeras fotográficas para registros, com a prévia permissão dos ACS envolvidos nas observações.

5.3 Entrevistas individuais

As entrevistas individuais serão outra ferramenta de obtenção de dados sobre o adoecimento dos ACS, além de permitir conhecer aspectos subjetivos e significados do trabalho para cada ACS. A entrevista será constituída por perguntas abertas, relacionadas a dados socioeconômicos/demográficos, aspectos ocupacionais e histórico de saúde. Nesta etapa, todos os ACS serão entrevistados. Iremos nos organizar para realizar as entrevistas nas salas da UBS, à medida que os ACS estiverem disponíveis na UBS. Para essa atividade a programação é de 30 dias.

As entrevistas poderão ser registradas em diários de campo ou gravadas, de acordo com a permissão de cada ACS, para posterior análise.

5.4 Aplicação do questionário SQR-20

Da mesma forma que as entrevistas, a aplicação dos questionários se dará de forma individual, conforme disponibilidade dos ACS na unidade. O SQR-20 é um questionário de rápida aplicação, por ser composto de perguntas fechadas. Portanto, para essa etapa necessitaremos de 30 dias.

Depois, cada questionário será analisado no software IBM SPSS Statistics, que faz a leitura dos dados e retorna as estatísticas de cada resultado.

5.5 Grupos focais

A partir de aspectos identificados em pesquisa bibliográfica sobre o trabalho dos ACS, foram identificados alguns aspectos que constituem riscos para a saúde mental dos ACS. Cada um desses aspectos será utilizado como tema de grupo focal para investigação e comparação com os dados obtidos na pesquisa bibliográfica. Os grupos focais permitirão um espaço para que o pronunciado seja elaborado, auxiliando os trabalhadores a tornarem visível o invisível, permitindo que pensem, junto com as pesquisadoras, as suas experiências (MENDES, ARAUJO e MERLO, 2011). Os grupos focais também permitirão que, em cada encontro, esses trabalhadores entendam como cada um desses aspectos pode ser um fator de adoecimento.

Cada grupo focal terá a duração de 2 horas, e acontecerão 1 vez por semana, durante 3 semanas.

O primeiro grupo focal terá como temática “Trabalhar e viver no território” e terá como objetivos:

- Compreender as representações do território para cada ACS;
- Compreender como cada ACS se sente afetado por esse aspecto do seu trabalho.

O segundo grupo focal terá como temática “Estilo de gestão e organização do trabalho do ACS” e terá como objetivos:

- Compreender como se dá a organização do trabalho dos ACS nesta UBS;
- Conhecer o estilo de gestão e como ele impacta a saúde mental dos ACS;
- Conhecer como se dá a divisão do trabalho nesta UBS.

O terceiro grupo focal terá como temática “As condições de trabalho” e terá como objetivos:

- Conhecer as condições de trabalho dos ACS;
- Conhecer quais fatores geram mais cansaço e sobrecarga;
- Compreender como fatores identificados na pesquisa bibliográfica afetam a saúde desses ACS.

5.6 Devolutiva e proposição de projeto de intervenção

Nesta etapa será apresentado o diagnóstico para a equipe de ACS e para a gestora da UBS. Serão apresentados os resultados com base nos dados que coletarmos, assim como a proposta de um projeto de intervenção, baseado no diagnóstico feito.

6 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Cronograma de Projeto de Diagnóstico em Saúde Mental dos ACS – UBS Lamim-MG							
Atividade	Agosto/2020		Setembro/2020		Outubro/2020	Novembro/2020	Dezembro/2020
	06 a 15	16 a 31	01 a 15	01 a 30	01 a 31	01 a 30	01 a 15
Apresentação da proposta de diagnóstico para a gestão da UBS e para os ACS	X						
Observação participante		X	X				
Entrevistas individuais				X	X		
Aplicação do questionário SQR-20				X	X		
Grupos focais						X	
Devolutiva e proposição de projeto de intervenção							X

7 RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a aplicação deste projeto serão necessários os seguintes recursos:

- Salas para reuniões, entrevistas e grupos focais;
- 2 notebooks;
- 2 gravadores de voz ou celulares;
- 2 câmeras ou celulares;
- 2 agendas para anotações;
- Canetas;
- Impressora;
- Papel A4;
- Carro para deslocamento até a zona rural durante observação participante.

8 RESULTADOS ESPERADOS

Ao final deste projeto, espera-se alcançar um diagnóstico preciso sobre as condições e organização do trabalho dos ACS, identificando aspectos de risco para o adoecimento mental, bem como conhecer aspectos subjetivos deste trabalho. Além desses dados qualitativos, também haverá a entrega de dados quantitativos sobre adoecimento mental desses ACS, obtidos através da análise das respostas ao questionário SQR-20 e perguntas sobre histórico de saúde respondidas nas entrevistas, além da análise mais detalhada de dados de absenteísmo e atestados médicos apresentados pelos ACS.

Espera-se também que os ACS consigam compreender como cada aspecto do seu trabalho impacta sua saúde mental, para que a coleta de dados seja feita de forma colaborativa e honesta. Assim, será possível um diagnóstico real e compatível com as verdadeiras demandas, permitindo a elaboração de um projeto de intervenção que atenda as necessidades desse coletivo.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Mirian Cristina dos Santos; BAPTISTA, Patricia Campos Pavan; SILVA, Arlete. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 93-100, fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100093&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 abr. 2020.

BAREMBLITT, Gregorio F. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5 ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002

BARROS, Camila Pereira. Os riscos ocupacionais do Agente Comunitário de Saúde: uma revisão bibliográfica integrativa. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann *et al.* . Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 33, p. 178-193, dez. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782010000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 22 maio 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988

BRASIL. **Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 19 abr. 2020.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2018. 136 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, Márcio de; SARAIVA, Luiz Alex Silva. O trabalho, suas representações e sentidos: da demissão à reconstrução de trabalhadores. **Rev. Econ. & Gest.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 36, p. 31-56, out. 2014. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/economiaegestao/article/view/P.1984-6606s.2014v14n36p31>. Acesso em 22 maio 2020.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 abr. 2020.

DEJOURS, Cristophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5 ed. ampliada. São Paulo: Cortez: Oboré, 1992.

DEJOURS, Cristophe. **A banalização da injustiça social**. 4 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

DEJOURS, Cristophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do Trabalho**: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2011.

EVANGELISTA, T. Atenção Primária: mais 20 mil novas equipes e serviços no SUS em 2020. **Ministério da Saúde**. 27 dez. 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46180-atencao-primaria-mais-20-mil-novas-equipes-e-servicos-no-sus-em-2020>. Acesso em: 15 mai. 2020.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa. Considerações metodológicas sobre a técnica da observação participante. In: MATTOS, Ruben Araújo de. BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (org.). Caminhos para Análise das Políticas de Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 487-503

HELOANI, Roberto; LANCMAN, Selma. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Prod.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 77-86, dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 abr. 2020.

JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, Mar. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 abr. 2020.

MARTINS, Soraya Rodrigues; MENDES, Ana Magnólia. Espaço coletivo de discussão: a clínica psicodinâmica do trabalho como ação de resistência. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 171-183, ago. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572012000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 abr. 2020.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. espe1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 jun. 2020.

MENDES, Ana Magnólia; ARAUJO, Luciane Kozicz Reis; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Prática clínica em psicodinâmica do trabalho: experiências brasileiras. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. (org.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. Cap 9, p. 169-187.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; BOTTEGA, Carla Garcia; PEREZ, Karine Vanessa (Orgs.). **Atenção ao sofrimento e ao adoecimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora**: cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde. 1 ed. Porto Alegre: Evangraf, 2014. 28p.

PESERICO, Anahlú *et al.* Atuação dos agentes comunitários de saúde na estratégia de saúde da família: percepções dos trabalhadores. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria-RS, v. 4, n. 3, p. 488-497, jul/set 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11210>. Acesso em 20 abr. 2020.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, junho 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 abr. 2020.

SANTOS, Amanda Corrêa dos; HOPPE, Ariane dos Santos; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280403, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000400602&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 22 maio 2020.

SCHNEIDER, D.R.; VON FLACH, P.M. **Como construir um projeto de intervenção?** Portal de Formação à Distância da SENAD. Brasília, 2016. 40 p.

TELLES, Heloisa; PIMENTA, Ana Maria Carvalho. Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 467-478, set. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 abr. 2020.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 jun. 2020.

URSINE, Bárbara Lyrio; TRELHA, Celita Salmaso; NUNES, Elisabete de Fátima Polo Almeida. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 327-339, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 maio 2020.

10 ANEXO A - QUESTIONÁRIO SRQ-20 - SELF REPORT QUESTIONNAIRE

TESTE: SRQ 20 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE. APLICAR O TESTE SRQ 20 EM TODOS

Teste: **SRQ 20 – Self Report Questionnaire.**

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia as 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.

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

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
9.1- Você tem dores de cabeça frequente?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.2- Tem falta de apetite?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.3- Dorme mal?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.4 Assusta-se com facilidade?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.5- Tem tremores nas mãos?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.7- Tem má digestão?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.9- Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.10- Tem chorado mais do que de costume?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.12- Tem dificuldades para tomar decisões?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.19- Você se cansa com facilidade?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.20- Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
9.21-Total de respostas SIM		
9.22. Este sujeito, de acordo com a pontuação acima, tem sofrimento mental leve:	1[] Sim 2[] Não	

RESULTADO: Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental.

Fonte: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/551/o/TESTE_RSQ-20.pdf