



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Leonarda Carneiro Rocha Bezerra

**TERAPIAS COMPLEMENTARES COMO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE MENTAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**João Pessoa/PB
2024**

LEONARDA CARNEIRO ROCHA BEZERRA

**TERAPIAS COMPLEMENTARES COMO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE MENTAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política, Gestão e Cuidado.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Maria do Socorro Trindade Moraes

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Suellen Duarte de Oliveira Matos

João Pessoa/PB

2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

B574t Bezerra, Leonarda Carneiro Rocha.

Terapias complementares como estratégias de promoção da saúde mental para agentes comunitários de saúde / Leonarda Carneiro Rocha Bezerra. - João Pessoa, 2024. 93 f. : il.

Orientação: Maria do Socorro Trindade Moraes.
Coorientação: Suellen Duarte de Oliveira Matos.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde Mental - Terapias complementares. 2. Agente Comunitário de Saúde (ACS). 3. Atenção básica - Serviços de saúde. I. Moraes, Maria do Socorro Trindade. II. Matos, Suellen Duarte de Oliveira. III. Título.

UFPB/BC

CDU 613.86(043)

LEONARDA CARNEIRO ROCHA BEZERRA

**TERAPIAS COMPLEMENTARES COMO ESTRATÉGIAS DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL PARA AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Banca Examinadora,

Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Trindade Morais

Orientadora - UFPB

Prof.^a Dr.^a Suellen Duarte de Oliveira Matos

Coorientadora – Faculdades Nova Esperança (FACENE/FAMENE)

Prof.^a PhD. Margarida da Silva Neves de Abreu

Examinador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Prof. Dr. Cleyton César Souto Silva

Examinador – UFPB

Profa. Dr.^a Ana Maria Gondim Valença

Examinador – UFPB

Dr.^a Smalyanna Sgren da Costa Andrade

Examinadora – Faculdades Nova Esperança (FACENE/FAMENE)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Curso de Pós-Graduação	Instituição
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA	UFPB
Ata da Sessão de Defesa de Dissertação do (a) Mestrando(a) LEONARDA CARNEIRO ROCHA BEZERRA	
Realizada no Dia 10/12/2024	

Às 10h30 do dia 10 de dezembro de 2024, realizou-se a sessão de defesa do trabalho de conclusão de Mestrado da discente Leonarda Carneiro Rocha Bezerra, intitulado TERAPIAS COMPLEMENTARES COMO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. A banca examinadora foi composta pelos professores doutores: Prof.^a Dra. Maria do Socorro Trindade Moraes (orientadora), Prof.^a Dr.^a Suellen Duarte de Oliveira Matos (Coorientadora); Prof.^a PhD. Margarida da Silva Neves de Abreu e Prof. Dr. Cleyton César Souto Silva.

A sessão foi aberta pela orientadora, a qual assumiu a coordenação dos trabalhos. Em seguida, a candidata procedeu com a apresentação do trabalho. Após a exposição, seguiu-se o processo de arguição da mestranda. A primeira examinadora foi a Prof.^a PhD. Margarida da Silva Neves de Abreu. Logo após procederam a arguição do Prof. Dr. Cleyton César Souto Silva e por fim a Prof.^a Dr.^a Suellen Duarte de Oliveira Matos.

Em seguida a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho do(a) mestrando(a).

Diante do exposto, considerando que o(a) mestrando(a), dentro do prazo regimental, cumpriu todas as exigências do Regimento Geral da UFPB, do Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Graduação “Stricto Sensu” da UFPB e do Regulamento do programa, está apta a obter o Grau de **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**, a ser conferido pela Universidade Federal da Paraíba.

A banca examinadora considerou aprovada a discente. Nada mais a relatar, a sessão foi encerrada às 12h07 e eu Maria do Socorro Trindade Moraes, orientador (a) do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.

João Pessoa, 14 de dezembro de 2024.

Documento assinado digitalmente
 **MARIA DO SOCORRO TRINDADE MORAIS**
Data: 14/12/2024 11:11:34-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

ASSINATURA DA ORIENTADORA

Aos Agentes Comunitários de Saúde desta pesquisa, que generosamente contribuíram com seu tempo e disposição, permitindo que este estudo fosse possível. Sem a colaboração de cada um de vocês, este trabalho não teria sido realizado. Agradeço profundamente pela confiança, parceria e pelo empenho, e espero que os resultados aqui apresentados possam, de alguma forma, refletir o valor de suas contribuições.

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte de força, sabedoria e serenidade. A Ele, por me guiar e iluminar em cada passo do meu caminho. Que esta vitória seja sempre um reflexo da Sua bondade e graça.

Aos meus familiares (em especial minha mãe (Gesiana), minha tia (Kaline) e minhas avós (Lourdes e Dosa), minhas fontes de inspiração diária que sempre estiveram ao meu lado, oferecendo conselhos, amor e cuidado sem reservas. Uma parte em especial ao meu querido primo/irmão, Matheus, que sempre foi uma presença constante de incentivo e cumplicidade. Esta conquista é também de vocês e sem vocês eu não seria o que sou hoje. Agradeço imensamente a todos os familiares por cada palavra de força, cada gesto de carinho e por depositarem sua confiança em mim. Graças ao suporte e dedicação de vocês, consegui vencer mais essa etapa. Esta vitória é nossa!

Ao meu noivo Kaio, meu maior motivador e porto seguro. Agradeço por estar ao meu lado em cada desafio, por acreditar em mim quando as dificuldades pareciam grandes demais e por me dar forças para seguir em frente. Sou eternamente grata por todo o amor, paciência e parceria que você sempre me ofereceu. Juntos, seguimos construindo nossos sonhos.

À minha melhor amiga, Danielle Victor, que sempre foi minha cúmplice e suporte leal, trazendo sorrisos, orientações e encorajamento. Sou grata por todos os momentos que compartilhamos, por estar comigo nas alegrias e dificuldades, e por me motivar a seguir em frente. Sua amizade é uma dádiva preciosa, e sem você, essa realização não teria o mesmo valor. Agradeço profundamente por ter você em minha vida.

Às minhas queridas professoras, Dra. Socorro e Dra. Suellen, que com dedicação, sabedoria e paciência, me guiaram ao longo dessa jornada. Agradeço profundamente por acreditarem no meu potencial, por seus ensinamentos e por sempre me desafiarem a ir além. Suas orientações foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. Sou eternamente grata por tudo o que aprendi com vocês e por todo o incentivo que me deram.

À minha banca examinadora, pela generosa atenção, dedicação e contribuições valiosas durante todo o processo de avaliação. Agradeço pela rigorosa análise, pelas críticas construtivas e pela oportunidade de crescer com os feedbacks recebidos. Este trabalho só foi possível graças à expertise e ao compromisso de cada um de vocês, que desempenharam um papel fundamental na realização desta etapa.

EPÍGRAFE

O Senhor é fiel em todas as suas promessas e é bondoso em tudo o que faz.

Salmos 145:13

RESUMO

Introdução: Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais essenciais na atenção básica, mediando o cuidado entre a comunidade e os serviços de saúde, desempenhando funções como orientação em saúde, integração das ações de promoção e prevenção, visitas domiciliares e acompanhamento de programas sociais, integrando-se à equipe de saúde da família, além de outras atribuições mais técnicas e burocráticas. No entanto, enfrentam diversas sobrecargas físicas, cognitivas e psíquicas, como exposição a condições adversas, riscos de violência, agravos biomecânicos, desconfortos físicos, estresse, falta de apoio, falta de estrutura e capacitação adequada, afetando assim sua performance profissional e comprometendo sua qualidade laboral e saúde mental. Portanto, deve-se ter uma atenção voltada ao âmbito da qualidade de vida no trabalho, principalmente direcionado ao campo da saúde mental, com o propósito de reduzir as repercussões negativas no processo de trabalho. **Objetivo:** Avaliar os efeitos das terapias complementares na promoção da saúde mental dos ACS na atenção básica de saúde. **Metodologia:** Primeiramente foi desenvolvido um estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa e em seguida uma pesquisa quase experimental com um ensaio clínico não randomizado utilizando a abordagem mista. A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família (USFs) localizadas no Distrito Sanitário II e IV na cidade de João Pessoa-PB. A amostra não probabilística foi por conveniência e incluiu nove equipes das USFs selecionadas, totalizando 35 ACS, porém, na fase quase experimental participaram 24 ACS devido aos critérios de inclusão e exclusão. Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados, sendo eles, o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), o formulário criado utilizando a plataforma do *Google Forms* e a entrevista estruturada. Os dados quantitativos foram analisados com o auxílio do *software* estatístico Jamovi 2.6 e os qualitativos no IRAMUTEQ utilizando-se da Classificação Hierárquica Descendente, por fim foi realizada a análise de conteúdo sugerida por Bardin. **Resultados:** Amostra foi majoritariamente do sexo feminino 77,1%, com média de idade de 51,7 anos. A maioria se identificou como parda 62,9% e mais de 60% completaram o ensino médio. Em relação ao estado civil, 57,1% eram casados ou viviam em união estável, e 77,1% tinham filhos. Em termos econômicos, 77,1% recebiam cerca de dois salários mínimos. Todos os participantes tinham pelo menos 10 anos de experiência, sendo 45,7% com 21 a 25 anos de trabalho. Na autopercepção de saúde, 51,5% consideraram seu estado regular, mesmo referindo sintomas frequentes como preocupação 88,6%, dores físicas 85,7% e estresse 82,9%. Inicialmente, 74,2% dos ACS apresentaram sofrimento mental, mas após as terapias, a maioria dos participantes apresentou redução significativa desse sofrimento, com apenas um ACS mantendo os sintomas elevados. **Conclusão:** Nota-se que as terapias utilizadas são estratégias potencialmente eficazes para a promoção da saúde mental nos ACS, com resultados positivos indicados pela redução do sofrimento mental e sintomas apresentados inicialmente na amostra participante após a intervenção.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Terapias Complementares. Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: Community Health Agents (CHA) are essential professionals in primary care, mediating care between the community and health services, performing functions such as health guidance, integration of promotion and prevention actions, home visits and monitoring of social programs, integrating into the family health team, in addition to other more technical and bureaucratic duties. However, they face various physical, cognitive and psychological burdens, such as exposure to adverse conditions, risks of violence, stress and lack of support, compromising their quality of life and mental health. The lack of structure and adequate training aggravates these problems, affecting their professional performance. Therefore, attention must be paid to the scope of quality of life at work, mainly directed to the field of mental health, with the purpose of reducing negative repercussions on the work process. **Objective:** Evaluate the effects of integrative therapies in promoting the mental health of CHWs in basic health care. **Methodology:** Firstly, a descriptive and cross-sectional study was developed with a quantitative approach and then a quasi-experimental research with a non-randomized clinical trial using a mixed approach. The research was developed in the Family Health Units (USFs) located in the Health District II and IV in the city of João Pessoa-PB. The non-probabilistic sample was for convenience and included nine teams from the selected USFs, totaling 35 ACS, however, in the quasi-experimental phase, 24 ACS participated due to the inclusion and exclusion criteria. Three instruments were used for data collection, namely the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), the form created using the Google Forms platform and the structured interview. The quantitative data were analyzed with the aid of the statistical software Jamovi 2.6 and the qualitative data were analyzed using IRAMUTEQ using the Descending Hierarchical Classification, finally the content analysis suggested by Bardin was carried out. **Results:** The sample was mostly female, 77.1%, with an average age of 51.7 years. The majority identified themselves as mixed race 62.9% and more than 60% completed high school. Regarding marital status, 57.1% were married or living in a stable union, and 77.1% had children. In economic terms, 77.1% received around two minimum wages. All participants had at least 10 years of experience, with 45.7% having worked for 21 to 25 years. In self-perceived health, 51.5% considered their condition to be regular, even reporting frequent symptoms such as worry 88.6%, physical pain 85.7% and stress 82.9%. Initially, 74.2% of CHWs presented mental suffering, but after integrative therapies, the majority of participants showed a significant reduction in this suffering, with only one CHW maintaining elevated symptoms. **Conclusion:** It is noted that integrative therapies are strategies that can be effective for promoting mental health in CHWs, with positive results indicated by the reduction of mental suffering and symptoms initially presented in the participant sample after the intervention.

Keywords: Community Health Agent. Complementary Therapies. Mental Health.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 -** *Kit's* para realização do escalda-pés fornecido aos ACS pela pesquisadora. 52
João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.
- Figura 2 -** Grade de *layout* de grupos na realização das técnicas integrativas. João 53
Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.
- Figura 3 -** Dendograma do tipo *Phylograma* referente à distribuição das palavras 61
segundo a Classificação Hierárquica Descendente. João Pessoa, Paraíba,
Brasil, 2024.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Sofrimento mental apresentado nos últimos 30 dias pelos Agentes 37
Comunitários de Saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024. (N=35).

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Instruções para a realização do escalda-pés. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 51
2024.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Variáveis do SRQ-20 classificadas por grupos de sintomas. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.	27
Tabela 1 -	Dados sociodemográficos dos Agentes Comunitários de Saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024. (N=35).	35
Tabela 1 -	Comparação das questões relacionadas ao SRQ-20 respondidas pelos ACS antes, durante e após intervenção com as PICS. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024. (N=24).	55
Tabela 2 -	Questões relacionadas ao <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20) pelos Agentes Comunitários de Saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024. (N=35).	37
Tabela 2 -	Análise Individual das Respostas Afirmativas dos Agentes Comunitários de Saúde ao <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20). João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024. (N=24).	57
Tabela 3 -	Análise Individual das Respostas Afirmativas dos Agentes Comunitários de Saúde ao <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20). João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024. (N=35).	39
Tabela 3 -	Redução média nas respostas afirmativas dos ACS ao SRQ-20 nas três etapas (pré, durante e pós). João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024. (N=24).	58
Tabela 4 -	Análise inferencial das respostas dos ACS do Grupo Experimental (GE) e Grupo Controle (GC) no pré e pós intervenção. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024. (N=20).	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACE	Agentes de Combate às Endemias
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
OE	Óleos Essenciais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SRQ	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UBS	Unidade Básicas de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE SÍMBOLOS

® marca registrada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo geral.....	24
2.2 Objetivos específicos.....	24
3 METODOLOGIA.....	25
3.1 Tipo de Estudo	25
3.2 Local e Período	26
3.3 Amostra	26
3.4 Critérios de Elegibilidade e Exclusão	26
3.5 Instrumentos e Coleta de Dados.....	26
3.6 Análise dos Dados	28
3.7 Aspectos Éticos e Financiamento	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
4.1 Artigo 1- A SAÚDE MENTAL SOB A ÓTICA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	30
4.2 Artigo 2- EFEITOS DAS TERAPIAS COMPLEMENTARES NA SAÚDE MENTAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	81
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ABORDAGEM NO CAMPO DAS PICS E SAÚDE MENTAL.....	83
APÊNDICE C – ENTREVISTA ESTRUTURADA.....	84
APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL	85
ANEXO A – SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ 20).....	86
ANEXO B – TERMOS DE ANUÊNCIA DISTRITO II E IV	87
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	89

1 INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se o primeiro nível de assistência e o centro de comunicação com toda a rede de atenção. Ela é responsável por ordenar e orientar o fluxo do cuidado, regido pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, humanização, acessibilidade e continuidade da assistência (Viana *et al.*, 2021).

O cuidado assistencial ofertado no nível primário por meio do modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) se caracteriza como um conjunto de ações visando à promoção, à proteção, à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação, à redução e à manutenção da saúde. Ele objetiva assistir o indivíduo integralmente, tanto no âmbito individual quanto coletivo, de forma descentralizada e regionalizada, tornando o serviço acessível e mais próximo da população (Giovannella; Franco; Almeida, 2020).

Em razão disso, a ESF deve ser composta por uma equipe multiprofissional de, no mínimo, um médico e um enfermeiro, sendo esses generalistas ou especialistas em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e, não menos importante, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além dos profissionais de saúde bucal (Brasil, 2019).

Nesse sentido, os ACS são elementos mediadores do cuidado que interligam todos os serviços e profissionais da atenção básica com a população no território. Eles são definidos quantitativamente de acordo com a base populacional de cada microárea. Cada ACS pode ser responsável por desenvolver ações de saúde para no máximo 750 pessoas (Brasil, 2017b).

Essa categoria de profissionais surgiu no Brasil em 1970 com o objetivo de combater as endemias e as altas taxas de mortalidade materno-infantil que ocorriam naquela época. Desde então, os ACS foram fundamentais dentro da região de saúde, pois realizavam orientações em relação à promoção e prevenção à saúde, além de serem agentes pertencentes à mesma comunidade do seu processo de trabalho (Costa *et al.*, 2022).

Devido a toda repercussão positiva no quesito cuidado em saúde, esses profissionais ganharam força e espaço. Com isso, foi criado posteriormente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, com o mesmo objetivo anterior, além de atribuições como ações individuais e coletivas em nível domiciliar e o manejo frente aos problemas que afetam a comunidade. Logo em seguida, em 1994, o PACS foi adicionado ao Programa de Saúde da Família, tornando o ACS como integrante prioritário da equipe de saúde (Brasil, 2011).

Mas somente em julho de 2002 a profissão do ACS foi reconhecida, por meio da Lei federal nº 10.507 (Brasil, 2002). Quatro anos depois, em 2006, as atividades e competências desses profissionais na atenção básica foram regulamentadas, pela criação da Lei nº 11.350. Foram também determinados os requisitos mínimos para o exercício da profissão, tais como a preparação profissional inicial, por meio de um curso introdutório na área e também a conclusão do ensino fundamental (Brasil, 2006b).

Em contrapartida, antigamente, na primeira década do PACS, a exigência quanto à escolaridade se restringia a “saber ler e escrever”. Então, passou a ser necessária a conclusão do ensino fundamental. Mais adiante, houve uma alteração nesses pré-requisitos, especificamente em 2018, pela Lei nº 13.595, exigindo que o ACS tivesse o ensino médio completo. Desde essa mudança, só eram aceitos aqueles com ensino fundamental caso não houvesse candidatos com o ensino médio completo (Brasil, 2018a; Morosini; Fonseca, 2018).

Recentemente, o Programa Saúde com Agente, chamado agora de Mais Saúde com Agente, também contribuiu para a formação desses profissionais, tendo em vista seu propósito de capacitar tecnicamente os ACS e os Agentes de Combate às Endemias (ACE), visando disponibilizar a esses profissionais as habilidades necessárias para enfrentar as novas responsabilidades e atribuições, além do enfrentamento aos desafios relacionados ao seu processo laboral em saúde nas comunidades (Brasil, 2023).

Logo, essa categoria profissional constitui uma teia de cuidado que abrange toda a comunidade e o serviço de saúde, proporcionando esse emaranhado assistencial. Além disso, os ACS são as fontes primárias de informação sobre os aspectos de saúde e doença da população, por conta da proximidade com o território, devido às características e particularidades do seu trabalho (Andrade *et al.*, 2018).

O conjunto de responsabilidades dos ACS inclui realizar o levantamento social e demográfico, observando e realizando registros da microárea em que atuam, além de outras atribuições que não são exclusivas dos territórios e domicílios, como no princípio da sua constituição inicial. Eles realizam também ações coletivas e individuais para estimular a participação dos cidadãos em políticas públicas e sociais, além de coordenar e integrar os grupos de convivências nas ESF, bem como participar ativamente no acolhimento à demanda espontânea e escuta qualificada dos usuários nas unidades (Morosini; Fonseca, 2018; Scarpellino *et al.*, 2021).

Ademais, eles fazem visitas frequentes nos domicílios junto à equipe multiprofissional, realizam o monitoramento e acompanhamento dos condicionantes do bolsa família, verificando

os dados antropométricos dos indivíduos e oferecendo orientações sobre a utilização dos serviços de saúde, além de terem outras atribuições técnicas, como aferição da pressão arterial e glicemia capilar em domicílios, nos casos excepcionais, desde que acompanhados de um profissionais de saúde de nível superior e após treinamento específico como previsto na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017b).

Assim, esses profissionais são relevantes para reorganização e orientação dos cuidados em saúde, pois desempenham papéis fundamentais, compreendendo a população integralmente, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, proteção e controle dos agravos em saúde, principalmente no campo da vigilância em saúde com os ACE (Santos; Hoppe; Krug, 2018).

Todavia, esses agentes estão vulneráveis aos diversos riscos e agravos inerentes a sua rotina de trabalho. Por isso, vários fatores contribuem para o desenvolvimento das cargas físicas, cognitivas e psíquicas em seu processo laboral. Em relação à carga física, eles realizam diariamente longas caminhadas a pé, acessando locais difíceis e perigosos, com exposição prolongada à luz solar e ao calor, dependendo da região, como também sujeitos a outras intempéries climáticas, como chuvas e ventos (Oliveira; Nery, 2019).

Eles comumente utilizam mochilas pesadas para transportar os materiais necessários às visitas, como balanças e cadernos, podendo ocasionar, em longo prazo, riscos ergonômicos. Há ainda os riscos no percurso, como possível ataques animais, acidentes e quedas durante a locomoção em áreas insalubres e sem saneamento básico, assim como as vias de acesso por escadarias, ladeiras ou até mesmo em zonas rurais, obrigando-os a atravessar cercas de arames farpados. Isso tudo favorece a uma postura inadequada, gerando problemas biomecânicos e desconfortos físicos (Rodrigues; Fonseca, 2021).

Não obstante, esses profissionais devem utilizar equipamentos de proteção individual para prevenção e proteção a agravos, principalmente contra os raios ultravioletas solar. Assim, devem ser ofertados chapéus ou bonés com abas largas, camisetas de manga longa, calças compridas, sapatos fechados, óculos de proteção solar e protetores solares, como também outros insumos, como máscaras descartáveis e luvas para manipulação de entulhos. Ademais, aqueles que usam as bicicletas para locomoção nas microáreas precisam receber os capacetes e lanternas para proteção aos ciclistas (Moreira *et al.*, 2019).

Todos esses fatores podem ocasionar o cansaço físico devido à exaustão da rotina laboral diária, como também por outros problemas relacionados ao percurso, incluindo problemas osteomusculares, algias, alergias, infecções e ainda a falta de equipamentos de proteção individual causando os problemas dermatológicos (Lopes *et al.*, 2018).

São comuns uma nutrição alimentar inadequada e um consumo de água baixo, afetando a ingesta hídrica, podendo desenvolver problemas futuros. Ademais, eles são os primeiros a entrar em contato com os casos iniciais de doenças infectocontagiosas e parasitárias que surgem na comunidade (Santos *et al.*, 2017).

Esses ACS também são afetados pela violência nos domicílios e nas ruas, devido ao contexto territorial e às áreas de abrangências, em função da vulnerabilidade social e econômicas das famílias acompanhadas. Eles podem sofrer abusos e agressões durante as visitas, por conta da falta de segurança, tornando-se uma vítima a qualquer momento, pois atendem em domicílio a todo e qualquer indivíduo que pertença à microárea e se envolvem com usuários armados, perigosos, violentos e do tráfico de drogas. Acaba sendo possível uma situação de desconforto, quando circulam nessas áreas restritas, além do risco de sofrerem danos maiores (Oliveira; Nery, 2019).

Todavia, quanto à carga cognitiva, um fator contribuinte para tal é o fato de os ACS estarem mais envolvidos com a comunidade, transitando entre o serviço e o acompanhamento dos problemas de saúde. É necessário entender e conhecer todo o processo do serviço, como fluxos de atendimento, redes de cuidado em saúde e também a política pública de assistência social, de modo a atender às contingências sociais das famílias e à universalização dos direitos sociais, além das questões que permeiam o território assistido (Lopes *et al.*, 2018).

Então, eles precisam dominar vários campos, incluindo as políticas e assistência de saúde oferecidas nas Unidades de Saúde da Família (USF), assim como os manejos e condutas diante dos casos apresentados, precisando utilizar bastante a memória para resgatar essas questões (Araújo *et al.*, 2018).

A população e o contexto de trabalho exigem que os ACS tenham um conhecimento técnico-científico além daquilo que os competem, fazendo-os se sentirem incapazes de exercer sua função, pois precisam acumular várias informações e conhecimentos, entender toda a logística assistencial, desenvolver vários papéis, manterem-se sempre atualizados e ainda solucionar em tempo hábil os problemas apresentados na comunidade, articulando-se com a equipe e com as constantes mudanças que acontecem no funcionamento da unidade, requerendo mais concentração e atenção, aumentando assim a sobrecarga cognitiva (Lopes *et al.*, 2018).

Há ainda as frustrações relativas à falta de resolutividade dos problemas da comunidade e à aquisição de outras demandas pertinentes às atribuições de outros profissionais de saúde direcionadas para os ACS, aumentando o serviço e a execução de outra função sem a devida

formação para tal, ocasionando uma desproporção entre as capacidades intelectuais e as altas demandas contribuindo para a fadiga mental (Pereira *et al.*, 2018).

Outra questão seria a polivalência, que é a habilidade de desempenhar várias tarefas ao mesmo tempo. Os ACS frequentemente são encarregados de diversas tarefas sem se especializar ou adquirir maior habilidade em áreas específicas; quando o fazem, geralmente são pontuais. Essa estrutura de múltiplas funções pode ser benéfica para a adaptação, mas também sobrecarrega os profissionais e reduz a profundidade das habilidades que podem desenvolver. O problema é que, em vez de ter um conhecimento aprofundado que ajude na prática diária e no enfrentamento dos desafios do trabalho, os profissionais são capacitados de forma superficial, prejudicando a qualidade do serviço prestado em longo prazo (Morosini; Fonseca, 2018).

Logo, a sobrecarga pela multifuncionalidade laboral e ainda a questão da proximidade com a população contribuem para que os ACS excedam a carga horária de trabalho, pois os usuários procuram informações fora da jornada do exercício profissional, seja por meio virtual, por ligações ou mensagens telefônicas ou pessoalmente nos finais de semanas, feriados, folgas e até mesmo nas férias, acometendo principalmente aqueles ACS que moram no mesmo local do trabalho. Esse vínculo os torna vulneráveis e afeta a qualidade de vida e o emocional, causando desequilíbrio psíquico, desenvolvendo sobrecarga mental, índices elevados de estresse e síndrome de *burnout* pelo excesso de trabalho (Rodrigues; Fonseca, 2021).

Além disso, a gestão dos serviços de saúde, que exige que os ACS cumpram metas de produtividade, como visitar um número específico de famílias por mês, também pressiona esses trabalhadores. Em algumas situações, quando uma casa está fechada durante o dia, é comum os ACS fazerem visitas à noite para encontrar os moradores e cumprir as metas numéricas exigidas (Morosini; Fonseca, 2018).

Levando em consideração todas essas cargas, tanto a física quanto a cognitiva, ambas contribuem para a sobrecarga psíquica. Então, os ACS se sentem inseguros diante das mudanças que ocorrem no serviço, além da ausência da rede de apoio profissional e incentivos governamentais, quando estão inseridos em uma equipe desarticulada, que presta assistência de maneira isolada e sem o compromisso com o outro (Fernandes *et al.*, 2018).

Tendo em vista que esses profissionais também são influenciados pelas cargas estressoras proveniente do trabalho e organização na atenção básica, incluindo a falta de insumos e materiais que impedem a prestação de uma boa assistência, a ausência de capacitação interna que favoreça o desenvolvimento trabalhista mais satisfatório e a escassez de atividades

que promovam uma qualidade de vida no trabalho, soma-se ainda a grande demanda nos serviços assistenciais que contribuem para o adoecimento mental do trabalhador devido à soma de todas as sobrecargas, principalmente a psíquica (Santos; Hoppe; Krug, 2018).

Outros problemas de cunho mental culminam em outros sintomas, tornando esses indivíduos mais agitados e perturbados com os afazeres. Eles acabam dando importância exclusiva às percepções negativas, diminuindo a motivação para o trabalho, gerando a improdutividade, não conseguindo controlar as emoções e reações adversas frente às situações que surgem e afetando o relacionamento interpessoal e o bem-estar (Borges *et al.*, 2021).

Em vista disso, trata-se de uma função importante para a sociedade, seja para o sustento e mantimento da vida como para inserção e reconhecimento social e para a formação da identidade profissional. Porém, o trabalho precarizado pode ser um ambiente hostil e propulsor de adoecimento tão prejudicial para a saúde mental quanto o desemprego (Costa *et al.*, 2022).

A saúde mental não se conceitua apenas pela ausência de transtornos mentais, pois ela é determinada por inúmeros fatores, sendo eles biopsicossociais, culturais e espirituais, os quais podem estabelecer o perfeito estado de bem-estar do indivíduo. Trata-se de algo imprescindível para o convívio coletivo e individual do ser humano em sociedade, favorecendo a capacidade de pensamento, emoções, interações e habilidades (Alcântara; Vieira; Alves, 2022).

Desse modo, as Terapias Complementares podem ser uma opção para a melhoria dos aspectos mentais, por contemplarem sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes, seguras e de baixo custo, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (Barros *et al.*, 2021).

Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo seria a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado, pois, além dessas terapias minimizarem os aspectos mentais negativos dos ACS, ainda servirão de experiência individual para uma posterior organização e implementação das mesmas na assistência à saúde, sendo consolidada na integração ensino, serviço e comunidade e proporcionando qualidade na saúde (Lima *et al.*, 2018).

Desde os primórdios, essas terapias eram praticadas de maneira popular e empírica. Antigamente, a assistência ofertada ao indivíduo não era fragmentada, sendo esses vistos em sua totalidade e o cuidado ofertado de forma integral. Mas, com o avançar das tecnologias e dos estudos científicos, a assistência se fragmentou, modificando o modelo de saúde, tornando-o

mais mecanizado, especializado e biologicista, dando origem ao modelo biomédico. Por isso, as terapias de origem popular perderam forças na assistência terapêutica (Tesser; Sousa; Nascimento, 2018).

Entretanto, não houve um conformismo completo com o modelo convencional biomédico, pois havia um alto custo com os tratamentos, ele era focado no problema apresentado pelo indivíduo e se tratava pontualmente apenas aquela patologia, sem a mera relação com o todo. Em razão disso, na década de 80, existiu um descontentamento com esse modelo. Então, ressurgiram as terapias complementares, que, ao contrário do modelo anterior, assistiam o indivíduo de forma integral, considerando todo o mecanismo biopsicossocial, espiritual e cultural (Santos *et al.*, 2023).

Ao longo do tempo, a procura e o interesse pelas terapias aumentaram, pois diversos fatores globais têm influenciado diretamente na assistência do ser humano, como os elevados custos com a saúde tradicional, aumento da expectativa de vida do ser humano, maior acesso aos meios de informações e comunicações por meio da internet e dos movimentos culturais e sociais em saúde (Ruela *et al.*, 2019).

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) se diferem da medicina convencional do sistema de saúde vigente, usada juntamente ou em paralelo à medicina biomédica, utilizando abordagens terapêuticas que buscam equilibrar a energia, melhorar a qualidade de vida e proporcionar saúde efetiva (Altunian *et al.*, 2020).

São utilizadas práticas milenares para restabelecimento e equilíbrio da tríade – corpo, mente e espírito –, no sentido de prevenir, promover, recuperar e restabelecer a saúde de forma naturalística e centrada na integralidade do indivíduo, principalmente na atenção primária à saúde (Goecks; Morsch; Silva, 2020).

Em razão disso, esse contexto contribuiu para a implementação das PICS, cuja consolidação básica se deu pelo resgate de fundamentos, práticas e definições de 5 Racionalidades Médicas proposto por Madel T. Luz, constituída por 5 cosmovisões interligadas: a Medicina Ocidental Contemporânea (biomedicina), a Medicina Homeopática, a Medicina Tradicional Chinesa, a Medicina Ayurvédica e a Medicina Antroposófica (Luz, 2005).

O conceito de Racionalidades Médicas à luz de Max Weber possui uma base teórica e epistemológica dentro de um sistema médico complexo, servindo como uma ferramenta analítica no contexto das ciências, cuja estrutura lógica é construída empiricamente em dimensões que podem ser verificadas conforme os métodos da racionalidade científica

contemporânea. Madel T. Luz, por sua vez, explica a cosmovisão em seis dimensões: a morfologia humana, a dinâmica vital, a doutrina médica, o sistema diagnóstico, o sistema terapêutico e, por fim, a sexta dimensão, chamada de cosmologia (Tesser; Luz, 2018).

Nessas dimensões, a integração dos paradigmas biomédicos e vitalistas revela outras ciências médicas, não somente o modelo biomédico curativista. Essa teoria é a base estruturante para criação *a posteriori* da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), constituída por práticas profissionais alternativas de diferentes regiões (Silva *et al.*, 2020).

Ainda nesse contexto, existem outras medicinas tradicionais, que não estão dentro da PNPIC, por serem saberes populares, criados culturalmente por determinados povos e praticados por comunidades que respondem por uma cura sem ter uma formação meramente biomédica envolvida. Isso reforça o conceito de Racionalidade Médica, que envolve uma diversidade de agentes de cura com base firmada na medicina com métodos de diagnose e terapêutica (Dantas *et al.*, 2024).

No Brasil, desde a Portaria nº 971, publicada em 2006, foi estabelecida a PNPIC, que foi incorporada ao SUS, aprovando quatro (4) práticas: a Acupuntura, compreendida dentro da medicina tradicional chinesa; a Homeopatia; o Termalismo Social/Crenoterapia; e as Plantas Medicinais/Fitoterapia (Brasil, 2006c).

Por conseguinte, em março de 2017, a Portaria nº 849 incluiu na PNPIC mais catorze (14) práticas, como Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (Brasil, 2017a).

Por fim, em março de 2018, a Portaria nº 702 introduziu mais onze (11) práticas na política nacional: a Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Medicina Antroposófica/Antroposofia Aplicada à Saúde, Ozonioterapia e Terapia de Florais (Brasil, 2018b).

Mediante o exposto, as PICS abrangem um total de 29 práticas disponíveis no SUS. Logo, o Brasil é líder no oferecimento dessas terapias na atenção básica de saúde, que utilizam métodos naturais, com uma grande representatividade no alívio de sintomas físicos e mentais (Goecks; Morsch; Silva, 2020).

Nesse cenário, algumas PICS, como a aromaterapia e a musicoterapia usada em conjunto com o escalda-pés, podem ser utilizadas como recurso terapêutico no desgaste mental de diversos indivíduos, bem como dos ACS (Lima *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, a adoção dessas técnicas pode ser incorporada no campo de trabalho a fim de proporcionar a promoção e a prevenção de agravos à saúde mental, além de ações que promovam relaxamento, bem-estar e um espaço propício à socialização e ao acolhimento no ambiente de trabalho, intencionando redução do sofrimento mental.

Enfatiza-se também a necessidade de instrumentos para identificar os aspectos mentais, assim como consultas com psicólogos e psiquiatras, além da criação de políticas e projetos voltados a essa temática. Destaca-se a importância da notificação compulsória dos transtornos mentais relacionados ao trabalho preconizados na Portaria n.º 205/2016. Essa medida foi crucial para vigilância e controle dos casos, promovendo intervenções adequadas e garantindo suporte aos trabalhadores afetados, contribuindo para a proteção e prevenção da saúde mental, alinhando-se aos objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora n.º 1.823/2012 (Brasil, 2012a; Brasil, 2016).

Desse modo, o manuseio de instrumentos para a identificação dos problemas que afetam a saúde mental dos ACS e posterior atenuação dos aspectos mentais negativos ofertada por meio do escalda-pés, aromaterapia e musicoterapia se mostram como medidas satisfatórias para melhorar a qualidade de vida no trabalho. Fica então evidente que as terapias são promotoras de cuidado, saúde e bem-estar.

Esta pesquisa foi motivada por conta dos benefícios proporcionados pelas terapias para saúde mental desta pesquisadora, em situações de sobrecarga frente às multifunções da vida diária, além do desejo de elencar as evidências científicas acerca do uso das terapias e disseminar o conhecimento para toda população e pesquisadores da área. A escolha do público-alvo se deu pela necessidade de evidenciar os ACS na literatura científica, sendo eles poucos debatidos nas pesquisas, bem como nos debates em saúde, principalmente quando relacionados com o campo da saúde mental e das terapias complementares.

Em razão disso, esta pesquisa busca responder ao seguinte questionamento: a utilização das terapias complementares favorece a promoção da saúde mental dos ACS na atenção básica?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar os efeitos das terapias complementares na promoção da saúde mental dos ACS na atenção básica de saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Detectar quais os sofrimentos mentais percebidos pelos ACS inseridos nos serviços de atenção básica de João Pessoa-PB;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos ACS da atenção básica de saúde;
- Verificar os efeitos da utilização do esalda-pés, combinado com a aromaterapia e a musicoterapia na promoção da saúde mental dos ACS na atenção básica de saúde;
- Descrever as percepções e os sentimentos dos ACS quanto ao uso das terapias na promoção da saúde mental.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Em relação ao traçado metodológico, primeiramente, foi desenvolvido um estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa e, em seguida, uma pesquisa quase experimental com um ensaio clínico não randomizado utilizando a abordagem mista.

No estudo transversal, as variáveis são observadas em um determinado tempo na população estudada (no caso, dos ACS que atuam na USF) sem a interferência da pesquisadora. O desenho de estudo descritivo busca expor as características, situações e fenômenos observados nesse recorte temporal (Zangirolami-Raimundo; Echeimberg; Leone, 2018).

Na pesquisa quase experimental, foi determinada a população (ACS), em que as técnicas selecionadas (escalda-pés, aromaterapia e musicoterapia) interferem nesses participantes, direto ou indiretamente, gerando resultados positivos ou negativos. *A posteriori*, foram observados e controlados todos esses efeitos pela pesquisadora (Nedel; Silveira, 2016).

Os grupos foram dispostos de duas formas, um grupo experimental e outro controle não-equivalente, do tipo cego, em que os sujeitos desconhecem sua posição de agrupamento. Os instrumentos para coleta de dados (pré e pós-teste) foram colhidas de ambos os grupos (Dutra, Reis, 2016).

A aplicação do óleo essencial (OE) de lavanda (*Lavandula angustifolia*), extraído por meio do processo de hidrodestilação – que é o arrastamento do vapor da água das partes aéreas floridas da planta –, possui propriedades terapêuticas relaxantes, sedativas, calmantes, antidepressivas, anti-inflamatórias, tonificantes, descongestionante, além de outros benefícios quando utilizados em conjunto com a medicina convencional (Lisboa *et al.*, 2023).

Esse OE foi aplicado exclusivamente ao grupo experimental, na dosagem de 6 gotas da essência diluídas em 30 ml de óleo vegetal de semente de uva, sendo essa quantia o suficiente para produção de 10 kits adicionado a 10 xícaras de sal grosso. Já o grupo controle recebeu apenas os 30 ml do óleo vegetal divididos nos 10 kits com a mesma quantidade de sal.

A abordagem mista se caracteriza como quantitativa e qualitativa (dados não mensuráveis) dentro de um desenho de pesquisa na parte de procedimento de coleta de dados, gerando combinações mistas e com melhores possibilidades de análise dos resultados encontrados (Denzin; Lincoln, 2018).

3.2 Local e Período

O estudo foi desenvolvido em uma USF localizada no Distrito Sanitário II e outra USF no Distrito Sanitário IV na cidade de João Pessoa-PB, no período de março a setembro de 2024, após a liberação do termo de anuência (Anexo B) emitido pela Gerência de Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, além da aprovação no comitê de ética da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

As unidades participantes do estudo foram escolhidas por serem integradas, reunindo várias equipes de saúde, preceptores e alunos da universidade e contarem com um número maior de ACS em um mesmo campo de trabalho.

3.3 Amostra

A amostra não probabilística foi por conveniência e incluiu nove equipes das USFs selecionadas, totalizando 35 ACS, de acordo com o consentimento dos profissionais que concordaram em participar da pesquisa. Entretanto, houve uma diminuição da amostra para 24 participantes na fase quase experimental, que foi composto por 12 ACS do grupo experimental e outros 12 ACS do grupo controle não-equivalente, devido aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

3.4 Critérios de Elegibilidade e Exclusão

Foram incluídos na pesquisa os ACS que estivessem exercendo suas atividades durante o período de coleta de dados, aqueles que possuísem dispositivo móvel com aplicativo de mensagens instantâneas e que aceitassem participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Foram elencados os seguintes critérios de exclusão: aqueles que estivessem ausente do seu campo de trabalho após três tentativas ou se negassem a participar na primeira tentativa; também aquele ACS que estivesse em uso de psicofármacos, em terapias com diagnóstico psiquiátrico autodeclarado e não apresentasse sofrimento mental nos últimos 30 dias de acordo com as respostas SRQ-20; bem como aqueles que não realizassem a técnica conforme as etapas propostas na pesquisa, com no mínimo seis realizações completas ou desistir de participar durante a coleta de dados.

3.5 Instrumentos e Coleta de Dados

Foi utilizado o questionário *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (Anexo A) como ferramenta para a coleta de dados, buscando reconhecer questões relacionadas à saúde mental e identificar sintomas psicológicos potenciais. O questionário é estruturado em 20 questões com respostas que variam entre sim e não. Se o número de respostas positivas (sim) for igual ou superior a 7, isso sugere a ocorrência de sofrimento mental (Ricaldes; Costa, 2020).

O SRQ-20 foi desenvolvido inicialmente com 32 questões objetivas. Mas, ao ser validado pela Organização Mundial da Saúde no Brasil, ele foi reduzido para 20 questões. Esse processo de validação começou na década de 1970, por meio de um estudo colaborativo voltado para estratégias de atendimento em saúde mental. O instrumento foi testado em 8 países em desenvolvimento com o objetivo de validar métodos econômicos para a triagem da saúde mental (Silveira *et al.*, 2021; WHO, 1994).

Essa é uma ferramenta útil para possível rastreamento de transtornos mentais comuns, com padronização internacional, com linguagem acessível, fácil de entender e que pode ser aplicado de forma ágil. Ademais, são avaliados por grupos de vários sintomas: humor depressivo/ansioso, pensamentos depressivos, sintomas somáticos e decréscimo de energia vital, como está apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Variáveis do SRQ-20 classificadas por grupos de sintomas. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.

Classificação por Grupos de Sintomas:	Variáveis:
Grupo humor depressivo/ansioso:	Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? Assusta-se com facilidade? Sente-se triste ultimamente? Você chora mais do que de costume?
Grupo de pensamentos depressivos	Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? Tem perdido o interesse pelas coisas? Tem pensado em dar fim à sua vida? Sente-se inútil em sua vida?
Grupo dos sintomas somático:	Tem dores de cabeça frequentemente? Você dorme mal? Você sente desconforto estomacal? Você tem má digestão? Você tem falta de apetite? Tem tremores nas mãos?
Grupo do decréscimo de energia vital	Você se cansa com facilidade? Tem dificuldade em tomar decisão? Tem dificuldade de ter satisfação em suas tarefas? O seu trabalho traz sofrimento? Sente-se cansado todo o tempo? Tem dificuldade de pensar claramente?

Fonte: Elaboração própria.

Também foi utilizado o formulário digital criado utilizando a plataforma do *Google Forms*, organizado em duas partes complementares. A primeira parte mobiliza questões que visam identificar as características sociodemográficas dos ACS. Já a segunda parte inclui perguntas em relação ao campo da saúde mental (Apêndice B).

Além disso, foi realizada uma entrevista estruturada para captar as opiniões, percepções e sentimentos dos ACS em relação à aplicação das técnicas e os seus efeitos (Apêndice C), a mesma foi realizada na própria USF ao final de todas as intervenções, com o auxílio de um gravador de áudio para o registro e armazenamento das informações.

A coleta de dados se constitui de três etapas: pré-intervenção (obtenção das respostas do questionário e formulário de forma presencial ou virtual enviados pela *link* no grupo de mensagens instantâneas); intervenção (aplicação das técnicas na própria USF durante 12 dias em uma sala que permitisse privacidade e fosse silenciosa e aconchegante, favorecendo a concentração dos ACS); e pós-intervenção (reaplicação do questionário e formulário, após o 6º e o 12º dia, além da entrevista estruturada para identificação de possíveis mudanças nas respostas colhidas inicialmente).

Vale salientar que os instrumentos utilizados na etapa referente à pré-intervenção foram aproveitados em ambas as produções, enquanto as outras etapas (intervenção e pós-intervenção) foram apenas no estudo quase experimental.

3.6 Análise dos Dados

Os dados obtidos mediante as respostas ao questionário (SRQ-20) e ao formulário foram digitalizados em uma planilha no Excel para estruturação e organização das variáveis, eliminando as não pertinentes ao estudo e retraindo apenas as informações relevantes para a análise.

Por conseguinte, as variáveis relacionadas às características sociodemográficas e questões referentes ao campo da saúde mental foram analisadas por meio de estatística descritiva com cálculo de média, desvio padrão e frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas, com recurso ao *software* estatístico Jamovi 2.6.

Para realizar a análise e organização das falas dos ACS coletadas por meio das entrevistas estruturadas, essas informações foram digitalizadas no programa Word e identificadas com a sigla ACS e o número romano correspondente aos participantes (ex: ACS-

I), formando assim o *corpus* textual. Em seguida, foram realizadas diversas leituras e ajustes para aprimorar a compreensão semântica das falas, que posteriormente foram importadas para o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). Nesse *software*, utilizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que possibilita uma análise lexicográfica do texto, organizando-as em classes e com base nas frequências de menção das palavras, conforme a categorização dos segmentos textuais.

Por fim, as informações segmentadas foram examinadas utilizando a metodologia de Análise de Conteúdo sugerida por Bardin, a qual envolve a formação de categorias temáticas amplamente empregada em estudos com enfoque qualitativo. Ela é composta por três etapas: 1) a pré-análise, seguida de agrupamento e classificação de ideias, determinando os objetivos e hipóteses e, em seguida, preparando os materiais; 2) exploração dos materiais para efeito de codificação e classificação do conteúdo; e 3) avaliação dos resultados, emergência e interpretação das informações coletadas para análise (Bardin, 2016).

3.7 Aspectos Éticos e Financiamento

A pesquisa seguiu os aspectos éticos preconizados pela resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no artigo III, que implica no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando ao participante a voluntariedade para contribuir e permanecer na pesquisa, após assinatura do TCLE, bem como desistência da participação em qualquer tempo (Brasil, 2012b).

Também foi seguida a Norma Operacional nº 001/2013, que dispõe sobre a organização e funcionamento do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa e sobre os procedimentos para submissão, avaliação e acompanhamento da pesquisa e de desenvolvimento envolvendo seres humanos no Brasil, nos termos do capítulo XIII, da Resolução 466/12 Ministério da Saúde/CNS (Brasil, 2013).

Ademais, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - CCS/UFPB, sob protocolo nº: 6.726.313 e CAAE: 77987624.3.0000.5188.

Todas as despesas para custeio e desenvolvimento da pesquisa foram da responsabilidade da pesquisadora.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, serão apresentados dois artigos que possuem delineamentos de pesquisa e propostas que se complementam. O primeiro artigo examina a saúde mental dos agentes comunitários de saúde com base em suas próprias percepções sobre o tema. Já o segundo artigo verifica os resultados ou efeitos nos aspectos mentais sentidos por esses profissionais, em decorrência das intervenções que combinam o uso do escalda-pés, aromaterapia e musicoterapia.

4.1 Artigo 1- A SAÚDE MENTAL SOB A ÓTICA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

MENTAL HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF COMMUNITY HEALTH AGENTS

RESUMO

Introdução: Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão em ascensão no Brasil, sendo sujeitos representativos em toda comunidade. Eles desenvolvem suas atividades laborais no mesmo território que residem, considerando todas as particularidades e especificidades da população e agregando diversas demandas. No entanto, eles enfrentam desafios como desvalorização profissional e riscos de saúde devido às condições de trabalho precárias, violência e sobrecargas, impactando no seu bem-estar e saúde mental. **Objetivo:** Rastrear quais os sofrimentos mentais percebidos pelos agentes comunitários de saúde inseridos nos serviços de atenção básica de João Pessoa-PB. **Metodologia:** O estudo se caracteriza como descritivo e transversal, com abordagem quantitativa. Ele envolveu 35 ACS de nove equipes das USFs de João Pessoa-PB do distrito sanitário II e IV. A amostra foi por conveniência, com critérios de inclusão baseados na atividade do ACS e aceitação da pesquisa. Foi aplicado um formulário com questões sociodemográficas e no campo da saúde mental e também o instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para identificação dos sofrimentos mentais. A coleta ocorreu entre março e junho de 2024, nas manhãs nas próprias USFs. Os dados foram analisados com o auxílio do *software* Jamovi 2.6. e apresentados por meio da distribuição de frequência, que inclui as frequências absolutas e relativas, e da estatística descritiva, destacando a média e o desvio padrão. **Resultados e Discussão:** A maior parte da população deste estudo foi composta por mulheres (77.1%), com média de 51.7 anos. A maioria (62,9%) se autodeclarou parda e 60% tinham ensino médio completo. Em relação ao estado civil, 57,1% eram casadas ou viviam em união estável e possuíam filhos. A maioria dos 77,1% recebia cerca de dois salários mínimos. O tempo médio de serviço dos ACS foi de 19,2 anos. Embora a maioria tenha se autoavaliado com saúde regular, 74,2% mencionaram sofrimento mental, com destaque para sintomas como preocupação (88,6%), dores físicas (85,7%) e estresse (82,9%). Corroborando com os resultados obtidos por meio do SRQ-20, no qual o grupo com o maior número de resposta afirmativa foi o de humor depressivo/ansioso, com a variável “sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?”, obtendo 97,1% (34) das respostas, quase unânime. O estudo reflete as condições de trabalho e saúde mental dos ACS, com destaque para a feminização da profissão e a sobrecarga de trabalho, que afeta principalmente as mulheres, que acumulam jornadas duplas. A maioria dos ACS tem entre 40,8 e 51,7 anos, o que agrava o desgaste físico e psicológico. Sintomas de estresse, *burnout*, depressão e ansiedade são prevalentes, refletindo

o impacto das longas jornadas de trabalho e da falta de apoio emocional. **Conclusão:** Os ACS desempenham um papel fundamental no cuidado à saúde da população, mas frequentemente enfrentam sofrimento mental decorrente de diversos fatores relacionados à sua rotina de trabalho e vida pessoal. Incentivar a elaboração de políticas de saúde, ações e cuidados com as questões que envolvem a saúde mental é crucial para minimizar esses fatores prejudiciais à saúde mental.

Palavras-Chaves: Agente Comunitário de Saúde. Saúde Mental. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

Introduction: Community Health Agents (CHA) are on the rise in Brazil, being representative subjects throughout the community. They carry out their work activities in the same territory in which they reside, in which they consider all the particularities and specificities of the population and bring together different demands. However, they face challenges, such as professional devaluation and health risks due to precarious working conditions, violence and overloads, impacting their well-being and mental health. **Objective:** Track the mental suffering perceived by community health agents working in primary care services in João Pessoa-PB. **Methodology:** The study is characterized as descriptive and cross-sectional, with a quantitative approach, involving 35 Community Health Agents (CHA) from nine teams from the USFs of João Pessoa-PB of the II and IV health districts. The sample was for convenience, with inclusion criteria based on the ACS activity and acceptance of the research. A form with sociodemographic and mental health questions was applied, as well as the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) instrument to identify mental suffering. Collection took place between March and June 2024, in the mornings at the USFs themselves. The data was analyzed using the Jamovi 2.6 software. and presented through descriptive frequency distribution, with calculation of mean, standard deviation and percentage of categorical variables. **Results:** The majority of the population in this study was made up of women, 77.1%, with an average of 51.7 years old. The majority, 62.9%, declared themselves mixed race and 60% had completed high school. Regarding marital status, 57.1% were married or living in a stable union. The majority of the 77.1% received around two minimum wages. The average length of service of ACS was 19.2 years. Although the majority assessed themselves as having regular health, 74.2% presented mental suffering, with emphasis on symptoms such as worry 88.6%, physical pain 85.7% and stress 82.9%. Corroborating the results obtained through the SRQ-20, in which the group with the highest number of affirmative responses was that of depressive/anxious mood, with the variable “feeling nervous, tense or worried (a) the)?” obtaining 97.1% (34) of the responses, almost a unanimous sample. The study reflects the working conditions and mental health of CHWs, with emphasis on the feminization of the profession and work overload, which mainly affects women, who work double shifts. The majority of CHAs are between 40.8 and 51.7 years old, which worsens physical and psychological exhaustion. Symptoms of stress, burnout, depression and anxiety are prevalent, reflecting the impact of long working hours and lack of emotional support. **Conclusion:** CHWs play a fundamental role in the health care of the population, but they often face mental suffering resulting from various factors related to their work routine and personal life. Encouraging the development of health policies, actions and care for issues involving mental health is crucial to minimizing these factors harmful to mental health.

Keywords: Community Health Agent. Mental Health. Occupational Health.

INTRODUÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ofertam um intenso cuidado que abrange toda a comunidade e os serviços de saúde organizados pela atenção básica, constituindo-se as fontes primárias de informação sobre os aspectos de saúde e doença da população. Isso é possível porque o trabalho é realizado quase integralmente no território, permitindo a identificação de problemas, dificuldades e necessidades em relação à saúde e impactos na qualidade de vida dos usuários (Soares *et al.*, 2021).

Dentro do rol de atribuições desempenhados pelos ACS nas Unidades de Saúde da Família (USFs), estão a responsabilidade de cadastrar e realizar periodicamente o diagnóstico social, cultural e demográfico do território, desenvolver ações individuais e coletivas nos domicílios, monitorar as situações de risco por meio das visitas regulares na comunidade, acompanhar e registrar os condicionantes do programa bolsa família, encorajar a participação dos usuários nas políticas públicas e orientar quanto à utilização dos serviços de saúde (Costa *et al.*, 2022).

Além disso, nos últimos anos, sua função foi ampliada, sendo incrementadas novas atribuições no conjunto de serviços da USF, em sua grande maioria burocráticas, tais como escuta qualificada no acolhimento, além da participação em grupidades e organização para o desenvolvimento comunitário, visando à integração entre a comunidade e a atenção básica. Somam-se ainda às ações técnicas, como aferição de glicemia capilar e pressão arterial nos domicílios, e também ações que contribuem para a promoção e prevenção das enfermidades, fortalecendo a vigilância e garantindo a continuidade do cuidado (Pereira *et al.*, 2018).

Dessa forma, a dinâmica laboral dos ACS é primordial para a criação de vínculo e confiança na assistência, sendo relevantes para reorganização e orientação dos cuidados em saúde. Esses são instrumentos importantes para aumentar a busca pelos serviços e para disseminar o cuidado. Isso ocorre pelo contato direto, acompanhamento e proximidade com os usuários cadastrados nas microáreas, além de desempenharem papéis fundamentais e compreendem a população integralmente (Vieira-Meyer *et al.*, 2023).

Logo, os ACS estão em ascensão no Brasil, sendo sujeitos representativos em toda comunidade. Esses desenvolvem suas atividades laborais no mesmo território que residem, levando em consideração todas as particularidades e especificidades da população e agregando diversas demandas que podem trazer riscos para a saúde, nomeadamente, a mental (Rodrigues; Fonseca, 2021).

Nesse sentido, as exposições às diversas vulnerabilidades contidas no cotidiano laboral influenciam diretamente na saúde mental, causando desequilíbrio emocional e psicológico. Os ACS enfrentam dificuldades em vários aspectos, desde a desvalorização profissional por parte da população, fato relativo às mudanças ocorridas recentemente em sua rotina de trabalho, que despersonalizam cada vez mais a atuação comunitária e o envolvem em rotina burocrática e institucional. Isso dificulta a compreensão de sua importância e a necessidade do seu serviço, bem como o sentimento de impotência diante da realidade apresentada na comunidade no que diz respeito ao processo saúde-doença (Dal Prá da Silva *et al.*, 2020).

Além disso, esses profissionais vivenciam riscos e agravos à saúde constantemente, proveniente das condições precárias de trabalho e da ausência de apoio institucional que contribuem para uma sobrecarga física, cognitiva e psíquica. Ademais, eles estão expostos à violência nas comunidades e presenciam os mais variados tipos de violências nas áreas onde atuam, testemunhando diferentes formas de agressão em espaços públicos e residências, adicionando ainda a falta de proteção durante as visitas aos domicílios, podendo se tornar alvos a qualquer momento (Oliveira; Nery, 2019).

Em suma, esses problemas podem trazer impactos negativos para a saúde do trabalhador, além do afastamento do serviço por conta das doenças psíquicas desenvolvidas no processo de trabalho. Todavia, por mais que historicamente as condições e a sobrecarga de trabalho influenciem diretamente na saúde dos trabalhadores, ainda há muito o que avançar em pesquisas voltadas para essa temática, principalmente quando se trata de ACS (agentes que cuidam outros) e saúde mental.

Nessa perspectiva, surge a necessidade de pesquisar sobre essas questões no campo da saúde do trabalhador e da saúde mental, por se tratar de importantes elementos para elaboração de medidas, ações e políticas de saúde *a posteriori*. Em razão disso, o presente estudo objetiva rastrear quais os sofrimentos mentais percebidos pelos agentes comunitários de saúde inseridos nos serviços de atenção básica de João Pessoa-PB.

METODOLOGIA

O estudo se caracteriza como descritivo e transversal, com abordagem de cunho quantitativo. A população foi composta por ACS que pertenciam às USFs do distrito sanitário II e IV na cidade de João Pessoa-Paraíba. A amostra não probabilística foi por conveniência,

contemplando nove equipes das USFs escolhidas, totalizando 35 ACS, de acordo com o aceite dos profissionais que desejaram participar da pesquisa.

Foram considerados como critérios de inclusão: o ACS que estivesse exercendo suas atividades durante o período de coleta de dados e aceitou participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Como critério de exclusão: o ACS que estivesse de férias, de licença ou afastado, como também ausente do seu campo de trabalho após três tentativas, ou que não aceitou participar da pesquisa.

Para caracterização dos dados sociodemográficos, foi aplicado um questionário criado por meio da plataforma *Google Forms* composto por duas partes: a primeira relacionada a questões que caracterizaram o perfil dos ACS; a segunda parte compreendendo questões que possam identificar os aspectos na saúde mental.

Para identificação dos sofrimentos mentais percebidos pelos ACS, foi aplicado o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), que se configura um instrumento validado pela Organização Mundial de Saúde no Brasil para o rastreamento do adoecimento mental, que corrobora para identificação dos aspectos da saúde mental, quais os fatores de agressões e possível detecção de sintomas psicológicos (Silveira *et al.*, 2021).

Ele foi estruturado com 20 questões com respostas dicotômicas. Caso o resultado obtido for maior ou igual a 7 respostas (SIM), há uma comprovação do sofrimento mental. O instrumento também apresenta a classificação por quatro grupos de sintomas de acordo com as variáveis sendo estes: humor depressivo/ansioso, pensamentos depressivos, sintomas somáticos e decréscimo de energia vital (Ricaldes; Costa, 2020).

Vale salientar que esse instrumento é utilizado apenas como uma ferramenta de rastreamento. Caso seja necessário realizar um diagnóstico de uma doença ou transtorno psiquiátrico, é necessário um acompanhamento padronizado com a psiquiatria e outros especialistas da área (Silveira *et al.*, 2021).

A coleta de dados foi realizada entre março e junho de 2024, em salas disponibilizadas nas próprias USFs onde os participantes exerciam suas funções, normalmente no período da manhã, por volta das 07h30 às 10h00, antes de irem para as visitas nas microáreas e começarem seus afazeres laborais, sempre respeitando a disponibilidade dos dias e horários acordados com os envolvidos. A abordagem foi individual, respeitando a privacidade e reduzindo o constrangimento. A duração média da aplicação do questionário e do formulário foi equivalente a 10 minutos.

Os dados referentes à aplicação do formulário e do questionário SRQ-20 foram extraídos do *Google Forms* e, em seguida, digitados em uma planilha eletrônica. As variáveis relacionadas às características sociodemográficas e questões referentes aos aspectos da saúde mental foram tratadas primeiramente e, em seguida, analisadas por meio do *software* estatístico Jamovi 2.6 e apresentadas por meio de distribuição de frequência descritiva, com cálculo de média, desvio padrão e percentual das variáveis categóricas.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - CCS/UFPB, sob protocolo nº: 6.726.313 e CAAE: 77987624.3.0000.5188, e seguiu todas as orientações e recomendações éticas preconizados pela resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012b).

RESULTADOS

A maior parte da amostra deste estudo foi composta por mulheres 77.1% (27), com média de 51.7 anos de idade, com variabilidade mínima de 38 anos e máxima de 71 anos (desvio padrão de 8,1 anos). Em relação à raça/cor entre os gêneros, a maioria 62.9% (22) se autodeclara parda. Quanto à escolaridade, mais da metade 60% (21) possuía o ensino médio completo.

No que tange à situação conjugal, a maioria entre os dois gêneros foi de 57,1% (20), respondendo ser casada ou em união estável. A maior parte 77.1% (27) afirmou ter filhos. Em relação à classificação econômica, 77.1% (27) respondeu ganhar cerca de dois salários-mínimos.

No que diz respeito às características de trabalho, a média de tempo de serviço dos ACS foi de 19,2 anos, com desvio padrão de 5 anos, com no mínimo de 12 anos e o máximo de 30 anos. A variação temporal mais elevada corresponde ao recorte entre 21 a 25 anos 45,7% (16). Todas essas informações estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos Agentes Comunitários de Saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024. (N=35).

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	27	77,1
Masculino	8	22,9
Idade		
35 a 45 anos	13	37,1
46 a 55 anos	14	40,0
56 a 65 anos	6	17,2

66 a 75 anos	2	5,7
Raça/Cor		
Amarela	1	2,9
Branca	6	17,1
Parda	22	62,9
Preta	6	17,1
Escolaridade		
Ensino Médio	21	60
Ensino Superior	12	34,3
Pós-Graduação	2	5,7
Situação Conjugal		
Casado	20	57,1
Divorciado	6	17,2
Solteiro	9	25,7
Possui filhos		
Sim	27	77,1
Não	8	22,9
Renda*		
Dois salários mínimos	27	77,1
Três ou mais salários mínimos	8	22,9
Tempo de serviço		
Inferior a 10 anos	00	00
10 a 15 anos	11	31,4
16 a 20 anos	6	17,2
21 a 25 anos	16	45,7
26 a 30 anos	2	5,7

* Salário mínimo vigente em 2024: R\$1.412,00.

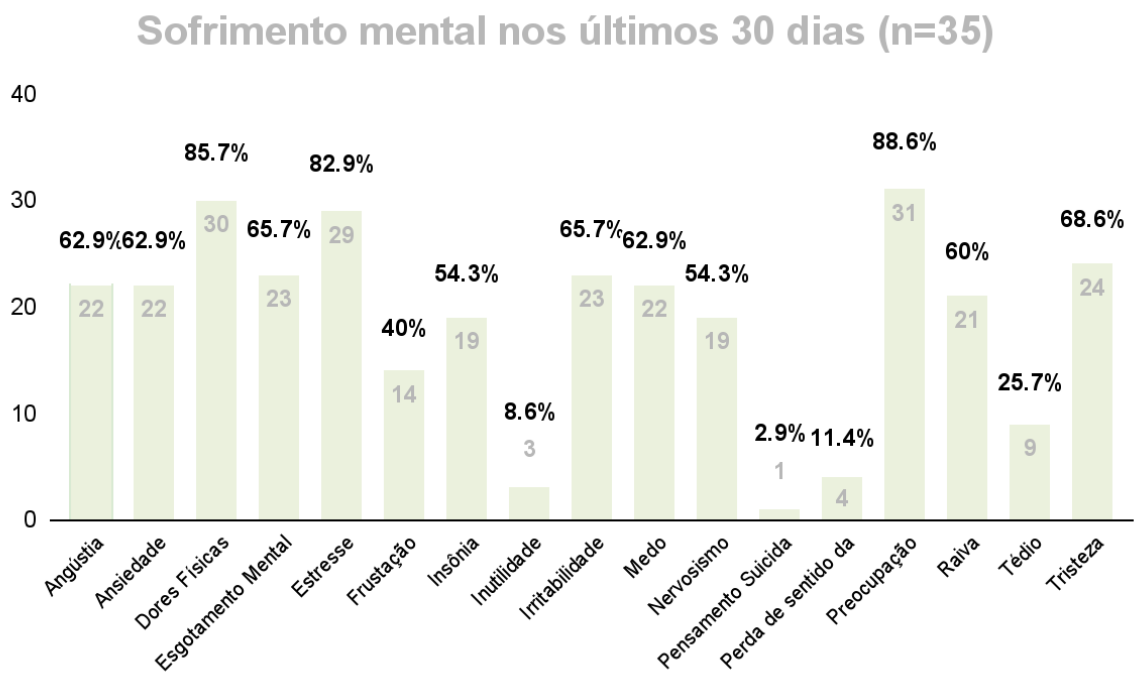
Fonte: Elaboração própria.

Quanto à autopercepção do estado de saúde, a maioria reconhece seu estado de saúde como regular 51,5% (18), seguido de um bom de estado de saúde 37,1% (13) e a minoria como ruim 11,4% (4).

Observa-se uma contrariedade a respeito da percepção de saúde na amostra que referiu um bom estado de saúde, tendo em vista que, quando questionados sobre a presença de alguns sintomas decorrentes do sofrimento mental nos últimos 30 dias, todos responderam sentir um ou mais sintomas, como apresentado no gráfico 1.

A sintomatologia mais presente referida pelos ACS foi a preocupação, com 88.6% (31), seguida de dores físicas, com 85.7% (30), e do estresse, com 82.9% (29). Ressalta-se que os problemas físicos e mentais não estão separados, mas se entrelaçam. Os sintomas físicos apresentados na pesquisa não sugerem transtornos mentais específicos, mas podem estar relacionados ao ambiente de trabalho insalubre, à precarização da força de trabalho, sobrecargas laborais e desencontros com a equipe multiprofissional, dentre outros.

Gráfico 1 - Sofrimento mental apresentado nos últimos 30 dias pelos Agentes Comunitários de Saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024. (N=35).



Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das frequências absoluta e relativa das respostas positivas e negativas dos ACS ao SRQ-20. As respostas foram classificadas em grupos de sintomas, a saber: grupo de humor depressivo/ansioso, pensamentos depressivos, sintomas somáticos e decréscimo de energia vital. Em uma análise geral, observa-se que alguns grupos apresentam um número maior de respostas afirmativas em comparação a outros. Esses grupos são destacados por cores distintas, as quais são explicadas na legenda ao final da tabela.

Tabela 2 - Questões relacionadas ao *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) pelos Agentes Comunitários de Saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024. (N=35).

Variáveis	N	%
01- Dores de cabeça frequentes		
Sim	17	48,6
Não	18	51,4
02- Falta de apetite		
Sim	09	25,7
Não	26	74,3
03- Dorme mal		

Sim	21	60,0
Não	14	40,0
04- Assusta-se com facilidade		
Sim	13	37,1
Não	22	62,9
05- Tem tremores nas mãos		
Sim	13	37,1
Não	22	62,9
06- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)		
Sim	34	97,1
Não	01	2,9
07- Tem má digestão		
Sim	16	45,7
Não	19	54,3
08- Dificuldades de pensar com clareza		
Sim	16	45,7
Não	19	54,3
09- Sente-se triste ultimamente		
Sim	19	54,3
Não	16	45,7
10- Chorado mais do que costume		
Sim	08	22,9
Não	27	77,1
11- Dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias		
Sim	17	48,6
Não	18	51,4
12- Tem dificuldades para tomar decisões		
Sim	12	34,3
Não	23	65,7
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)		
Sim	23	65,7
Não	12	34,3
14- Incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida		
Sim	05	14,3
Não	30	85,7
15- Perdeu o interesse pelas coisas		
Sim	15	42,9
Não	20	57,1
16- Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo		
Sim	04	11,4
Não	31	88,6
17- Tem tido ideia de acabar com a própria vida		
Sim	01	2,9
Não	34	97,1
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo		
Sim	16	45,7
Não	19	54,3

19- Cansa-se com facilidade		
Sim	19	54,3
Não	16	45,7
20- Tem sensações desagradáveis no estômago		
Sim	21	60,0
Não	14	40,0
Classificação de Variáveis por Grupos de Sintomas:		Variáveis:
Grupo humor depressivo/ansioso:		04, 06, 09 e 10
Grupo de pensamentos depressivos		14, 15, 16 e 17
Grupo dos sintomas somático:		01, 02, 03, 05, 07 e 19
Grupo do decréscimo de energia vital		08, 11, 12, 13, 18, e 20

Fonte: Elaboração própria.

O grupo com o maior número de resposta afirmativa foi o de humor depressivo/ansioso, com a variável “sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?” obtendo 97,1% (34) das respostas, quase uma amostra unânime. Ainda nesse grupo, a variável “tem se sentido triste ultimamente?” contemplou mais da metade das respostas afirmativas, com 54,3% (19).

O grupo do decréscimo de energia vital respondeu positivamente mais da metade da amostra, como “tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)”, com 65,7% (23) das respostas afirmativas, e “tem sensações desagradáveis no estômago?”, com 60% (21). Ademais, o grupo dos sintomas somáticos respondeu afirmativamente as variáveis “dorme mal?”, com 60% (21), e “você se cansa com facilidade?”, com 54,3 (19).

As outras variáveis também apresentam respostas afirmativas, embora em proporções menores. No entanto, quando analisadas individualmente, é possível notar que a maioria dos ACS, com 74,2% (26), apresenta sofrimento mental de acordo com as respostas ao SRQ-20 pois marcaram 7 ou mais questões afirmativas ao instrumento de rastreio (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise Individual das Respostas Afirmativas dos Agentes Comunitários de Saúde ao *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024. (N=35).

Participantes	Questões Afirmativas (n=20)	N	%
ACS I	1,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,14,15,16,18,19,20	17	85
ACS II	1,3,4,5,6,7,8,9,11,12,13,14,15,16,18,19,20	17	85
ACS III	3,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,18,19,20	16	80
ACS IV	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,15,18,19,20	15	75
ACS V	1,2,3,4,5,6,10,11,13,15,16,18,19,20	14	70
ACS VI	1,2,3,5,6,7,8,9,12,13,15,20	12	60
ACS VII	2,5,6,7,8,9,11,12,15,18,19,20	12	60
ACS VIII	1,4,5,6,8,9,12,13,18,19,20	11	55
ACS IX	1,2,3,4,6,7,9,13,18,19,20	11	55
ACS X	1,3,5,6,7,8,13,15,18,19,20	11	55
ACS XI	1,2,3,4,6,7,9,11,12,13,20	11	55

ACS XII	4,5,6,8,9,10,12,18,19,20	10	50
ACS XIII	1,4,6,7,11,12,13,18,19,20	10	50
ACS XIV	1,6,7,8,9,13,15,18,19,20	10	50
ACS XV	1,3,4,6,9,11,15,18,19,20	10	50
ACS XVI	3,6,9,11,12,13,15,17,19	9	45
ACS XVII	3,4,5,6,7,8,10,13,18	9	45
ACS XVIII	3,6,7,8,11,14,19,20	8	40
ACS XIX	2,3,6,7,13,18,19,20	8	40
ACS XX	3,6,8,12,13,15,19,20	8	40
ACS XXI	3,6,9,10,11,13,15,19	8	40
ACS XXII	4,6,8,9,11,13,15	7	35
ACS XXIII	1,2,4,6,11,13,15	7	35
ACS XXIV	1,2,3,5,6,8,13	7	35
ACS XXV	1,2,3,6,9,13,18	7	35
ACS XXVI	1,6,7,9,11,13,20	7	35
ACS XXVII	1,5,6,9,10,11	6	30
ACS XXVIII	1,6,9,13	4	20
ACS XXIX	6,8,13,19	4	20
ACS XXX	6,7,11,20	4	20
ACS XXXI	3,6,14,20	4	20
ACS XXXII	3,6	2	10
ACS XXXIII	3	1	5
ACS XXXIV	6	1	5
ACS XXXV	6	1	5

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

A população do estudo possui uma tendência à feminização 77.1% (27), evidenciando a força de trabalho feminina na área da saúde, o que pode estar relacionado à trajetória histórica das mulheres como cuidadoras do lar e da família. Além disso, a maioria respondeu que eram casadas ou viviam em união estável e que possuíam filhos. Isso evidencia que, além de serem acometidas pela sobrecarga diante da multifuncionalidade laboral, essas mulheres ainda possuem jornada dupla de trabalho, pelos serviços domésticos e cuidado com a família, sendo mais propícias a desenvolverem problemas de cunho mental (Moura; Leite; Greco, 2020).

Também chama atenção o fato de quase a totalidade das participantes da pesquisa serem mulheres e o descaso do poder público quanto à saúde das mulheres trabalhadoras ser justificado, em parte, pelo fato de que elas não dão trabalho; tornam-se, portanto, invisíveis. Com essa invisibilidade, sobressai o julgamento moral da conduta feminina e, em consequência, a recusa de reconhecer, na prática, a legitimidade de seus direitos (Fernandes *et al.*, 2018).

Em relação à idade, a maior parte dos ACS está na meia-idade, passando pela transição da fase adulta para a senescência, com a média de idade entre os sexos de 40,8 a 51,7 anos. Isso impacta consideravelmente nas condições de saúde dos mesmos, pois naturalmente estão com menos vigor físico e mental devido aos declínios biológicos e às mudanças psicológicas (Martho; Messias, 2023).

Observa-se que maior parte dos participantes se autodeclaram pardos, com 62.9% (22), concordando com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE em 2022, no qual aproximadamente 92,1 milhões de indivíduos, correspondendo a 45,3% da população nacional, identificaram-se como pardos, seguido da raça/cor branca, com 43,5% (IBGE, 2023).

Também é importante destacar a Lei nº 11.350/2006, que regulamenta as funções dos ACS e estabelece critérios para o exercício da profissão, incluindo a exigência de residência na comunidade de atuação, conclusão do curso de qualificação básica e ensino médio completo. Esta última exigência foi alterada pela Lei nº 13.595, de 2018, que passou a permitir candidatos com ensino fundamental completo apenas caso não haja candidatos com o ensino médio. Os resultados deste estudo se alinham a essa normativa, pois 60% (21) dos ACS possuíam o ensino médio completo e alguns até possuem outras qualificações, como ensino superior e pós-graduação (Brasil, 2006a, 2018a).

Quanto à renda, em conformidade com o incentivo federal para o custeio mensal do salário dos ACS, os participantes da pesquisa referiram que recebiam cerca de dois salários-mínimos, com 77.1% (27). Esse montante financeiro destinado aos ACS será revisado a cada ano, de acordo com o salário-mínimo estabelecido para aquele exercício na Lei Orçamentária Anual, segundo a Portaria GM/MS nº 3.162, de 20 de fevereiro de 2024 (Brasil, 2024).

Além disso, todos os ACS da pesquisa possuem mais de 10 anos de carreira, o que coincide, em uma análise comparativa, com a implementação do piso salarial estabelecido pela lei nº 12.994/2014, que proporcionou novas oportunidades de emprego (Brasil, 2014).

Entretanto, nota-se que muitos profissionais permanecem nessa função há bastante tempo, com a maioria de 45,7% (16) atuando por volta de 21 a 25 anos, o que corrobora para um desgaste físico, cognitivo e psíquico. Esses índices são semelhantes aos encontrados em outras pesquisas sobre *burnout* e estresse, sugerindo uma possível relação entre a longa atuação dos ACS e o desenvolvimento desses sintomas. E na presente pesquisa, observou-se que a maioria dos ACS apresentava estresse 82.9% (29) e esgotamento mental 65.7% (23) (Fernandes *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a síndrome de *burnout* é uma das doenças comuns no ambiente de trabalho que se manifesta como uma reação ao estresse prolongado proveniente da rotina laboral, trazendo efeitos prejudiciais à saúde do trabalhador. Seus impactos podem resultar em diminuição na produtividade, aumento do absenteísmo e despersonalização, impactando negativamente na saúde, os quais são demarcados pelo esgotamento físico e mental, desenvolvendo um baixo nível de realização profissional (Borges *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2024).

O termo *burnout*, que se traduz como esgotamento, começou a ser utilizado nos Estados Unidos em 1974 pelo psicanalista alemão Herbert Freudenberger. Ao longo dos anos, esse tema ganhou maior relevância entre os pesquisadores, especialmente em relação a profissionais que interagem diretamente com o público (Silva *et al.*, 2019).

Muitos ACS buscam adquirir novos conhecimentos. Porém, as qualificações para atender às crescentes exigências técnico-científica que a população e o serviço requerem desses profissionais, incluindo a necessidade de dominar vários assuntos para suprir as demandas e problemas do território, muitas vezes reverbera em uma sobrecarga cognitiva, afetando a saúde mental desses profissionais (Brasil, 2023; Costa *et al.*, 2022).

Quanto à autopercepção de saúde, a minoria, com 11,4% (4), constatou uma saúde ruim. Muitos desses remetiam apenas aos problemas de ordem física ou biológica quando era questionado esse parâmetro, sendo as dores físicas, com 85,7% (30), o sintoma mais prevalente na amostra do estudo. Houve assim uma contrariedade, pois, quando correlacionada outros problemas de cunho mental, ficou evidente que toda amostra referiu alguma sintomatologia. Isso vai ao encontro de outras pesquisas, que demonstram as péssimas condições na saúde mental desses trabalhadores (Oliveira; Nery, 2019; Rodrigues; Fonseca, 2021).

Os problemas relacionados à saúde mental são recorrentes, uma vez que, frequentemente, esses profissionais enfrentam sensações e sentimentos como medo, insegurança, preocupação, antecipação de um momento ou pensamento focado em problema específico, podendo levar à insônia e aumento da vigília, além do sentimento de inutilidade e incompetência profissional, indo ao encontro dos achados de pesquisas na área (Costa *et al.*, 2022).

Ademais, deve-se considerar que os ACS não são incentivados a expressar seus sentimentos, o que dificulta o compartilhamento de angústias, anseios e traumas relacionados à rotina de trabalho e aos desafios da vida cotidiana. Essa falta de apoio emocional pode gerar

tensão e aumentar o estresse ocupacional, o que, por sua vez, pode contribuir para o surgimento de doenças psíquicas mais graves, como a depressão (Silva *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que a depressão é uma das doenças relacionadas às causas de incapacidade produtiva e ainda pode resultar em várias outras comorbidades, como a insônia, sintoma relatado por 60% (21) dos ACS nas respostas ao SRQ-20. Além disso, em alguns casos, pode ser um fator predisponente para o suicídio, conforme observado em 2,9% das respostas dos ACS à pesquisa, o que é extremamente preocupante e requer atenção especial (OPAS, 2018).

Um estudo realizado em um município de Minas Gerais, que envolveu 400 ACS em 43 Unidades Básicas de Saúde, teve como objetivo avaliar a prevalência de sintomas depressivos relacionados ao ambiente de trabalho. Os resultados mostraram sinais e sintomas de depressão em 20,6% da amostra (Moura; Leite; Greco, 2020). Quando comparados aos dados da pesquisa atual, observa-se uma correlação, especialmente nas respostas ao SRQ-20 relacionadas a pensamentos depressivos, bem como no grupo humor depressivo/ansioso, em que 97,1% (34) dos ACS se disseram nervosos, tensos ou preocupados. Esses sintomas podem estar associados a outros distúrbios mentais, como a ansiedade.

Pesquisas recentes também revelam a prevalência de sintomas ansiosos entre os ACS. Em um estudo utilizando o Inventário de Ansiedade Traço-Estado, 47,3% da amostra apresentou sintomas ansiosos (Barbosa *et al.*, 2021). Outro estudo, realizado durante a pandemia, identificou sintomas ansiosos em 41,8% e sintomas depressivos em 31,6% de 1.220 ACS do norte de Minas Gerais (Fernandes *et al.*, 2023).

Quando comparados esses estudos com a pesquisa em questão, nota-se que a prevalência desses sintomas foi menor, sendo a prevalência de sintomas de ansiedade na pesquisa atual equivalente a 62,9% (22), aproximando-se em partes do estudo de Julio *et al.* (2022) com trabalhadores da atenção primária, com a prevalência de 54,2% para ansiedade.

Destaca-se que as emoções e sentimentos elencados podem estar relacionados às condições de trabalho, mas também a outros vários fatores inerentes ao ser humano, como o caráter e a formação da pessoa, seus relacionamentos familiares e sociais, dentre outros. Todavia, deve-se ter um olhar diferenciado para essas questões no ambiente de trabalho, proporcionando uma qualidade e um bem-estar laboral e preservando a saúde do trabalhador (Costa *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

Este estudo identificou os principais sofrimentos mentais dos agentes comunitários de saúde em João Pessoa-PB, relacionados à sobrecarga de trabalho, condições adversas e à vulnerabilidade social das comunidades. A pesquisa ressalta a necessidade de estratégias de apoio e políticas públicas voltadas para a saúde mental desses profissionais, visando melhorar o ambiente de trabalho e promover um cuidado integral.

Assim, não é possível analisar a saúde mental de forma isolada, sem considerar as influências externas e intrínsecas que impactam o indivíduo. Nesse contexto, os ACS são profissionais que cuidam dos outros. Mas este estudo revela também a sua necessidade de serem cuidados, pois frequentemente enfrentam sofrimento mental em razão de diversos fatores que afetam tanto sua rotina de trabalho quanto sua vida pessoal.

Nesse sentido, é necessária uma atenção voltada para a saúde do trabalhador, em especial os ACS, com o objetivo de incentivar a elaboração de políticas de saúde, ações e cuidados com as questões que envolvem a saúde mental com a finalidade de minimizar esses fatores prejudiciais que contribuem para o surgimento de problemas como a ansiedade, depressão, síndrome de *burnout*, insônia, estresse, pensamentos negativos, entre outros e então proporcionar uma melhor qualidade no ambiente de trabalho.

É importante destacar que a principal limitação deste estudo está relacionada à amostra não probabilística por conveniência, que pode comprometer a representatividade dos ACS e dos resultados, uma vez que apenas duas USFs foram contempladas em toda a Paraíba, o que pode não refletir a realidade de outros profissionais ou regiões. Outra limitação é o uso do SRQ-20 como ferramenta de rastreamento, que não permite um diagnóstico definitivo de doenças mentais, exigindo avaliação psiquiátrica especializada.

4.2 Artigo 2- EFEITOS DAS TERAPIAS COMPLEMENTARES NA SAÚDE MENTAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

EFFECTS OF ALTERNATIVE THERAPIES ON THE MENTAL HEALTH OF COMMUNITY HEALTH AGENTS

RESUMO

Introdução: Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estabelecem uma ponte entre os serviços de saúde e os usuários, desenvolvendo majoritariamente suas atividades laborais nos domicílios, em áreas de maior risco social e no mesmo território de sua moradia. Além disso, esses profissionais estão expostos a inúmeros riscos e vulnerabilidades devido às condições de trabalho, sendo ainda influenciados pelas cargas estressoras que podem ocasionar agressões orgânicas capazes de desequilibrar o mecanismo interno, propiciando reações emocionais negativas e desenvolvendo problemas de cunho mental. Uma opção complementar para garantir condições dignas de trabalho e que poderia amenizar esses fatores seria a adoção de medidas terapêuticas relaxantes e tranquilizadoras que promovam saúde e estejam além do modelo biomédico como as terapias complementares. **Objetivo:** Verificar os resultados alcançados pelo escalda-pés, combinado com a aromaterapia e a musicoterapia na promoção da saúde mental dos ACS na atenção básica de saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quase experimental com abordagem mista, realizada em duas Unidades de Saúde da Família (USFs) de João Pessoa-PB. A amostra foi composta por 24 ACS. Após critérios de elegibilidade, eles foram divididos aleatoriamente entre grupo experimental (recebendo óleo essencial de lavanda diluído em óleo vegetal) e grupo controle (recebendo apenas o óleo vegetal). A intervenção do escalda-pés ocorreu nas próprias USFs em ambiente calmo e propício, com o auxílio da música com a frequência em 432 Hz. A coleta de dados foi realizada em três etapas: pré-intervenção, intervenção e pós-intervenção, utilizando instrumentos objetivos como o formulário e o SRQ-20 para avaliar o sofrimento mental e a entrevista estruturada para captar as percepções dos participantes. A análise de dados foi feita quantitativamente (software Jamovi 2.6) e qualitativamente (Análise de Conteúdo de Bardin e ferramenta IRAMUTEQ). **Resultados e Discussão:** A amostra foi predominantemente feminina (77,1%) com média de idade de 51,7 anos. A maioria dos participantes tinha ensino médio completo, era casada e possuía filhos, com renda média de dois salários-mínimos. Todos os participantes apresentaram algum sintoma de sofrimento mental, sendo as mais prevalentes preocupações (88,6%), dores físicas (85,7%) e estresse (82,9%). O instrumento SRQ-20 indicou que a maioria dos participantes apresentava sofrimento mental. Após a intervenção, as respostas ao SRQ-20 diminuíram, com alguns participantes apresentando 100% de eficácia na redução dos sintomas. Isso demonstrou o impacto positivo das técnicas na redução de estresse, ansiedade e dores físicas, promovendo bem-estar e equilíbrio emocional. **Conclusão:** O trabalho dos ACS pode agravar problemas de saúde física e mental, influenciado por fatores como histórias de vida difíceis e condições sociais adversas. Técnicas naturais e acessíveis, como aromaterapia, musicoterapia e escalda-pés, podem equilibrar o corpo, a mente e o espírito, promovendo melhoria na saúde e na qualidade de vida dos ACS.

Palavras-Chaves: Agente Comunitário de Saúde. Terapias Complementares. Saúde Mental. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

Introduction: Community Health Agents (CHA) establish a bridge between health services and users, carrying out their work activities mainly in homes, in areas of greater social risk and in the same territory where they live. Furthermore, these professionals are exposed to numerous risks and vulnerabilities due to working conditions, and are also influenced by stressful loads that can generate organic aggressions capable of unbalancing the internal mechanism, causing negative emotional reactions and developing mental problems. A complementary option to guarantee decent working conditions that could alleviate these factors would be the adoption of relaxing and calming therapeutic measures that promote health and go beyond the biomedical model, such as integrative techniques. **Objective:** Verify the results achieved by foot baths, combined with aromatherapy and music therapy in promoting the mental health of CHWs in primary health care. **Methodology:** This is a quasi-experimental research with a mixed approach, carried out in two Family Health Units (USFs) in João Pessoa-PB. The sample consisted of 24 CHAs, who, following eligibility criteria, were randomly divided into an experimental group (receiving lavender essential oil diluted in vegetable oil) and a control group (receiving only vegetable oil). The foot bath intervention took place in the USFs themselves in a calm and conducive environment, with the aid of music at a frequency of 432 Hz. Data collection was carried out in three stages: pre-intervention, intervention and post-intervention, using instruments (Virtual Form and SRQ-20) to assess mental distress and structured interviews to capture participants' perceptions. Data analysis was done quantitatively (Jamovi 2.6 software) and qualitatively (Bardin Content Analysis and IRAMUTEQ tool). **Results:** The sample was predominantly female (77.1%) with a mean age of 51.7 years. The majority of participants had completed high school, were married and had children, with an average income of two minimum wages. All participants presented some symptom of mental suffering, the most prevalent being worry (88.6%), physical pain (85.7%) and stress (82.9%). The SRQ-20 instrument indicated that the majority of participants presented mental distress. After the intervention, responses to the SRQ-20 decreased, with some participants showing 100% efficacy in reducing symptoms. This demonstrated the positive impact of integrative techniques in reducing stress, anxiety and physical pain, promoting well-being and emotional balance. **Conclusion:** The work of CHWs can aggravate physical and mental health problems, influenced by factors such as difficult life stories and adverse social conditions. Natural and accessible techniques, such as aromatherapy, music therapy and foot baths, can balance body, mind and spirit, promoting improvements in the health and quality of life of CHWs.

Keywords: Community Health Agent. Alternative Therapies. Mental Health. Occupational Health.

INTRODUÇÃO

Na atenção básica, há uma demanda assistencial elevada por conta da proximidade territorial, bem como pelos problemas de saúde apresentados na microárea (Viana *et al.*, 2021). Isso ocasiona uma sobrecarga aos profissionais que atendem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), especialmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que estabelecem uma ponte entre os serviços de saúde e os usuários, desenvolvendo majoritariamente suas atividades

laborais nos domicílios, em áreas de maior risco social e no mesmo território que fazem moradia (Rodrigues; Fonseca, 2021).

Somam-se ainda as cargas específicas do trabalho, por sua inserção e contato direto com a comunidade, em que convivem e compartilham dos mesmos problemas e angústias. Há ainda a falta de reconhecimento profissional por parte da população que não compreende a importância do seu papel e acaba pressionando e cobrando resolutividade de problemas que não competem apenas a sua alçada, gerando intensas preocupações e exaustão cognitiva (Soares *et al.*, 2021).

Por conseguinte, esses profissionais estão expostos a inúmeros riscos e vulnerabilidades, pois presenciam situações de miséria, sofrem violência no território, acessam regiões insalubres e com péssimas condições sanitárias, também realizam intensos deslocamentos a pé com exposição às intempéries que podem ocasionar problemas dermatológicos, ergonômicos e osteomusculares, além de serem os primeiros que entram em contato com as doenças que surgem no território, podendo contraí-las. Todos esses fatores contribuem para o desconforto físico, podendo posteriormente ser somatizados em um problema de cunho mental (Alonso; Béguin; Duarte, 2018).

Além disso, eles são influenciados pelas cargas estressoras proveniente do trabalho e organização demonstradas na mensuração quantitativa do seu trabalho, que fragmenta suas funções, tratando-as como simples e desprovidas de complexidade, resultando em uma visão simplificada de suas tarefas. Isso reforça a polivalência e as capacitações rápidas e pontuais, que priorizam soluções imediatas em vez de um conhecimento sólido e contínuo, além das condições precárias de trabalho e a falta de apoio institucional que colaboram para o adoecimento mental, ocasionando a sobrecarga psíquica e o estresse ocupacional (Barros *et al.*, 2021).

Nesse sentido, o estresse ocupacional contínuo pode gerar agressões orgânicas capazes de desequilibrar o mecanismo interno, propiciando reações emocionais negativas e desenvolvendo problemas de maiores magnitudes, tais como a ansiedade, depressão, síndrome de *burnout*, insônia e outros (Costa; Nascimento, 2019).

Outrossim, nos últimos anos, a função dos ACS ampliou e se diversificou, acrescentando a sua rotina o acolhimento nas unidades de saúde, trabalhos burocráticos e a redução de carga horária (Brasil, 2017b). Tais mudanças vêm impactando negativamente a rotina de trabalho, com consequências que limitam cada vez mais sua atuação junto ao indivíduo, família e comunidade. Tal fato se materializa em insatisfações pessoais e

comunitárias, pressão institucional e elevação da carga mental desses trabalhadores (Barros *et al.*, 2021).

Portanto, deve-se ter uma atenção voltada ao âmbito da qualidade de vida no trabalho, principalmente direcionado ao campo da saúde mental, com o propósito de reduzir as repercussões negativas no processo laboral e na vida dos ACS. Perante essa problemática, uma opção complementar para garantir condições dignas de trabalho e que poderia amenizar esses fatores seria a adoção de medidas terapêuticas relaxantes e tranquilizadoras que promovam saúde e estejam além do modelo biomédico (De Sousa; De Aquino; Bezerra, 2018).

Pensando nisso, terapias complementares são estratégias promotoras de saúde e cuidado, que favorecem o bem-estar, proporcionam leveza e tranquilidade, estimulam as habilidades e aumentam a motivação, reverberando em uma melhor qualidade de vida (Aguir; Kanan; Masiero, 2019).

Nesse contexto, a consolidação das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) ocorreu por meio de uma gestão que incorporou práticas baseadas em fundamentos filosóficos e culturais, unificando cinco racionalidades médicas: medicina ocidental, homeopática, tradicional chinesa, ayurvédica e antroposófica. Essas abordagens utilizam técnicas milenares para promover o equilíbrio físico e mental (Goecks; Morsch; Silva, 2020; Tesser; Luz, 2018).

Dentre essas técnicas, o escalda-pés, proveniente da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), visa equilibrar a energia do organismo, enquanto a aromaterapia e a musicoterapia, ao utilizarem óleos essenciais (OE) e sons terapêuticos, auxiliam no alívio de tensões e no bem-estar mental (Aguir *et al.*, 2020; Ibiapina *et al.*, 2022; Rodrigues *et al.*, 2023).

Nesse sentido, este estudo objetiva verificar os resultados alcançados pelo escalda-pés, combinado com a aromaterapia e a musicoterapia na promoção da saúde mental dos ACS na atenção básica de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quase experimental com abordagem mista. Foi determinada a população (ACS) em que as técnicas selecionadas (escalda-pés, aromaterapia e musicoterapia) interferem nesses participantes, direta ou indiretamente, gerando resultados positivos ou negativos. Posteriormente, foram observados e controlados todos esses efeitos pela pesquisadora (Nedel; Silveira, 2016).

O quase experimento foi composto por um grupo experimental e outro grupo controle não-equivalente, do tipo cego, em que os sujeitos desconhecem sua posição nos grupos (Dutra; Reis, 2016).

A abordagem mista se caracteriza como qualitativa e quantitativa dentro de um desenho de pesquisa na parte de procedimento de coleta de dados, gerando combinações mistas e com melhores possibilidades de análise dos resultados encontrados (Denzin; Lincoln, 2018).

A intervenção com o OE de lavanda foi aplicada com a dosagem terapêutica indicada (6 gotas diluídas em 30 ml de óleo vegetal de semente de uva para cada 10 xícaras de chá de sal grosso) apenas no grupo experimental. Já o grupo controle, foi utilizado apenas o óleo vegetal de uva (30 ml para cada 10 xícaras de chá de sal grosso) (Dutra; Reis, 2016).

Os componentes químicos presentes nesse óleo, o linalol e o acetato de linalila, quando inalados, estimulam as células nervosas olfativas que possuem uma ligação direta com o sistema nervoso central, atingindo o sistema límbico no cérebro do indivíduo, causando um efeito inibitório sensorial e modulando a neurotransmissão glutamatérgica e gabaérgica, reduzindo assim os níveis de hormônio adrenocorticotrófico/corticotropina e inibindo a produção de catecolaminas (Silva; Souza, 2022).

Esses elementos são responsáveis por alguns componentes mentais expressivos, como a raiva, o medo, a tristeza, a dor, o prazer, a memória, os padrões comportamentais. Logo, será produzida uma resposta psicológica capaz de atuar na saúde mental (Alves, 2019).

O estudo foi desenvolvido em duas Unidades de Saúde da Família (USFs) de João Pessoa-PB, localizadas no distrito sanitário II e IV no período de março a setembro de 2024, após a liberação do termo de anuência emitido pela Gerência de Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, além da aprovação no comitê de ética da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). O espaço físico para a execução da prática foi uma sala destinada para consultas e outra para triagem na própria USF, a qual se encontra mais afastada dos usuários, sendo um ambiente propício à execução por ser mais calmo, silencioso e climatizado.

A população foi composta pelos ACS que trabalham nas referidas unidades supracitadas. A amostra não probabilística, por conveniência, contemplou as nove equipes das USFs, sendo cinco (I, III, IV, V e VI) da USF do distrito sanitário II e quatro (I, II, III e IV) da USF do distrito sanitário IV, totalizando 35 ACS, de acordo com o aceite dos profissionais. Todavia, após a aplicação dos critérios de elegibilidade e exclusão, sobraram 26 ACS aptos a participar da intervenção, mas 02 participantes se recusaram, restando 24 ACS, sendo

distribuídos aleatoriamente nos grupos. Desses, 12 pertenciam ao grupo experimental e 12 ao grupo controle.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: o ACS que estivesse exercendo suas atividades durante o período de coleta de dados, assim como possuir dispositivo móvel com aplicativo de mensagens instantâneas, apresentar sofrimento mental nos últimos 30 dias de acordo com as respostas ao questionário SRQ-20 e aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Havia também os seguintes critérios de exclusão: o ACS que estivesse em uso de psicofármacos ou em terapias com diagnóstico psiquiátrico autodeclarado, aquele que não realizasse a técnica conforme as etapas propostas na pesquisa com no mínimo seis realizações completas ou desistisse de participar durante a coleta de dados.

Para coleta de dados, foi aplicado o questionário *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) como método de coleta de informações, sendo este um instrumento reconhecido pela Organização Mundial de Saúde no Brasil para identificar problemas de saúde mental e avaliar fatores de risco, buscando detectar possíveis sintomas psicológicos. O questionário é composto por 20 perguntas com respostas de sim ou não. Se o resultado encontrado for igual ou superior a 7 respostas afirmativas, ele indica a presença de sofrimento mental (Ricaldes; Costa, 2020; Silveira *et al.*, 2021).

Foi utilizado o formulário online elaborado por meio da ferramenta *Google Forms* dividido em duas seções. A primeira é destinada a perguntas voltadas para identificar as características dos ACS; a segunda seção possui perguntas relacionadas ao sofrimento mental nos últimos 30 dias. Por fim, há a entrevista estruturada para coletar as percepções dos ACS a respeito da utilização e eficácia das PICS.

Apenas as abordagens tradicionais de coleta de dados, como os questionários impressos, nem sempre conseguem gerar resultados rápidos e economicamente viáveis. Mas, com o acesso crescente à internet, as pesquisas com a utilização do ambiente virtual se mostram como uma tendência útil e prática para obter dados (Faleiros *et al.*, 2016).

A coleta de dados se constitui de três etapas: pré-intervenção, intervenção e pós-intervenção. Na pré-intervenção, foram encaminhados pelo aplicativo de mensagens instantâneas o *link* dos questionários para os ACS. Eles tiveram um prazo de dez dias para devolução do instrumento respondido. Após esse término, foi realizado o contato com aqueles que não responderam ao questionário e, em caso de esquecimento ou alguma dúvida, foi reencaminhado novamente e fornecido um novo prazo de dez dias para devolução. No caso de

continuar sem resposta, o ACS era excluído da pesquisa. Aqueles que não conseguiram realizar, por não serem adeptos às novas tecnologias, contaram com o auxílio da pesquisadora.

Na intervenção, foram ofertados os *kits* diários para a realização da técnica de esalda-pés. Cada *kit* individual continha os seguintes materiais: 1 xícaras de sal marinho; 6 gotas de OE de lavanda (*Lavandula angustifolia*) diluído em 30 ml do óleo vegetal de semente de uva; 1 vasilhame; e 1 toalha para secagem dos pés, cada *kit* para uma única intervenção.

A quantidade era a mesma para ambos os grupos, tanto para o grupo experimental quanto para o grupo controle, mas com um elemento reduzido, pois o grupo controle não recebia o *kit* com a diluição do OE de lavanda, apenas o óleo vegetal de semente de uva. Além disso, foi reproduzida uma *playlist* de músicas com o auxílio de uma caixa de som portátil com uma frequência de 432 *hertz*¹ durante a realização da prática de ambos os grupos, pois essa afinação é conhecida por promover uma conexão harmoniosa entre corpo e mente, além de oferecer uma sensação de tranquilidade, leveza e harmonia ao ser ouvida (Aravena; Almonacid; Mancilla, 2020).

As práticas eram aplicadas presencialmente em um ambiente calmo e silencioso da própria USF, permitindo que os profissionais ficassem relaxados e à vontade. Elas foram aplicadas em dias alternados na semana. Em uma semana, era aplicada u vez. Em outra, duas vezes, de acordo com a disponibilidade dos ACS na unidade, totalizando 12 dias de intervenção ao final dos meses.

Para aplicação das técnicas, os ACS deveriam seguir os seguintes passos conforme descritos no Quadro 1:

Quadro 1 - Instruções para a realização do esalda-pés. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.

Passo 1	Dirigir-se para um lugar tranquilo, no caso, as salas que foram utilizadas para tal fim (consultórios e triagem);
Passo 2	Desconectar-se dos seus afazeres, com nenhuma interferência do ambiente fora da sala;
Passo 3	Separar um vasilhame para que os pés possam permanecer totalmente imersos na água e uma toalha para secar os pés ao final;
Passo 4	Deve ser evitados os vasilhames de plástico, sendo os de madeira os mais indicados. Porém, na falta do vasilhame de madeira, pode ser utilizado o que tiver disponível;
Passo 5	O volume da água deve cobrir os tornozelos e a temperatura da água deve ser aquecida/morna de forma a manter os pés imersos;

¹ <https://www.youtube.com/watch?v=blyCJdgcMnk&t=40s>.

Passo 6	Após a inserção da água no vasilhame, adicionar o <i>kit</i> disponibilizado e tocar a <i>playlist</i> de músicas de 432 hertz disponibilizado;
Passo 7	O tempo de permanência de cada ACS era de 8 a 15 minutos com os pés na água, quando a <i>playlist</i> de músicas terminava de ser reproduzida ou até sentir que a água esfriou;
Passo 8	A pesquisadora secava bem os pés de cada ACS ao final de cada aplicação;
Passo 9	Todos os itens eram descartados ao final.

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Ao final de cada sessão, a pesquisadora conversava com os ACS para investigar se houve algum efeito adverso, dificuldade ou constrangimento.

Na pós-intervenção, foi aplicado novamente o questionário SRQ-20 em duas etapas, a primeira que corresponde à metade da execução (sexto dia) e também no final (décimo segundo dia), bem como a entrevista estruturada para identificar a eficácia antes e pós-intervenção e averiguar se houve algum efeito nos aspectos mentais que foram analisadas de acordo com as respostas. Eles deveriam responder aos instrumentos na sala, ao final da execução da prática, por meio do *link* do *Google Forms* fornecido no grupo de mensagens.

Figura 1 - *Kit's* para realização do escalda-pés fornecido aos ACS pela pesquisadora. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.



Fonte: Dados pessoais, 2024.

Figura 2 - Grade de *layout* de grupos na realização das técnicas integrativas. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.



Fonte: Dados pessoais, 2024.

Para registro das falas dos ACS, foi utilizado um gravador de áudio e para preservar o anonimato dos participantes. As falas foram identificadas pelo código de numeração romana após a sigla ACS, exemplo: ACS_I.

Os dados referentes à aplicação do formulário e do questionário SRQ-20 antes e após à intervenção foram extraídos do *Google Forms* e, em seguida, digitados em uma planilha eletrônica. As variáveis relacionadas às características sociodemográficas e questões referentes ao objetivo do estudo foram tratadas primeiramente pela análise descritiva, em seguida, analisadas por meio do *software* estatístico Jamovi 2.6. e apresentadas por meio de distribuição de frequência absoluta, percentual das variáveis categóricas e inferência dos dados de ambos os grupos participantes.

Para analisar e organizar as falas dos ACS aferidas por meio da entrevista estruturada, essas foram digitalizadas no programa Microsoft Word e codificadas de acordo com a sigla ACS e o número dos participantes para a elaboração do *corpus* textual. Depois, foram feitas várias leituras e limpezas para ter uma melhor compreensão semântica das falas e, nisso a fala de um participante foi excluída por apresentar resposta muito limitada e, então, foram importadas para o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et*

de *Questionnaires (IRAMUTEQ)*, sendo utilizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que permite uma análise lexicográfica do texto distribuindo por classes e frequências de evocação das palavras, de acordo com a categorização do conjunto de segmentos de textos (Souza *et al.*, 2018).

Após o processamento do material empírico, verificou-se que o *corpus*, composto por 23 falas gerou 64 Unidades de Contexto Elementar (UCE's), correspondendo aos segmentos de texto de acordo com o tamanho do texto do *corpus*.

Por conseguinte, a CHD selecionou 53 UCE's, resultando em um aproveitamento de 82,81%, e gerou classes de respostas com base nos questionamentos realizados durante a intervenção. Essas classes foram formadas a partir das palavras que as compuseram, conforme os valores obtidos no teste qui-quadrado (χ^2).

Foi necessário interpretar os dados gerados pela CHD, considerando as classes e os segmentos de texto, o que permitiu estabelecer conexões entre as informações e subsidiou a criação das categorias temáticas. Por conseguinte, foram analisados conforme a técnica de Análise do Conteúdo proposta por Bardin, que consiste na criação de categorias temáticas, que, por sua vez, é bastante utilizada em pesquisas de abordagem qualitativa (Bardin, 2016).

Portanto, os resultados obtidos formaram 3 categorias, sendo estas: 1- Somatização das dificuldades oriundas do ambiente de trabalho na saúde mental; 2- Compreensão das transformações relacionadas à saúde mental conforme as técnicas utilizadas e 3- Promoção da saúde mental por meio da aplicação das técnicas utilizadas.

No que se refere aos aspectos éticos, o estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCS/UFPB), sob o protocolo nº 6.726.313 e CAAE 77987624.3.0000.5188, cumprindo todas as orientações e recomendações estabelecidas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012b).

RESULTADOS

A amostra predominantemente feminina contou com 77,1% (27) de participantes, apresentando uma idade média de 51,7 anos, variando entre 38 anos (mínima) e 71 anos (máxima), com um desvio padrão de 8,1 anos. No que se refere à raça/cor, a maior parte dos participantes 62,9% (22) se identificou como parda. Em relação ao nível de escolaridade, mais de 60% (21) dos ACS tinham concluído o ensino médio.

Em relação ao estado civil entre os dois sexos, a maioria 57,1% (20) relatou estar casada ou em união estável. Desses, 77,1% (27) confirmaram ter filhos. Quanto à situação econômica, 77,1% (27) indicaram que sua renda é equivalente a cerca de dois salários-mínimos.

Quando questionados em relação à quantidade de anos exercendo a profissão, toda a amostra possui um tempo de atuação igual ou superior a 10 anos: 31,4% (11) relatou que possuía de 10 a 15 anos, 17,2% (6) entre 16 a 20 anos, enquanto a maioria de 45,7% (16) apresentava de 21 a 25 anos e a minoria de 5,7% (2) respondeu de 26 a 30 anos.

Todos os agentes apresentaram um ou mais dos sofrimentos mentais questionados. Majoritariamente, o sintoma mais prevalente foi a preocupação, com 88,6% (31), seguido de dores físicas, com 85,7% (30), e estresse, com 82,9% (29). Também referiram que sentir tristeza, com 68,6% (24), esgotamento mental e irritabilidade, com 65,7% (23), assim como angústia, ansiedade e medo, com 62,9% (22), raiva, com 60% (21), insônia e nervosismo, com 54,3% (19), e uma minoria ou menos da metade referiram sentir frustração, com 40% (14), tédio, com 25,7% (9), perda de sentido da vida e nos afazeres, com 11,4% (4), inutilidade, com 8,6% (3) e, por fim, pensamento suicida, com 2,9% (1).

Na Tabela 1, foram distribuídas as frequências absolutas e relativas das respostas dos 24 ACS ao SRQ-20 referentes às etapas de pré-intervenção, durante e após a intervenção. Pode-se observar que houve uma redução da amostra, pois 4 ACS fizeram apenas o quantitativo mínimo de intervenção correspondente a 6 dias de execução e os outros 20 ACS concluíram até o 12º dia.

Tabela 1 - Comparação das questões relacionadas ao SRQ-20 respondidas pelos ACS antes, durante e após intervenção com as PICS. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024. (N=24).

Variáveis	N	%	N	%	N	%
Amostra inicial com 24 ACS	Pré		Durante (6d)		Pós (12d)	
Amostra final com 20 ACS	n=24		n=24		n=20	
01- Você tem dores de cabeça frequentes?						
Sim	13	54,2	07	29,2	00	00
Não	11	45,8	17	70,8	20	100
02- Tem falta de apetite?						
Sim	08	33,3	02	8,3	01	5,0
Não	16	66,7	22	91,7	19	95,0
03- Dorme mal?						
Sim	16	66,7	15	62,5	03	15,0
Não	08	33,3	09	37,5	17	85,0
04- Assusta-se com facilidade?						
Sim	11	45,8	10	41,7	03	15,0
Não	13	54,2	14	58,3	17	85,0

05- Tem tremores nas mãos?						
Sim	11	45,8	04	16,7	01	5,0
Não	13	54,2	20	83,3	19	95,0
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?						
Sim	24	100	17	70,8	08	40,0
Não	00	0,0	07	29,2	12	60,0
07- Tem má digestão?						
Sim	13	54,2	07	29,2	06	30,0
Não	11	45,8	17	70,8	14	70,0
08- Tem dificuldades de pensar com clareza?						
Sim	14	58,3	09	37,5	04	20,0
Não	10	41,7	15	62,5	16	80,0
09- Tem se sentido triste ultimamente?						
Sim	15	62,5	10	41,7	03	15,0
Não	09	37,5	14	58,3	17	85,0
10- Tem chorado mais do que de costume?						
Sim	07	29,2	05	20,8	00	00
Não	17	70,8	19	79,2	20	100
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?						
Sim	13	54,2	07	29,2	02	9,5
Não	11	45,8	17	70,8	18	90,5
12- Tem dificuldades para tomar decisões?						
Sim	10	41,7	08	33,3	06	28,6
Não	14	58,3	16	66,7	14	71,4
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)						
Sim	19	79,2	07	29,2	02	10,0
Não	05	20,8	17	70,8	18	90,0
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?						
Sim	03	12,5	02	8,4	00	00
Não	21	87,5	22	91,6	20	100
15- Perdeu o interesse pelas coisas?						
Sim	14	58,3	08	33,3	02	10,0
Não	10	41,7	16	66,7	18	90,0
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?						
Sim	03	12,5	03	12,5	00	00
Não	21	87,5	21	87,5	20	100
17- Tem tido ideia de acabar com a própria vida?						
Sim	01	4,2	00	0,0	00	00
Não	23	95,8	24	100	20	100
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?						
Sim	15	62,5	10	41,7	01	5,0
Não	09	37,5	14	58,3	19	95,0

19- Você se cansa com facilidade?						
Sim	17	70,8	12	50,0	06	30,0
Não	07	29,2	12	50,0	14	70,0
20- Tem sensações desagradáveis no estômago						
Sim	17	70,8	10	41,7	07	35,0
Não	07	29,2	14	58,3	13	65,0
Total de respostas SIM	244	50,8	153	31,8	55	13,7

Classificação de Variáveis por Grupos de Sintomas:	Variáveis:
Grupo humor depressivo/ansioso:	04, 06, 09 e 10
Grupo de pensamentos depressivos	14, 15, 16 e 17
Grupo dos sintomas somático:	01, 02, 03, 05, 07 e 19
Grupo do decréscimo de energia vital	08, 11, 12, 13, 18, e 20

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se também um decréscimo nas respostas positivas entre os 20 questionamentos, com perguntas em grupos de sintomas zerados, sem nenhuma resposta, e o máximo com 8 afirmações, como no caso da questão “sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)”, pertencente ao grupo humor depressivo/ansioso, resultado obtidos por meio da aplicação das PICS segundo relato dos ACS.

A seguir, estão apresentadas na Tabela 2 as respostas dos ACS que possuíam sofrimento mental e as questões correspondente às variáveis do questionário SRQ-20 em ordem decrescente de afirmação. Nota-se que a maior frequência quantitativa foram 17 (85%) respostas afirmativas e a menor foram 7 (35%) afirmações.

Tabela 2 - Análise Individual das Respostas Afirmativas dos Agentes Comunitários de Saúde ao *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024. (N=24).

Participantes	Questões Afirmativas (n=20)	N	%
ACS I	1,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,14,15,16,18,19,20	17	85
ACS II	3,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,18,19,20	16	80
ACS III	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,15,18,19,20	15	75
ACS IV	1,2,3,4,5,6,10,11,13,15,16,18,19,20	14	70
ACS V	1,2,3,5,6,7,8,9,12,13,15,16,20	13	65
ACS VI	2,5,6,7,8,9,11,12,15,18,19,20	12	60
ACS VII	1,4,5,6,8,9,12,13,18,19,20	11	55
ACS VIII	1,2,3,4,6,7,9,13,18,19,20	11	55
ACS IX	1,3,5,6,7,8,13,15,18,19,20	11	55
ACS X	4,5,6,8,9,10,12,18,19,20	10	50

ACS XI	1,4,6,7,11,12,13,18,19,20	10	50
ACS XII	1,6,7,8,9,13,15,18,19,20	10	50
ACS XIII	1,3,4,6,9,11,15,18,19,20	10	50
ACS XIV	3,6,9,11,12,13,15,17,19	9	45
ACS XV	3,4,5,6,7,8,10,13,18	9	45
ACS XVI	3,6,7,8,11,14,19,20	8	40
ACS XVII	2,3,6,7,13,18,19,20	8	40
ACS XVIII	3,6,8,12,13,15,19,20	8	40
ACS XIX	3,6,9,10,11,13,15,19	8	40
ACS XX	4,6,8,9,11,13,15	7	35
ACS XXI	1,2,4,6,11,13,15	7	35
ACS XXII	1,2,3,5,6,8,13	7	35
ACS XXIII	1,2,3,6,9,13,18	7	35
ACS XXIV	1,6,7,9,11,13,20	7	35

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 3, foi descrita a média da redução nas respostas afirmativas dos ACS ao SRQ-20 nas três etapas (pré, durante e pós). Nota-se que, ao longo da execução, as respostas diminuíram. Pode-se aferir que, ao finalizar a prática, apenas um ACS que completou a intervenção até o 6º dia respondeu com um número igual ou superior a 7 questões positivas, reduzindo assim o sofrimento mental em quase toda a amostra.

Todavia, quando comparada a média na redução das respostas entre os dois grupos, observa-se que o grupo experimental (indicado pela cor verde escuro) que utilizava o OE de lavanda obteve uma eficácia menor (62%) comparado ao grupo controle (indicado pela cor verde claro). Isso pode ser justificado por alguns fatores, como nem todos ACS terem realizado todas as sessões, bem como não ter inalado corretamente o OE por conta da amplitude do ambiente e a alta volatilidade do OE, diminuindo a intensidade do aroma, entre outros.

Entretanto, independentemente do óleo utilizado, a prática proporcionou efeitos benéficos, pois o número de respostas positivas diminuíram gradativamente. Alguns ACS tiveram 100% (3) de eficácia, reduzindo totalmente as respostas, enquanto outros tiveram um mínimo de redução, pois completaram apenas até o 6º dia de execução.

Tabela 3 - Redução média nas respostas afirmativas dos ACS ao SRQ-20 nas três etapas (pré, durante e pós). João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024. (N=24).

Participantes	Pré		Durante		Pós		Redução
	N	%	N	%	N	%	%
ACS I	17	85	16	80	06	30	65%
ACS II	16	80	03	15	01	05	94%
ACS III	15	75	15	75	05	25	67%

ACS IV	14	70	12	60	02	10	86%
ACS V	12	65	06	30	-	-	50%
ACS VI	12	60	12	60	05	25	58%
ACS VII	11	55	06	30	04	20	64%
ACS VIII	11	55	09	45	06	30	45%
ACS IX	11	55	06	30	03	15	73%
ACS X	10	50	05	25	01	05	90%
ACS XI	10	50	07	35	04	20	60%
ACS XII	10	50	07	35	05	25	50%
ACS XIII	10	50	09	45	-	-	10%
ACS XIV	09	45	09	45	02	10	78%
ACS XV	09	45	04	20	04	20	56%
ACS XVI	08	40	00	00	-	-	100%
ACS XVII	08	40	07	35	01	05	88%
ACS XVIII	08	40	02	10	01	05	88%
ACS XIX	08	40	07	35	-	-	13%
ACS XX	07	35	04	20	01	05	86%
ACS XXI	07	35	01	05	00	00	100%
ACS XXII	07	35	01	05	01	05	86%
ACS XXIII	07	35	03	15	01	05	86%
ACS XXIV	07	35	02	10	02	10	71%
Total (SIM):	244	50,8%	153	31,8%	55	13,0%	-
Média Geral Grupo Experimental:						Eficácia	62%
Média Geral Grupo Controle:						Eficácia	76%
Cálculo Eficácia Individual: (Pré-Pós/Pré) = média							

Fonte: Elaboração própria.

Após a análise inferencial com os 20 ACS concluintes de todas as aplicações terapêuticas, observou-se que não houve diferença estatística significativa nas respostas, uma vez que os valores de p obtidos não foram inferiores a 0,05 (nível de significância convencional), indicando ausência de diferença entre os grupos conforme os resultados indicados na Tabela 4.

Tabela 4 Análise inferencial das respostas dos ACS do Grupo Experimental (GE) e Grupo Controle (GC) no pré e pós intervenção. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024. (N=20).

Variáveis	N / %	N / %	N / %	N / %	χ^2
SQR-20	Pré		Pós		p-valor
01-	GE	GC	GE	GC	
Sim	4 / 40%	7 / 70%	0	0	pré-0.178
Não	6 / 60%	3 / 30%	10 / 100%	10 / 100%	-
02-					
Sim	3 / 30%	4 / 40%	1 / 10%	0	pré-0.639
Não	7 / 70%	6 / 60%	9 / 30%	10 / 100%	pós-0.305

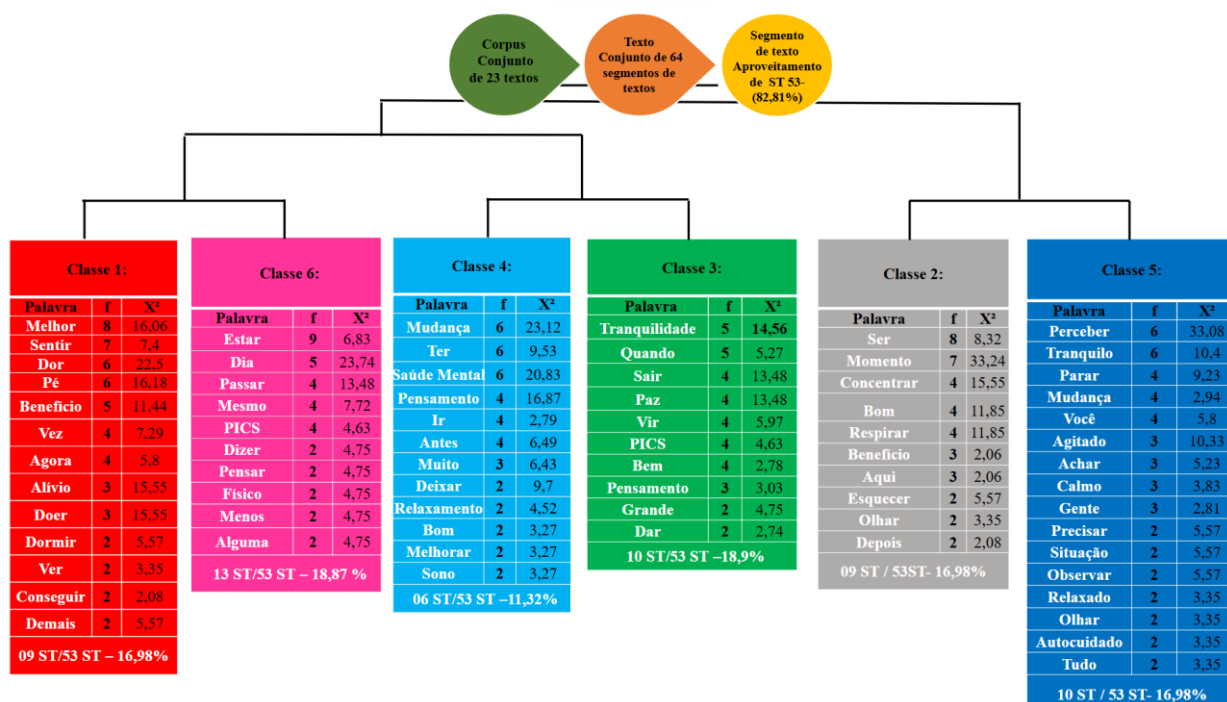
03-					
Sim	7 / 70%	6 / 60%	3 / 30%	0	pré- 0.639
Não	3 / 30%	4 / 40%	7 / 70%	10 / 100%	pós-0.060
04-					
Sim	7 / 70%	4 / 40%	2 / 20%	1 / 10%	pré- 0.178
Não	3 / 30%	6 / 60%	8 / 80%	9 / 90%	pós-0.531
05-					
Sim	7 / 70%	3 / 30%	1 / 10%	0	pré-0.074
Não	3 / 30%	7 / 70%	9 / 90%	10 / 100%	pós-0.305
06-					
Sim	10 / 100%	10 / 100%	5 / 50%	3 / 30%	-
Não	0	0	5 / 50%	7 / 70%	pós-0.361
07-					
Sim	7 / 70%	3 / 30%	5 / 50%	1 / 10%	pré-0.074
Não	3 / 30%	7 / 70%	5 / 50%	9 / 90%	pós-0.051
08-					
Sim	6 / 60%	5 / 50%	3 / 30%	1 / 10%	pré-0.653
Não	4 / 40%	5 / 50%	7 / 70%	9 / 90%	pós-0.264
09-					
Sim	7 / 70%	5 / 50%	1 / 10%	2 / 20%	pré-0.361
Não	3 / 30%	5 / 50%	9 / 90%	8 / 80%	pós-0.531
10-					
Sim	6 / 60%	0	0	0	pré-0.003
Não	4 / 40%	10 / 100%	10 / 100%	10 / 100%	-
11-					
Sim	7 / 70%	4 / 40%	2 / 20%	0	pré-0.178
Não	3 / 30%	6 / 60%	8 / 80%	10 / 100%	pós-0.136
12-					
Sim	3 / 30%	2 / 20%	3 / 30%	3 / 30%	pré-0.025
Não	7 / 70%	8 / 80%	7 / 70%	7 / 70%	pós-1.000
13-					
Sim	3 / 30%	9 / 90%	0	2 / 20%	pré-0.264
Não	7 / 70%	1 / 10%	10 / 100%	8 / 80%	pós-0.136
14-					
Sim	2 / 20%	0	0	0	pré-0.136
Não	8 / 80%	10 / 100%	10 / 100%	10 / 100%	-
15-					
Sim	6 / 60%	5 / 50%	2 / 20%	0	pré-0.653
Não	4 / 40%	5 / 50%	8 / 80%	10 / 100%	pós-0.136
16-					
Sim	3 / 30%	0	0	0	pré-0.060
Não	7 / 70%	10 / 100%	10 / 100%	10 / 100%	-
17-					
Sim	1 / 10%	0	0	0	pré-0.305
Não	9 / 90%	10 / 100%	10 / 100%	10 / 100%	-
18-					
Sim	9 / 90%	5 / 50%	1 / 10%	0	pré-0.051

Não	1 / 10%	5 / 50%	9 / 90%	10 / 100%	pós-0.305
19-					
Sim	9 / 90%	5 / 50%	3 / 30%	3 / 30%	pré-0.051
Não	1 / 10%	5 / 50%	7 / 70%	7 / 70%	pós-1.000
20-					
Sim	8 / 80%	6 / 60%	5 / 50%	2 / 20%	pré-0.329
Não	2 / 20%	4 / 40%	5 / 50%	8 / 80%	pós-0.160

Fonte: Elaboração própria.

Para facilitar a compreensão dos resultados qualitativos, foi elaborado um dendrograma a partir do *phylograma* gerado pelo IRAMUTEQ. O *corpus* utilizado resulta da apresentação dos questionamentos indutores do processo, que constituem o objeto de análise, e foi composto por 23 conjuntos de textos, divididos em 64 segmentos, dos quais 53 foram aproveitados na análise. Para a apresentação das classes e da lista de palavras, foram analisadas as frequências (*f*) e as ocorrências geradas pelo teste qui-quadrado (χ^2), conforme ilustrado na Figura 3.

Figura 3 - Dendrograma do tipo Phylograma referente à distribuição das palavras segundo a Classificação Hierárquica Descendente. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora com dados obtidos a partir da análise CHD com o uso do IRAMUTEQ.

O *corpus* analisado gerou 6 classes de palavras que possuíam padrões semelhantes em diferentes partes do texto. Essas classes foram agrupadas de forma hierárquica e descendente, com base em contextos compartilhados de significado.

Para cada classe identificada na análise, foi criada uma categoria específica para ser discutida, utilizando-se o método de Bardin, que se baseia em uma análise de conteúdo sistemática. Esse método permitiu a organização dos dados em três categorias temáticas, facilitando a interpretação e a compreensão dos significados presentes nos textos analisados.

DISCUSSÃO

Para a definição das categorias temáticas, foram analisadas as palavras que se destacaram nas 6 classes geradas pelo IRAMUTEQ. Contudo, foi necessário interpretar os discursos dos ACS juntamente com as palavras de maior frequência, o que resultou em 3 categorias temáticas.

No que diz respeito às classes 1, 4 e 5 foram formadas pelas palavras (*Melhor, Sentir, Dor, Pé, Benefício, Vez, Agora, Alívio, Doer, Mudança, Ter, Saúde Mental, Pensamento, Perceber, Tranquilo, Parar, Mudança, Você, Agitado*) que subsidiaram a criação da categoria da **Categoria 1**: Somatização das dificuldades oriundas do ambiente de trabalho na saúde mental. Os discursos incluídos na categoria foram:

“quando eu saio, parece que volta tudo de novo, porque é coisa demais no meu juízo.”
ACS_II

“eu não sou muito de parar, eu quero resolver logo as coisas.” ACS_V

“as dores de cabeça que eu tinha frequentemente também, eu tinha muita enxaqueca”
ACS_VI

“não estou mais com pensamentos negativos...porque eu estava me deixando muito de lado...eu estava muito desmotivada” ACS_VII

“eu sou muito acelerada.” ACS_XXI

“porque às vezes eu chegava aqui bem cansada, agitada.” ACS_XIV

“porque antes eu vinha com muita coisa no pensamento.” ACS_XV

“consegui enfrentar algumas situações de estresse aqui no trabalho, inclusive teve um dia que o nível de estresse foi altíssimo.” ACS_XVI

“chegava aqui com minha pressão arterial muito alta.” ACS_XX

A exposição a diferentes questões presentes na rotina dos ACS impacta de forma significativa na saúde mental, provocando instabilidade emocional e psicológica. Esses profissionais enfrentam desafios em diversos níveis, incluindo a desvalorização de seu trabalho

pela comunidade e por alguns membros da equipe de níveis superiores. Isso está relacionado às transformações que ocorreram nos últimos anos em suas atividades diárias. Essa situação dificulta a percepção sobre a relevância de seu papel e a essencialidade de suas funções, gerando um sentimento de impotência frente à realidade observada no território (Fernandes *et al.*, 2018).

Outra questão em relação ao vínculo com a comunidade diz respeito à absorção dos problemas não resolutivos, ou o sentimento de perda e de luto, as mediações frente às doenças crônicas, degenerativas ou sem prognósticos positivos. Então, esse sentimento de incapacidade diante dessas nuances podem causar sofrimento mental devido à somatização desses problemas (Moura; Leite; Greco, 2020).

Os sentimentos intensos e fortes vivenciados pelo ACS podem levar ao aparecimento de doenças somáticas e psicossomáticas. Isso ocorre quando o indivíduo está sobrecarregado e saturado e não possui defesa mental para suportar o processo. Vale ressaltar que o sentimento de insatisfação e desânimo quando somados ao cansaço físico e fadiga mental podem comprometer a saúde e proporcionar o aparecimento de transtornos mentais comuns (Santos *et al.*, 2017).

A somatização pode ocorrer devido aos diversos fatores que envolvem o processo de trabalho, como a falta de cooperação entre a equipe multiprofissional, a falta de reconhecimento pela gestão e comunidade, a falta de credibilidade no cuidado ofertado e desconfiança, a alta demanda assistencial, a aquisição de outras demandas que não os compete, a rigidez laboral, as limitações para resolver os problemas apresentados no território e a soma de todos esses obstáculos podem acometer a saúde mental (Fernandes *et al.*, 2018).

Em resposta a esses fatores, o organismo percebe essa ameaça como real ou imaginária/externa ou interna e desenvolve as doenças psicossomáticas. Isso leva a tensões musculares, dores e desconfortos físicos e, não menos importante, ao sofrimento mental manifestado por problemas relacionados à insônia, ansiedade, depressão, síndrome de *burnout*, mudanças de humor, pensamentos negativos, dentre outros (Oliveira; Nery, 2019).

Na sequência, foi estruturada a **Categoria 2**: Compreensão das transformações relacionadas à saúde mental conforme as técnicas utilizadas. Foram empregadas as palavras da classe 2, 3, 5 e 6 (*Ser, Momento, Concentrar, Bom, Respirar, Benefício, Esquecer, Olhar, Tranquilidade, Paz, Bem, Perceber, Parar, Mudança, Calmo, Precisar, Situação, Observar, Relaxado, Olhar, Autocuidado, Estar, Dia, Passar, Dizer, Pensar, Físico*) para construção da categoria. As alocações incluídas foram:

“é aquele momento que estou aqui se concentrando mais na música e esqueço o que tem para fazer.” ACS_V

“é uma sensação muito boa, eu fico até mais tranquila e depois o pé fica tão macio.” ACS_VI

“foi o bem-estar físico, o bem-estar para mim mesma, eu adquiri um autocuidado, estou pensando mais em mim, estou voltando a me amar.” ACS_VII

“quando a gente chega, que coloca o pé ali, a gente percebe que precisa olhar para si antes... respirar corretamente, entender meu corpo, me olhar, acho que o principal foi a respiração e me autoavaliar.” ACS_XIV

“consegui relaxar justamente fazendo o esalda-pés... posso dizer que é uma prática que pode colaborar de diversas formas, com a questão da saúde mental, ou até mesmo física, porque é reflexo, se a mental está bem, o corpo está legal, o restante está mais equilibrado.” ACS_XVI

“a gente tenta se concentrar e a essência ajuda muito e o cheiro faz com que a gente se acalme.” ACS_VII

“eu vi que a prática era de grande importância, por isso que eu fiquei vindo com mais frequência porque estava me fazendo bem.” ACS_XX

A aromaterapia é um método terapêutico holístico inserido nas PICS desde 2018, oriundo de concentrados voláteis extraídos das plantas aromáticas por meio do processo de destilação ou prensagem de partes dos vegetais, o que constitui os OE (Brasil, 2018).

Embora seja reconhecida como terapia desde a antiguidade, uma das suas primeiras menções foi datada em 1928 pelo perfumista francês René Maurice Gattefossé em seus estudos com OE para criação de perfumes. Logo, em um dos seus processos de fabricação na etapa de destilação do OE, ele sofreu uma queimadura e, em seguida, utilizou o OE de *Lavandula angustifolia* para aliviar os sintomas. Desde então, foram observadas suas propriedades no alívio da dor e na cicatrização da queimadura (Lima *et al.*, 2021).

As substâncias presentes nos OE são obtidas naturalmente por diversas partes das plantas, como folhas, flores, talos, caules, haste, pecíolo, casca, raízes, rizomas, frutos ou sementes, e/ou por meio da hidrodestilação que se constitui por uma destilação a vapor d'água e/ou destilação a pressão reduzida, além de outros métodos, como prensagem a frio ou extração do solvente para captação das concentrações e princípios ativos líquidos, lipofílicos, aromáticos e voláteis capaz de desempenhar uma função terapêutica (Bueno *et al.*, 2023).

Os OE são diluídos em inúmeras concentrações e podem ser utilizados de várias maneiras, seja por via tópica/dérmica, interna/oral ou olfatório a fim de proporcionar uma ação terapêutica e farmacológica. O uso olfatório é uns dos mais utilizados, podendo ser administrados por meio de difusores de ambientes ou por via inalatória direta com o auxílio dos

aparelhos de nebulização, nas máscaras ou mediante a aspiração diretamente das mãos em formato de concha próximo ao nariz devido sua alta volatilidade (Pessoa *et al.*, 2021).

A aplicabilidade pelo método olfatório é pela via inalatória, por meio das vias aéreas inferiores que absorve as moléculas do OE pelas fossas nasais ou por meio dos nervos olfatórios que conduzem pelos cílios olfativos até a estimulação do bulbo cerebral. Ele transforma o estímulo químico em elétrico, ocasionando impulsos nervosos que atingem o sistema nervoso central e, posteriormente, o sistema límbico responsável, por codificar a mensagem indutora convertendo-a em memórias, reações e comportamentos motivados (Dechechi; Baretta, 2022).

Os OE puros têm o potencial de prevenir e tratar distúrbios, promovendo saúde e bem-estar ao atuar sobre aspectos físicos (corpo), psicológicos (mente) e energéticos (emoções) (Rodrigues *et al.*, 2023). Assim, a utilização de OE pode ser combinada com outras terapias complementares, sendo uma importante ferramenta terapêutica com atuação em diversos sistemas orgânicos, promovendo saúde e bem-estar (Oliveira *et al.*, 2019)

Outrossim, outras terapias inseridas nas PICS são úteis para amenizar sintomas psicológicos e mentais, como a musicoterapia, que foi incluída desde 2017 na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, utilizando-se a música e seus elementos como método terapêutico. Entretanto, esse recurso terapêutico já era utilizado desde os primórdios da enfermagem, especificamente em 1859 por Florence Nightingale para atenuar sintomas negativos decorrentes dos problemas mentais (Brasil, 2017; Silva; Felix; Freitas, 2021).

A musicoterapia consiste na utilização da música e seus elementos de composição: o som, o ritmo, a melodia e a harmonia, podendo ser ofertada em grupo ou individualmente, podendo facilitar e proporcionar uma relação, um meio de comunicação, um processo de aprendizagem, de expressão, dentre outros (Nogueira; Silva; Pachú, 2023).

Desse modo, a música pode ser um elemento benéfico ao ser humano, estabelecendo objetivos terapêuticos importantes, atuando nas necessidades físicas, comportamentais, sociais, cognitivas, emocionais e mentais. Em razão disso, torna-se um grande potencial assistencial, atenuando os sintomas negativos ao indivíduo e promovendo saúde (Moriá; Sampaio, 2021).

Outra técnica que se destaca é o escalda-pés, uma prática natural proveniente da MTC, que pode ser utilizada em conjunto com as PICS para ampliação de seus efeitos. Essa técnica consiste em imergir os pés em água morna, com a finalidade de restaurar o equilíbrio energético do corpo através dos meridianos. Isso ocorre porque a planta dos pés funciona como um microsistema, refletindo o corpo humano e permitindo que estímulos nessa área ajudem a

regular o fluxo de energia, podendo ser utilizada juntamente com os OE e a música com fins terapêuticos (Aguir *et al.*, 2020).

De acordo com a MTC, os meridianos são as vias de energia que conectam a superfície do corpo aos órgãos internos, permitindo o fluxo da energia vital, ou Qi. Nos pés dos seres humanos, os meridianos representam vias de energias, que têm ligação com diferentes partes e órgãos do corpo humano, formando um microssistema reflexo. Dessa forma, quando esses pontos são ativados, seja por mudanças de temperatura, como o calor, ou por pressão aplicada, pode ocorrer um reflexo que influenciará no equilíbrio energético do corpo. Assim, os pés não apenas abrigam pontos de grande importância para a estimulação dos meridianos, mas também são essenciais para a circulação da energia vital (Pinho-Ribeiro, 2023).

Tendo em vista essas questões, muitos não estabelecem cuidados simples e básicos por meio dos pés para ajudar na recomposição das energias vitais, bem-estar e relaxamento, visto que os pés são a base de sustentação do corpo e, por meio deles, pode-se promover saúde em todos os sistemas do organismo (Costa *et al.*, 2018).

Logo, a prática do escalda-pés envolve imergir os pés em água morna com sais aromáticos, OE, dentre outros. A água deve ser aquecida e colocada em um recipiente, preferencialmente de madeira. Os ingredientes terapêuticos são adicionados conforme o objetivo desejado e a temperatura da água deve ser controlada, não ultrapassando 25°C para evitar queimaduras. Os pés devem ser imersos lentamente, começando pelos calcanhares, e a prática deve durar em torno 10 minutos ou mais. Se a água esfriar, pode-se adicionar mais água aquecida. Bolinhas de gude podem ser usadas para estimular as áreas nos pés que correspondem a todos os órgãos do corpo durante a prática (Aguir *et al.*, 2020; Prata *et al.*, 2022).

Pesquisas indicam que os ACS estão cada vez mais aderindo a novas técnicas de cuidado em saúde. Em estudo realizado em Montes Claros, Minas Gerais, com 231 ACS, foi constatado que 40,7% já haviam utilizado terapias complementares, com predominância para o uso de plantas medicinais (Lima *et al.*, 2018).

De acordo com as classes 1, 3, 4 e 5 as palavras de maior ocorrência (*Tranquilidade, Paz, Bem, Pensamento, Saúde Mental, Pensamento, Relaxamento, Bom Melhorar, Sono, Perceber, Mudança, Você, Achar, Calmo, Precisar, Observar, Relaxado, Olhar, Autocuidado, Melhor, Sentir, Dor, Pé, Benefício, Vez, Agora, Alívio, Dormir*) deram origem à construção da **Categoria 3:** Promoção da saúde mental por meio da aplicação das práticas integrativas e complementares. Evidenciada nas seguintes falas:

“antes eu estava com muita vontade de chorar direto, depois das realizações da prática passou mais, antes me sentia mais nervosa, agora me sinto menos... porque eu sou muito ansiosa, mas observei que fiquei mais tranquila, com mais paciência.” ACS_II

“observei um equilíbrio energético...traz um olhar voltado para você, de autocuidado, e quando você começa a fazer você percebe que precisa daquele tempo para se sentir mais tranquilo, mais relaxado.” ACS_IV

“relaxa muito nossa mente, nosso corpo, melhora nossa circulação... até no adormecer, eu me sinto tão bem quando eu faço, que realmente eu durmo muito relaxada.” ACS_VIII

“as dores dos meus pés que passaram mais e o relaxamento que a prática proporcionada.” ACS_IX

“eu sinto paz, sinto uma harmonia muito grande, meus pensamentos fluem melhor... minha respiração, foi a melhor coisa que eu tive nesse momento.” ACS_XI

“elevou a minha concentração.” ACS_XII

“menos estresse, melhora do sono, o cuidado com o meu pé, o momento aqui é muito bom.” ACS_XVII

“a minha pressão arterial que diminuiu, a paz, a tranquilidade, melhorou também meu sono, porque quase que eu entrava nos medicamentos de tarja preta, mas não entrei porque essa prática me ajudou muito.” ACS_XX

A lavanda é popularmente conhecida como alfazema, pertencente à família botânica das Lamiáceas, caracterizada de plantas com flores, sendo amplamente utilizada no departamento cosmético, na produção de aromas florais e adocicados e na área medicinal. O termo científico “*Lavandula*” vem do latim “*lavare*” e significa lavar, pois antigamente os gregos-romanos utilizavam essa planta para purificar o banho e para realizar antissepsia de algumas feridas. Além disso, alguns acreditavam que lavar a cabeça aliviava os transtornos mentais e as cefaleias (Diniz *et al.*, 2022).

A *Lavandula angustifolia* pode ser utilizada no combate em diversos problemas de cunho mental, como o estresse, por conta dos seus efeitos sedativos, calmantes e relaxantes, atuando no sistema nervoso central, que propiciará um equilíbrio mental. A maioria dos problemas apresentados pelos ACS desta pesquisa é proveniente de fatores estressores e, além disso, auxilia indiretamente amenizando questões relacionados à sobrecarga mental, à ansiedade e à depressão (Araújo *et al.*, 2021).

O OE de lavanda também pode ser utilizado para a melhoria na qualidade do sono, podendo ser diluído e utilizado diretamente na pele ou pela via inalatória. Ele também pode ser colocado em bolas de algodão e deixado debaixo do travesseiro, para proporcionar relaxamento e um ciclo de sono efetivo (Pessoa *et al.*, 2021). Portanto, a aromaterapia promove uma melhor qualidade de vida e bem-estar, podendo ser uma ferramenta importante para amenizar a insônia e alterações do sono (Silva *et al.*, 2024).

Por mais que os OE seja uma terapia natural, a sua utilização deve ser respeitada e com cautela, sem negligências nas doses terapêuticas, mesmo sabendo que a aromaterapia é uma técnica não invasiva com o mínimo ou nenhum efeito colateral, desde que o indivíduo não possua alergia ou desconforto olfativo aos componentes do óleo (Rodrigues *et al.*, 2023).

A musicoterapia, quando ofertada ao indivíduo, ativa o sistema nervoso central autônomo e promove a criatividade, mudança no estado de humor, propiciando o divertimento e descontração, ativa o tato e audição, suscita a respiração, os reflexos e a circulação. Além disso, auxilia na melhoria dos aspectos físicos e emocionais, estimulando o relaxamento e assim diminuindo a carga de estresse, oferecendo conforto e qualidade de vida (Nóbrega; Silva; Pachú, 2023).

A música com a finalidade terapêutica promove a liberação de endorfinas e diminui os níveis de catecolaminas, proporcionando um alívio considerado nas dores crônicas, que muitas vezes são influenciadas por fatores físicos, emocionais e ambientais, além de uma qualidade de sono comprometida. Todavia, o ritmo e os elementos musicais podem auxiliar na diminuição da sensação dolorosa, causando efeitos psicológicos, elevando a energia dos indivíduos e atuando diretamente na percepção da dor (Lin *et al.*, 2021).

Um estudo de Silva *et al.* (2019), realizado na Universidade Estadual Vale do Acaraú, em Sobral-Ceará, realizou uma atividade que utilizava a música e seus elementos. A letra musical tinha relação direta com a vivência da amostra e então proporcionou reflexão, sentimentos positivos e relaxamento. Por meio da sonoridade da terapia musical, houve uma contribuição na saúde mental, atenuando a ansiedade e o estresse, melhorando a qualidade do sono, diminuindo a agressividade e facilitando o vínculo e a interação social, sendo observado sintomas de calmaria e leveza, além do alívio das tensões.

Outros estudos comprovam a eficácia da musicoterapia na saúde mental em nível internacional, o estudo de Obga *et al.* (2019), realizado no sudeste da Nigéria, demonstrou que a musicoterapia promoveu o relaxamento e conduziu a um melhor gerenciamento do estresse, diminuindo então outros fatores que o estresse pode ocasionar, como somatização de problemas e desenvolvimento de dores, redução da ansiedade, agressividade e melhora no estado de humor. Reafirmando que a musicoterapia tem efeitos benéficos no indivíduo, podendo ser utilizada juntamente com outras terapias sendo uma importante ferramenta terapêutica com atuação em diversos sistemas, promovendo saúde e bem-estar.

Além disso, outra técnica que pode ser utilizada é o escalda-pés, um método acessível, holístico, fácil e prático de realização, que minimiza desgastes físicos e emocionais que

interligam a ciência a outras práticas em saúde. Por meio do aquecimento dos membros inferiores, há um equilíbrio energético e circulatório capaz de amenizar dores físicas, reduzir edemas e aliviar tensões físicas e emocionais, sendo benéfica para aqueles que enfrentam esgotamento mental, estresse e fadiga, inquietação e distúrbios do sono (Aguir *et al.*, 2020).

Segundo a MTC, o escalda-pés é uma terapia de calor que remonta a tempos antigos da cultura chinesa e contribui para a redistribuição da energia Yang, que flui da parte superior do corpo (cabeça) em direção à parte inferior (pés), em que se encontra a energia Yin. Vale ressaltar que a maior parte da população possui uma deficiência energética. Como consequência disso, ela apresenta alguns sinais: mãos e pés frios, falta de motivação, exaustão mental, desconcentração, sono ruim, alimentação e respiração inadequada (Pinho-Ribeiro, 2023).

Esse método terapêutico pode ser realizado por toda a população em geral e promove bem-estar, relaxamento, diminuição do estresse, do cansaço, da depressão, dos problemas respiratórios, redução da insônia, da irritabilidade, das preocupações e da impaciência. Atenua cefaleias, tensões musculares, edemas, desconfortos e dores nos membros inferiores, resultando em melhoria na saúde e reflexão acerca do autocuidado (Prata *et al.*, 2022).

Além disso, essa técnica auxilia na qualidade do sono, tendo em vista que, durante o adormecimento, o corpo realiza a eliminação de toxinas acumuladas durante o dia, fazendo a limpeza, organizando a memória e otimizando as funções cerebrais e imunológicas, sendo crucial na prevenção de várias doenças (Auteroche; Navailh, 1996).

Nesse sentido, o escalda-pés pode ser utilizado sinergicamente com outras terapias complementares, pois os efeitos proporcionados pela união das técnicas são maximizados, fortalecendo a autonomia do cuidado em saúde da sociedade contemporânea, favorecendo um equilíbrio na saúde mental (Aguir *et al.*, 2020).

Não obstante, é preciso atentar para a relação do privilégio de classe dentro das equipes. Embora todos os profissionais possuam atribuições específicas e coletivas, o privilégio de classe se sobressai quando a questão é de quem tem mais poder dentro da equipe (Mattar e Silva *et al.*, 2020). A título de exemplo, quando foi necessário reservar sala para aplicar as terapias complementares relacionadas ao estudo em tela, a pesquisadora responsável foi reiteradamente inquirida, sobretudo por médicos das equipes, quanto à utilização de uma sala temporariamente desocupada.

A questão circulou em torno do grau de importância entre a consulta médica ou realização das práticas terapêuticas. Muitas vezes, durante a aplicação das técnicas, que durava em torno de 1h, a pesquisadora responsável foi interrompida por médicos, perguntando se ia

demorar, porque precisavam utilizar a sala para múltiplos atendimentos, além de outras que já estavam em uso.

As terapias complementares ainda são marginais nas unidades de saúde, embora cada vez mais profissionais estejam aderindo a elas como estratégias de cuidado que evocam a autonomia dos sujeitos, a autorresponsabilidade e o cuidado integral. No entanto, o modelo hegemônico de cuidado ainda prevalece nas equipes de saúde da USF, deixando em segundo plano essas terapias que ampliam o cuidado.

CONCLUSÃO

Apesar do nível primário ser um espaço de cuidado, de atenção à qualidade de vida e à saúde, o processo de trabalho dos ACS pode ser potencializador dos problemas físicos e mentais. Todavia, destaca-se que ele não pode ser considerado exclusivamente responsável pela situação dos ACS. Histórias de vida e vivências pessoais e familiares conturbadas, problemas sociais coligados à falta de oportunidades costumam compor o quadro do qual o sofrimento mental se alimenta e se reproduz.

Portanto, é impossível separar o físico do mental, o corpo da alma, o indivíduo do coletivo, uma vez que existem movimentos recursivos que os unem de maneira complexa. Todos esses fatores e condições entrelaçados provocam muitos sofrimentos e aumentam o adoecimento das ACS.

Diante desse cenário, urge a necessidade da adoção dessas técnicas naturais, com métodos simples, de baixo custo quando comparados a outros métodos tradicionais e não farmacológicos, caracterizando-se como uma abordagem acessível e vantajosa. Elas atuam em todos os aspectos, tanto no físico quanto no emocional, equilibrando a tríade mente, corpo e espírito, proporcionando saúde e bem-estar e, conseqüentemente, uma melhora na qualidade de vida dos ACS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em concordância com os resultados apresentados na pesquisa, nota-se que as terapias complementares são estratégias potencialmente eficazes para a promoção da saúde mental nos ACS, pois os efeitos alcançados foram positivos na saúde mental desses profissionais de acordo com a redução satisfatória no número inicial das respostas ao SRQ-20.

Como limitação do estudo, encontra-se a redução da amostra inicial, restando apenas 20 ACS concluintes de toda proposta terapêutica. Outra limitação foi a dispersão do aroma no ambiente, pois, como o óleo estava no sal marinho que foi colocado na água morna do esalda-pés, a intensidade do cheiro diminuiu e dispersou facilmente no ambiente devido à volatilidade. Outra possibilidade seria colocar em difusores ou, melhor ainda, em máscaras descartáveis, que ficariam mais próximas às narinas.

Pode ser adicionado também o fato de os ACS estarem inseridos no ambiente de trabalho para realização das terapias, em que questões hierárquicas talvez não possibilitassem uma entrega totalitária e confortável. Caso o estudo se desse em outro ambiente, mais propício e adequado para tal fim, os benefícios alcançados talvez fossem maiores.

Entretanto, os benefícios alcançados nesta amostra participativa proporcionaram uma grande variedade de contribuições para os ACS. Isso porque as terapias complementares são uma opção terapêutica de baixo custo, de fácil acesso e que pode ser aplicada em qualquer nível de assistência, desfigurando-os apenas do contexto biomédico fragmentado, permitindo um olhar e um cuidado mais humanizado e holístico, contribuindo integralmente para uma saúde física, mental, espiritual e energética.

Além disso, outra contribuição pertinente foi o contato e experiência da técnica do esalda-pés, juntamente com a aromaterapia e a musicoterapia, para esses ACS, tornando-os elementos participativos no cuidado. No futuro, eles podem usar desse conhecimento prático para aplicar em seus clientes nos serviços de atenção à saúde em que atuam, contribuindo para melhoria da saúde em geral e uma maior qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J.; KANAN, L. A.; MASIERO, A. V. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 1205-1218, out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912318>. Acesso em: 19 jan. 2023.
- AGUIR, F. S. *et al.* Escalda-pés e os benefícios à saúde no processo de cuidado de enfermagem. **Salão do Conhecimento**, [S. l.], v. 6, n. 6, 2020. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/18363>. Acesso em: 20 maio. 2023.
- ALCÂNTARA, V. P.; VIEIRA, C. A. L.; ALVES, S. V. Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 351-361, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.22562019>. Acesso em: 8 out. 2024.
- ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 14, p.1-13, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395>. Acesso em: 22 jan. 2023.
- ALTUNIAN, R. de C. S. G. *et al.* Práticas integrativas e complementares e a inserção de novos conhecimentos no Sistema Único de Saúde: uma análise exploratória. **Temas em Saúde**, v. 20, n. 2, p. 198-215, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/213319.20.2-11>. Acesso em: 20 maio 2023.
- ALVES, M. A., ed. **Cognição, emoções e ação** [online]. São Paulo: Cultura Acadêmica; UNICAMP; Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 2019. 368 p. CLE collection, vol. 84. E-book. ISBN: 978-85-7249-019-1. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/2019.978-85-7249-019-1>.
- ANDRADE, C. C. B. *et al.* Agentes comunitários de saúde: perfil sociodemográfico, condições laborais e hábitos de vida. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 6, p. 1648, 2 jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a231047p1648-1656-2018>. Acesso em: 10 fev. 2023.
- ARAÚJO, E. F. dos S. *et al.* Os agentes comunitários de saúde nas práticas educativas: potencialidades e fragilidades. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 26, out. 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/18425>. Acesso em: 20 mai. 2023.
- ARAÚJO, P. R. dos S. *et al.* A aromaterapia na redução do estresse ocupacional e no cuidado da Síndrome de Burnout: Uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e24810817366, 11 jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17366>. Acesso em: 20 nov. 2024.
- ARAVENA, P. C.; ALMONACID, C.; MANCILLA, M. I. Effect of music at 432 Hz and 440 Hz on dental anxiety and salivary cortisol levels in patients undergoing tooth extraction: a

randomized clinical trial. **Journal of Applied Oral Science**, v. 28, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-7757-2019-0601>. Acesso em: 5 out. 2024.

AUTEROCHE B, NAVAILH P. **Medicina Chinesa: Diagnóstico Diferencial**. São Paulo: Andrei; 1996.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, A. da L. *et al.* O uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde PICS para transtornos mentais / The use of Integrative and Complementary Practices in PICS Health for mental disorders. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 78636-78646, 10 ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-199>. Acesso em: 30 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Norma operacional nº 001/2013**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/cns%20%20norma%20operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf. Acesso em: 20 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jul. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 jun. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 abr. 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.304, de 12 de dezembro de 2023. Institui o Programa Mais Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias no triênio 2024-2026. **Diário Oficial da União**, 239 ed., Seção 1, Brasília, DF, 18 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.162, de 20 de fevereiro de 2024. Estabelece o valor do incentivo financeiro federal de custeio mensal referente aos Agentes Comunitários de Saúde para o ano de 2024. **Diário Oficial da União**, 35 ed., Seção 1, Brasília, DF, 21 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº18, de 7 de janeiro de 2019. Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**, 7 ed., Seção 1, Brasília, DF, 21 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes.. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Revogada pela Portaria GM/ MS no 2.488, de 21.10.2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação no 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, mar. 2018b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 25 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, mar. 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 25 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, 21 set. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, mai. 2006c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 25 mar. 2023.

BORGES, F. E. de S. *et al.* Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 33, 13 jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.835>. Acesso em: 21 nov. 2024.

BUENO, G. N. *et al.* Extração e caracterização de óleos essenciais do cravo-da-índia (*Eugenia caryophyllus*). *Journal of Exact Sciences – JES*, v. 37, n. 1, 2023. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20230505_191254.pdf. Acesso em: 19 de mar. 2024.

COSTA, I. S. da S. *et al.* Processo de trabalho de Agentes Comunitários e saúde mental: percepções de trabalhadores da saúde de um município do interior do Ceará. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e4711225520, 18 jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25520>. Acesso em: 18 jan 2023.

COSTA, E. NASCIMENTO, L. C. A prevalência de transtornos mentais nos trabalhadores da APS no município de Curitiba/PR. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 1, p. 80-92, 16 jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2n1p80>. Acesso em: 30 jan. 2023.

COSTA, K. L. *et al.* RelaxadaMENTE: “respira, inspira e não pira” - implantação das técnicas de relaxamento na Atenção Básica. **R. Interd.**, v. 11, n. 3, p.136-144, set. 2018. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1375>. Acesso em: 28 mar. 2023.

DAL PRÁ DA SILVA, E. E. *et al.* Suporte em saúde mental as agentes comunitárias de saúde: o espaço protegido dos grupos interativos. VÍNCULO – **Revista do NESME**, v. 17, n. 2, p. 20-45, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v17n2p20-45>. Acesso em: 8 out. 2024.

DANTAS, M. de A. *et al.* O chão(-universo) da Educação Popular em Saúde: saberes e práticas que rompem com o estabelecido. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-7331202434061pt>. Acesso em: 20 nov. 2024.

DECHECHI, T. K.; BARETTA, I. P. Benefícios da utilização da sálvia na aromaterapia e seu uso contra a ansiedade: uma revisão. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 26, n. 3, 27 set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v26i3.2022.8321>. Acesso em: 21 nov. 2024.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The Sage handbook of qualitative research**. 5 ed. Thousand Oaks: Sage, 2018.

DE SOUSA, I. M. C.; DE AQUINO, C. M. F.; BEZERRA, A. F. B. Custo-efetividade em práticas integrativas e complementares: diferentes paradigmas. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care**, v. 8, n. 2, p. 343-350, 25 ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v8i2.557>. Acesso em: 17 jan. 2023.

DINIZ, M. C. de S. *et al.* Análise química e botânica da amostra de Alfazema comercializada no mercado do Ver o Peso. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, p. e54911831260, 29 jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31260>. Acesso em: 13 nov. 2024.

DUTRA, H. S; REIS, V. N. dos. Desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais: definições e desafios na pesquisa em enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. 6, p. 2230-41, 2016. Disponível em: 10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201639. Acesso em: 30 jan. 2023.

FALEIROS, F. *et al.* Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n.4, 2016.

FERNANDES, G. A. B. *et al.* Demandas psicológicas, controle e apoio social no trabalho de agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 4, 11 dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v23i4.55918>. Acesso em: 18 maio 2023.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 17 maio 2023.

GOECKS, D. R.; MORSCH, L. M.; SILVA, C. M. Formação de estudantes da área da saúde em práticas integrativas e complementares. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, p. 84-91, jun. 2020. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/14080>. Acesso em: 24 abr. 2023.

IBIAPINA, A. R. de S. *et al.* Efeitos da musicoterapia sobre os sintomas de ansiedade e depressão em adultos com diagnóstico de transtornos mentais: revisão sistemática. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/actaape/2022ar02212>. Acesso em: 20 fev. 2023.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

LIN, Z-W *et al.* The effect of music therapy on chronic pain, quality of life and quality of sleep in adolescents after transthoracic occlusion of ventricular septal defect. **The Heart Surgery Forum**, v. 24, n. 2, p. E305—E310, 26 mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1532/hsf.3513>. Acesso em: 18 nov. 2024.

LIMA, C. de A. *et al.* Integrative and complementary practices: use by community health agents in self-care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, suppl 6, p. 2682-2688, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0078>. Acesso em: 17 jan. 2023.

LIMA, F. C. C. *et al.* A utilização de óleos essenciais de *Lavandula angustifolia*, *Pelargonium graveolens* e *Citrus bergamia* no combate à ansiedade. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 41031-41046, 20 abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-525>. Acesso em: 20 nov. 2024.

LISBOA, I. de F. *et al.* Aromaterapia com óleo essencial de *Lavandula angustifolia* para dor em mulheres: revisão de escopo. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 6, n. 2, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20230035-pt>. Acesso em: 20 nov. 2024.

LOPES, D. M. Q. *et al.* Cargas de trabalho do agente comunitário de saúde: pesquisa e assistência na perspectiva convergente-assistencial. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003850017>. Acesso em: 21 jan. 2023.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, suppl, p. 145-176, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312005000300008>. Acesso em: 20 nov. 2024.

MARTHO, R. G.; MESSIAS, J. C. C. Sentidos do Trabalho para Brasileiros de Meia-Idade: Um Estudo Fenomenológico. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 23, n. 1, p. 138-157, mai. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2023.75305>. Acesso em: 30 set. 2024.

MATTAR E SILVA, T. W. *et al.* Configuration of power relations in physicians and nurses' professional practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, suppl 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0629>. Acesso em: 20 nov. 2024.

MORIÁ, I.; SAMPAIO, R. T. Musicoterapia em saúde mental. **Brazilian Journal of Music Therapy**, 9 dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51914/brjmt.31.2021.87>. Acesso em: 20 nov. 2024.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, spe1, p. 261-274, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s117>. Acesso em: 10 fev. 2023.

MOURA, D. C. A. de; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. Prevalência de sintomas de depressão em agentes comunitários de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00263>. Acesso em: 08 abr. 2023.

NEDEL, W. L.; SILVEIRA, F. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v.28, n.3, p.256-260, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160050>. Acesso em: 20 mai. 2023.

NOGUEIRA, A. J. da S.; SILVA, M. K. de L.; PACHÚ, C. O. The use of music therapy as a therapeutic tool in the health area. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. e9612139377, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i1.39377. Disponível em:

OGBA, F. N. *et al.* Effectiveness of music therapy with relaxation technique on stress management as measured by perceived stress scale: Retraction. **Medicine**, v. 98, n. 15, p.

e15107, abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000015107>. Acesso em: 20 nov. 2024.

OLIVEIRA, J. da S.; NERY, A. A. Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, n. 5, p. 1503, mai. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i5a238995p1503-1512-2019>. Acesso em: 20 mar. 2023.

PEREIRA, A. M. *et al.* A qualidade de vida do agente comunitário de saúde e possíveis contribuições da terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 4, p. 784-796, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1254>. Acesso em: 18 fev. 2023.

PESSOA, D. L. R. *et al.* O uso da aromaterapia na prática clínica e interprofissional. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, p. e46410313621, 22 mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13621>. Acesso em: 20 abr. 2023.

PINHO-RIBEIRO, V. Ação da Acupuntura no Tratamento da Infertilidade Feminina Primária: Uma Abordagem Energética e Fisiológica. **ACTA MSM**, v. 10, n. 1, p. 11-40, 2023. Disponível em: https://revista.souzamarques.br/index.php/ACTA_MSM/article/view/517. Acesso em: 21 nov. 2024.

PRATA, J. A. *et al.* Tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: contribuições terapêuticas. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0182>. Acesso em: 26 nov. 2024.

RICALDES, V. da S.; COSTA, K. F. da. Knowing The Mental Health Of Elderly Users Of The Ubsf Jardim Seminary, By The Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 70113-70123, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-456>. Acesso em: 30 nov. 2024.

RODRIGUES, J. P. *et al.* Aromaterapia: o uso de óleos essenciais como prática integrativa no tratamento de doenças comuns. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 3, p. 11642-11650, 5 jun. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-256>. Acesso em: 13 fev. 2024.

RODRIGUES, T.; FONSECA, R. O. Possibilidade de sobrecarga laboral do Agente Comunitário de Saúde: método do Discurso do Sujeito Coletivo. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 32, n. 02, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/ccs.v32i02.891>. Acesso em: 20 jan. 2023.

RUELA, L. de O. *et al.* Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4239-4250, nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.06132018>. Acesso em: 4 out. 2024.

SANTOS, A. C. dos.; HOPPE, A. dos S.; KRUG, S. B. F.. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. **Physis: Revista de Saúde**

Coletiva, v. 28, n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280403>. Acesso em: 18 fev. 2023.

SANTOS, A. M. V. de S. *et al.* Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 160-168, 10 jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700020031>. Acesso em: 23 jan. 2023.

SANTOS, L. da S. F. dos *et al.* As práticas integrativas e complementares em saúde na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 1, jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e11393.2023>. Acesso em: 20 mai. 2023.

SCARPELLINO, M. M. *et al.* Capacitação dos agentes comunitários de saúde para o acolhimento com classificação de risco na unidade básica de saúde / Training of community health agents for welcome with risk classification in the basic health unit. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 10, p. 94985-94992, 5 out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n10-011>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SILVA, E. R. da; FELIX, J. M.; FREITAS, M. R. I. de. O uso da musicoterapia como prática integrativa e complementar do enfermeiro no ambiente hospitalar. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 10, p. 95228-95236, 6 out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n10-031>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SILVA, E.; SOUZA, T. F. M. P. Lavender oil and its effectiveness in anxiety symptoms. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. e185111637560, 4 dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37560>. Acesso em: 13 nov. 2024.

SILVA, G. K. F. da *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300110>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SILVA, L. da S. O. S. *et al.* A música como estratégia de promoção de saúde mental entre estudantes universitários. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 3, p. 329-341, 23 mai. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n3p329-341>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SILVA, M. A. da *et al.* Saúde emocional de agentes comunitários: burnout, estresse, bem-estar e qualidade de vida. **Revista da SPAGESP**, v. 18, n. 1, p. 20-33, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702017000100003. Acesso em: 15 mar. 2023.

SILVA, T. P. da *et al.* Influência dos óleos essenciais na melhoria do sono: uma revisão científica. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 2, p. 1031-1049, 12 fev. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n2p1031-1049>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SILVEIRA, L. B. *et al.* Uso do self-reporting questionnaire (SRQ-20) para identificação de grupo clínico e predição de risco de suicídio. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v.

13, n. 4, p. 49-61, dez. 2021. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2021000400005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 nov. 2024.
<https://doi.org/10.20435/pssa.v13i4.1219>.

SOARES, C. G. de S. *et al.* Saúde Mental na Atenção Primária: um Estudo sobre a Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde/ Mental Health in Primary Care: a Study of the Performance of Community Health Workers. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 11755-11781, 28 mai. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-164>. Acesso em: 8 out. 2024.

SOUZA, M. A. R. de *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 4 out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>. Acesso em: 4 out. 2024.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T.. Uma categorização analítica para estudo e comparação de práticas clínicas em distintas racionalidades médicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, 24 mai 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280109>. Acesso em: 20 nov. 2024.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. de; NASCIMENTO, M. C. do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 42, spe1, p. 174-188, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s112>. Acesso em: 20 abr. 2023.

VIANA, J. da S. A. *et al.* A utilização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e sua relação com a saúde dos profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e121101320716, 7 out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.20716>. Acesso em: 05 fev. 2023.

VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. *et al.* Saúde mental de agentes comunitários de saúde no contexto da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 8, p. 2363-2376, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.06462023>. Acesso em: 8 out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ) / compiled by M. Beusenbergh and J. Orley**. Geneva: World Health Organization; 1994.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.; ECHEIMBERG, J. de O.; LEONE, C. Research methodology topics: Cross-sectional studies. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, p. 356-360, 28 nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.152198>. Acesso em: 26 set. 2024.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a),

Eu, _____ pesquisadora, venho por meio deste solicitar a sua participação e contribuição para o desenvolvimento de um projeto de pesquisa, intitulado: **“TERAPIAS COMPLEMENTARES COMO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE”** tendo como objetivo geral: Avaliar os efeitos das terapias complementares na promoção da saúde mental dos ACS na atenção básica de saúde e como específicos: Detectar quais os sofrimentos mentais percebidos pelos ACS inseridos nos serviços de atenção básica de João Pessoa-PB; Caracterizar o perfil sociodemográfico dos ACS da atenção básica de saúde; Verificar os efeitos da utilização do esalda-pés, combinado com a aromaterapia e a musicoterapia na promoção da saúde mental dos ACS na atenção básica de saúde; Descrever as percepções e os sentimentos dos ACS quanto ao uso das terapias na promoção da saúde mental.

Não haverá remuneração financeira para participação no projeto, mas sim a garantia de sua inclusão, caso tenha interesse, de participar de uma intervenção sobre a técnica de esalda-pés com a utilização da aromaterapia e a musicoterapia. A intervenção será presencial totalizando 12 dias de execução, também serão ofertados os *Kit's* para a realização da técnica de esalda-pés que consiste na imersão dos pés em água morna adicionados de sais e o óleo essencial (aromaterapia) e será reproduzindo a música com a finalidade terapêutica. Imediatamente antes e após a intervenção, o(a) Sr.(a) responderá a uns questionários e uma entrevista estruturada ao final do sexto dia de prática e ao final do décimo segundo dia. Este questionário e a entrevista poderá durar cerca de 10 minutos.

A divulgação da pesquisa será por meio eletrônico e aplicativos de comunicação instantânea. Será escrita uma breve mensagem de convite aos profissionais de saúde elegíveis com um link contendo o formulário de participação com os informes da pesquisa, TCLE, questionários de coleta de dados e uma última seção contendo informações de reforço para contato com as pesquisadoras para garantir a seguridade dos participantes no tocante o sigilo das informações assim como desistência em qualquer momento.

Pesquisas que envolvem seres humanos há possibilidade de riscos (imediatos ou tardios), bem como benefícios. Quanto aos riscos previsíveis e medidas estratégias adotadas para minimizá-lo:

- . Constrangimento: ausência de um interlocutor nos questionários deixará o sujeito de pesquisa menos constrangido para falar sobre o assunto, ou seja, ele se sentirá mais à vontade para pensar sobre um tema, tendo em vista que para ele possa ser delicado, de forma privativa, em seu ambiente domiciliar, em local e horário que julgar mais confortável e apropriado.
- . Teste olfativo: não adaptar-se com o cheiro do óleo essencial colocado no Kit, podendo causar desconforto olfativo, e também poderá ter alergia ao óleo que estará presente na água, caso ocorra deverá ser suspensa a utilização.

Será assegurado ainda a segurança na transferência e no armazenamento dos dados conforme as recomendações dadas pelo ofício circular 2/2021 do Conselho Nacional de Saúde, no qual sugere que uma vez concluída a coleta de dados seja feito o download do material e deletado de dispositivos e ambientes virtuais compartilhados, drives ou “nuvens”.

Quanto aos danos não previsíveis, são mínimos, inferiores aos benefícios que trarão para a contribuição do aumento do acervo para os pesquisadores e profissionais que possuem interesse sobre o tema em questão. Ademais, lhes serão explicados que todos os dados poderão

ser divulgados em veículos científicos, entretanto os participantes serão resguardados, garantindo sigilo e anonimato.

A realização da coleta de dados acontecerá nas Unidades de Saúde da Família (USFs) localizadas no Distrito Sanitário II e IV em João Pessoa-PB. O TCLE será encaminhado para assinatura via formulário do *google forms* no qual os profissionais de saúde aceitarão participar do estudo ou não, subsequentemente os participantes concordantes em participar do estudo irão receber via e-mail uma cópia do documento assinado pelas pesquisadoras, assim como cópia das suas respostas.

Solicito a sua autorização para a realização da pesquisa e após a conclusão do estudo apresentar em eventos científicos e posteriormente publicar em revistas científicas. Informo-lhe que esta pesquisa não lhe causará danos, comprometo-me em manter seu nome em sigilo caso decida participar, ressalto ainda que sua participação é voluntária e de extrema importância. Caso decida não participar ou desistir em qualquer etapa, estará em seu pleno direito. Coloco-me à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer fase da pesquisa. Diante do exposto, agradeço antecipadamente a vossa contribuição, o que tornará possível o sucesso desta pesquisa tão importante para o nosso meio científico.

Diante do exposto, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, aceito participar da pesquisa de acordo com os esclarecimentos acima. Em caso negativo, apenas feche a página do seu navegador.

() Sim, concordo em participar.

Link de acesso:

João Pessoa, _____, de _____, de 2024.

Pesquisadora responsável

Participante da Pesquisa

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ABORDAGEM NO CAMPO DAS PICS E SAÚDE MENTAL

QUESTÕES SOBRE O SOCIODEMOGRÁFICO

- Idade: _____
- Gênero: ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outro
- Qual sua raça/cor autodeclarada? ☐ Amarela ☐ Branca ☐ Parda ☐ Preta
- Qual seu grau de escolaridade? ☐ Ensino Médio ☐ Ensino Superior ☐ Pós-Graduação
- Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viúvo
- Renda: ☐ Menos de um salário mínimo ☐ Um salário mínimo ☐ Dois Salários Mínimos ☐ Três ou mais salários mínimos;
- Possui filhos? ☐ Sim ☐ Não
- Trabalha há quanto tempo como ACS?: _____
- Qual sua autopercepção de saúde? ☐ Boa ☐ Regular ☐ Ruim

QUESTÕES SOBRE CAMPO DA SAÚDE MENTAL

- Você sentiu algum sofrimento mental nos últimos 30 dias?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais da lista abaixo?

- | | |
|--|--|
| ☐ Estresse | ☐ Esgotamento Mental |
| ☐ Insônia | ☐ Ansiedade |
| ☐ Nervosismo | ☐ Medo |
| ☐ Raiva | ☐ Tédio |
| ☐ Angústia | ☐ Perda de sentido da vida e afazeres |
| ☐ Tristeza | ☐ Pensamento Suicida |
| ☐ Preocupação | ☐ Inutilidade |
| ☐ Frustração | ☐ Irritabilidade |
| ☐ Dores físicas | ☐ Outro: _____ |

APÊNDICE C – ENTREVISTA ESTRUTURADA

- Durante a realização da prática foi despertado algum sentimento (momento exato da execução)? _____
- Sentiu ou percebeu alguma mudança após a realização da prática nos aspectos mentais? Qual/Quais? _____
- Quais foram os benefícios que você conseguiu sentir ou observar durante esse tempo? _____

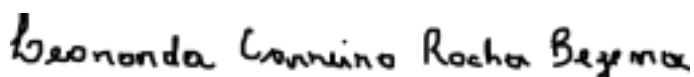
**APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA
RESPONSÁVEL**

Declaro que conheço e cumprirei as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012 e suas complementares em todas as fases da pesquisa intitulada “TERAPIAS COMPLEMENTARES COMO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE” comprometo-me submeter o protocolo à platbr, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo, e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o Relatório Final pela PLATBR, Via Notificação ao Comitê de Ética em Pesquisa CCS/UFPB até o dia 30 de novembro de 2024, como previsto no cronograma.

Em caso de alteração do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título, etc.) comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLABR, via Emenda. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida Resolução.

Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação em Revista de Saúde Coletiva, com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do estudo, como também, os resultados do estudo serão divulgados na comunidade científica como preconiza a Resolução 466/12 MS/CNS para que em posse desses dados, possam melhor assistir e orientar acerca de estratégias de cuidado, como o escalda-pés e a aromaterapia para promover saúde mental.

João Pessoa, 10 fevereiro de 2024



Leonarda Carneiro Rocha Bezerra

Pesquisadora Responsável

ANEXO A – SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ 20)

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 freqüente?	SIM ☐	NÃO ☐
9.2- Tem falta de apetite?	SIM ☐	NÃO ☐
9.3- Dorme mal?	SIM ☐	NÃO ☐
9.4 Assusta-se com facilidade?	SIM ☐	NÃO ☐
9.5- Tem tremores nas mãos?	SIM ☐	NÃO ☐
9.6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	SIM ☐	NÃO ☐
9.7- Tem má digestão?	SIM ☐	NÃO ☐
9.8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM ☐	NÃO ☐
9.9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM ☐	NÃO ☐
9.10- Tem chorado mais do que de costume?	SIM ☐	NÃO ☐
9.11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM ☐	NÃO ☐
9.12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM ☐	NÃO ☐
9.13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)	SIM ☐	NÃO ☐
9.14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM ☐	NÃO ☐
9.15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM ☐	NÃO ☐
9.16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM ☐	NÃO ☐
9.17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	SIM ☐	NÃO ☐
9.18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	SIM ☐	NÃO ☐
9.19- Você se cansa com facilidade?	SIM ☐	NÃO ☐
9.20- Tem sensações desagradáveis no estômago?	SIM ☐	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.

Use o espaço abaixo para qualquer observação pertinente a esta coleta de dados

ANEXO B – TERMOS DE ANUÊNCIA DISTRITO II E IV

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 22 de agosto de 2023

Processo Nº: 98.755 /2023

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A **Gerência de Educação na Saúde (GES)** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa “**ESCALDA-PÉS E AROMATERAPIA COMO ESTRATÉGIAS DE CUIDADO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL DOS ACS**”, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **LEONARDA CARNEIRO ROCHA BEZERRA**, sob orientação de **MARIA DO SOCORRO TRINDADE MORAIS**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) **DISTRITO SANITÁRIO II**, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Jeovana Stropp
Gerência da Educação na Saúde



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 19 de abril de 2024

Processo Nº: 98.755 /2023

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A **Gerência de Educação na Saúde (GES)** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa “**ESCALDA-PÉS E AROMATERAPIA COMO ESTRATÉGIAS DE CUIDADO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL DOS ACS**”, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **LEONARDA CARNEIRO ROCHA BEZERRA**, sob orientação de **MARIA DO SOCORRO TRINDADE MORAIS**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) **DISTRITO SANITÁRIO IV**, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Jeovana Stropp
Gerência da Educação na Saúde

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ESCALDA-PÉS E AROMATERAPIA COMO ESTRATÉGIAS DE CUIDADO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL DOS ACS

Pesquisador: Leonarda Carneiro Rocha Bezerra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77987624.3.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.726.313

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um protocolo de pesquisa egresso do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (PPGSC/CCS/UFPB).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os efeitos do escalda-pés e aromaterapia na promoção da saúde mental dos ACS na atenção básica de saúde.

Objetivo Secundário:

- Descrever as percepções e os sentimentos dos ACS quanto ao uso das técnicas na promoção da saúde mental;
- Identificar a eficácia antes e pósintervenção das técnicas na saúde mental dos ACS;
- Analisar se houve redução do sofrimento mental mediante as respostas dos ACS

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa poderá acarretar riscos mínimos previsíveis, o entrevistado (a) pode sentir-se constrangido (a), cansado (a) ou com vergonha ao responder as perguntas da entrevista

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 6.726.313

estruturada ou até mesmo alguns questionamentos pode atravessar ou acessar um acontecimento anterior favorecendo o surgimento de uma dor latente, tendo em vista que a pesquisa busca estudar o campo da saúde mental. Outro risco é em relação à prática, o participante pode não se adaptar com o cheiro do óleo essencial colocados no Kit, podendo causar desconforto olfativo, e também poderá ter alergia ao óleo que estará presente na água, caso ocorra deverá ser suspensa a utilização.

Benefícios:

Entretanto os riscos são mínimos, inferiores aos benefícios que trarão para a contribuição do aumento do acervo para estudantes, pesquisadores e profissionais que possuem interesse sobre a tema em questão, além da aplicabilidade das técnicas de forma gratuita, que pode ser um pontapé inicial para realização destas práticas com a população assistida, favorecendo o despertar para novos hábitos em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa quase experimental com abordagem mista. O ensaio clínico não randomizado será composto por um grupo experimental e outro grupo controle não-equivalente, do tipo cego, em que os sujeitos desconhecem sua posição nos grupos, e a intervenção com o óleo essencial será aplicada com a dosagem terapêutica indicada apenas no grupo experimental e o grupo controle terá a dose reduzida e em relação a avaliação (pré e pós-teste), a mesma será colhida de ambos os grupos. A abordagem mista se caracteriza como qualitativa e quantitativa dentro de um desenho de pesquisa na parte de procedimento de coleta de dados. Os dados referentes à aplicação do formulário e do questionário SRQ-20 antes e após a intervenção, serão extraídos do Google Forms e em seguida serão digitados em uma planilha eletrônica. Estas variáveis relacionadas às características sociodemográficas e questões referentes ao objetivo do estudo serão tratadas primeiramente pela análise descritiva e em seguida serão analisados por meio do software estatístico GraphPad Prism e apresentadas por meio de distribuição de frequência absoluta e percentual das variáveis categóricas. Para análise e organização das falas dos ACS aferidas por meio da entrevista estruturada será elaborado o corpus textual e importado para software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ). Em seguida serão analisados através da técnica de Análise do Conteúdo proposta por Bardin.

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 6.726.313

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados tempestivamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista o cumprimento das exigências das formalidades éticas de pesquisas com seres humanos, somos de parecer favorável à aprovação do presente protocolo de pesquisa, salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2286151.pdf	01/03/2024 21:21:17		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	01/03/2024 19:48:49	Leonarda Carneiro Rocha Bezerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	01/03/2024 19:46:18	Leonarda Carneiro Rocha Bezerra	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	28/02/2024 17:27:44	Leonarda Carneiro Rocha Bezerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/02/2024 10:23:18	Leonarda Carneiro Rocha Bezerra	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	28/02/2024 10:08:40	Leonarda Carneiro Rocha Bezerra	Aceito
Outros	ADREFEREND.pdf	28/02/2024 10:08:08	Leonarda Carneiro Rocha Bezerra	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO.pdf	10/02/2024 21:46:07	Leonarda Carneiro Rocha Bezerra	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/02/2024 21:45:05	Leonarda Carneiro Rocha Bezerra	Aceito

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 6.726.313

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 26 de Março de 2024

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br