



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO – CAMPUS XI  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INTERVENÇÃO  
EDUCATIVA E SOCIAL – MPIES**



**MÔNICA XAVIER SANTANA RODRIGUES**

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E O TRABALHO INTERVENTIVO  
COM FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS EM  
ESTRATÉGIASSAÚDE DA FAMÍLIA EM GUANAMBI - BAHIA**

**Serrinha-BA**

**2022**

**MÔNICA XAVIER SANTANA RODRIGUE**

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E O TRABALHO INTERVENTIVO  
COM FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS EM  
ESTRATÉGIASSAÚDE DA FAMÍLIA EM GUANAMBI- BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Intervenção Educativa e Social da Universidade do Estado da Bahia Campus XI, no âmbito da Linha de Pesquisa Novas Formas de Subjetivação e Organização Comunitária, como requisito para obtenção do título de Mestre em Intervenção Educativa e Social na Área de Concentração Educação, Sociedade e Intervenção.

**Orientadora:** Professora Dr<sup>a</sup>. Cláudia Regina de O. Vaz Torres.

Serrinha-BA  
2022

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E O TRABALHO INTERVENTIVO  
COM FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS EM  
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM GUANAMBI- BAHIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em  
em Intervenção Educativa e Social, Programa de Pós-Graduação em Intervenção  
Educativa e Social da Universidade do Estado da Bahia, *Campus XI*.

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cláudia Regina de O. Vaz Torres – Orientadora:

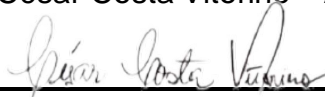


---

Doutora em Educação /Universidade Federal da Bahia

Universidade do Estado da Bahia (UNEB) Universidade Salvador (UNIFACS)

Prof. Dr. César Costa Vitorino – Avaliador interno:



---

Doutor em Letras /Universidade Pontifícia Universidade Católica do Rio G. do

Sul Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

Documento assinado digitalmente

GUSTAVO NUNES DE OLIVEIRA COSTA

Data: 25/02/2023 12:14:33-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof<sup>o</sup> Dr. Gustavo Nunes de O. Costa – Avaliador externo:

---

Pós Dr. em Saúde Pública e em Imunologia pela Universidade Federal da  
Bahia Universidade Salvador (UNIFACS)

FICHA CATALOGRÁFICA  
Sistema de Bibliotecas da UNEB  
Maria Claudete Marques Barbosa Estrelâ CRB  
5/806

R696 Rodrigues, Mônica Xavier Santana

O agente comunitário de saúde e o trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas em estratégias saúde da família em Guanambi - Bahia./ Mônica Xavier Santana Rodrigues. Serrinha, 2022.

193fls.: il.;

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Regina O. Vaz Torres.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Educação. Programa de Pós Graduação em Intervenção Educativa e Social - MPIES, Campus XI. 2022.

1. Agente comunitário de saúde 2. Programa Saúde da Família – Guanambi (Ba) - Drogas. I. Torres, Cláudia Regina O. Vaz II. Universidade do Estado da Bahia.

CDD 614

Dedico este trabalho à minha mãe Anita, meu pai Dionízio (*in memoriam*). À Ribamar (*in memoriam*). Meus irmãos Fábio e Gabriela e ao meu amado esposo Bruno e meus filhos Lívia e Davi. Amo vocês!

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela vida e pelas oportunidades concedidas ao longodo meu caminhar.

À minha mãe Anita, que mesmo sem entender a dimensão da trajetória acadêmica, esteve em constante oração por mim, minha família e a concretização do mestrado. À meu pai Dionízio (*in memoriam*), por todo ensinamento concedido durante sua jornada aqui na terra. És um exemplo para mim! À Ribamar (*in memoriam*), por todo apoio na decorrer do tempo de nossa convivência. Sua humildade é uma referência. Sou grata à meu esposo Bruno, que muito contribuiu para que eu pudesse cursar o tão sonhado mestrado. À meus filhos Lívia e Davi que tiveram a compreensão da minha ausência para dedicação ao mestrado. Aos meus Nilmário e Rosecleia, pois sei que estão sempre na torcida por mim. Minha gartidão por tudo!

Meu agradecimento especial, é para minha irmã Gabriela por compartilhar comigo o apoio mais próximo nesse cotidiano tão desafiador, com certeza sem sua ajuda não seria possível estar nesse mestrado.

Gratidão aos meus amigos por toda torcida. Mesmo os que estão longe, sinto a alegriade vocês por minha conquista.

Às ex-colegas Fernanda Carneiro e Jozélia Araújo, as quais foram fundamentais paraminha adaptação nessa nova etapa, me encorajando a vencer barreiras que foram vivenciadas nos primeiros encontros do mestrado.

Sou grata à Universidade Estadual da Bahia, Campus XI, seu corpo de gestores, professores, técnicos e colegas do Mestrado Profissional e Intervenção Educativa e Social (MPIES) e do Grupo de Pesquisa em Educação, Políticas e Desenvolvimento Social (EPODS). A todos os colegas da Turma 3, principalmente a então amiga JanieliLopes pelo compartilhamento ao longo do mestrado, e em especial a colega que se tornou amiga Josilene Andrade, por todo carinho, partilha e ajuda durante esses doisanos de pós - graduação, levarei para toda vida nossa amizade.

Gratidão a todos os Agentes Comunitários de Saúde do município de Guanambi – Bahia, colegas guerreiros! À Secretaria Municipal de Saúde de Guanambi – Bahia, aos coordenadores das unidades de saúde onde foidesenvolvido o projeto de intervenção e em especial às ACS participantes da pesquisa. Meu muito obrigada!

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torrez que de maneira muito verdadeira e carismática, direcionou-me durante a minha formação como mestranda, compartilhando seu conhecimento acadêmico e profissional para um efetivo desenvolvimento/aplicação da pesquisa/intervenção. Levarei para toda a vida a experiência vivida sob sua orientação. Minha eterna gratidão!

Por fim, à banca avaliadora, em nome dos professores Dr. César Costa Vitorino (UNEB) e o Pós – Dr. Gustavo Nunes Oliveira Costa (UNIFACS) pelas contribuições dadas, intencionando o aperfeiçoamento desta pesquisa.

“Posso todas as coisas em Cristo que me fortalece.”  
Filipenses 4:13

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Amor Exigente
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AM	Apoio Matricial
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CF	Constituição Federal
CAGE	<i>Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPE	Coordenação de Pessoal de Nível Superior
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESM	Centro de Especialidades em Saúde Mental
CID	Código Internacional de Doenças
CNS	<i>Conselho Nacional de Saúde</i>
COVID	<i>Corona Virus Disease</i>
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CRP	Psicologia
CT	Comunidades Terapêuticas
DESF	Departamento de Saúde da Família
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística ( <i>Diagnostic and Statistical Manual</i> )
EAD	Educação a Distância
EPS	Educação Permanente em Saúde
EPODS	Grupo de Pesquisa Educação, Políticas Públicas e Desenvolvimento Social
EF	Escore de Framingham
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	<i>Estados Unidos da América</i>
FEAE	Federação de Amor Exigente
FNS	Fundação Nacional de Saúde
GAA	Grupo de Auto Ajuda
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituições de Longa Permanência
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	<i>Instituto Nacional de Previdência Social</i>
JA	Jogadores anônimos
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social

MS	Ministério da Saúde
MPIES	Mestrado Profissional em Intervenção Educativa e Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NA	Narcóticos anônimos
NAPS	Núcleo de Apoio Psicossocial
Nar-Anon	<i>Nar-Anon Family Groups</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONGs	Organizações não Governamentais
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PLUS	Plano de Localização de Unidades de Serviços
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNASM	Política Nacional de Atenção à Saúde Mental
PNH	Política Nacional de Humanização
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal
PROFAG	Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção Básica à Saúde
RD	Redução de Danos
RAPS	Rede Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SPA	Substâncias Psicoativas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUPERA	Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve inserção social e acompanhamento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Terapia Comunitária Integrativa
UA	Unidades de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNA	Universidade Aberta
UNB	Universidade de Brasília
UNEB	Universidade do Estado da Bahia
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNIAD	Unidade de Pesquisa em álcool e Drogas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 -</b>	Capa da cartilha informativa	145
<b>Figura 2 -</b>	Contracapa	145
<b>Figura 3 -</b>	Imagens da cartilha interventiva	146
<b>Figura 4 -</b>	Ficha catalográfica	146
<b>Figura 5 -</b>	Ficha catalográfica	147

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 01-</b> Artigos selecionados com identificação do ano, publicação, autor, título e fonte.	30
<b>Quadro 02</b> –Caracterização das ACS participantes da pesquisa	113
<b>Quadro 03</b> – Dados mensurados através da coleta no SIAB	116

## RESUMO

Na atual política pública brasileira de atenção à saúde de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) componentes da Estratégia Saúde da Família (ESF) são profissionais de grande importância na busca ativa e no acompanhamento a estas pessoas. O primeiro grupo abalado pelo uso/abuso de drogas por um de seus integrantes, é a família, tendo seus relacionamentos comprometidos, o que requer cuidado e intervenção. Diante da referida situação, o ACS pode contribuir na redução das consequências deste fato através de cuidados preventivos e interventivos. Assim, a presente pesquisa objetivou compreender as principais dificuldades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, nas áreas de abrangência em duas Estratégias Saúde da Família - ESF do município de Guanambi-Bahia. Quanto a pesquisa, fez-se uma abordagem qualitativa, de natureza aplicada, com inspiração na pesquisa colaborativa e exploratória. No projeto de intervenção, realizado com Agentes Comunitários de Saúde de duas Estratégias Saúde da Família do município de Guanambi/Bahia, utilizou-se a metodologia do círculo de cultura (Freire, 1991). Os dados produzidos foram por meio de entrevista individual semiestruturada com questionário contendo perguntas abertas e/ou fechadas. Os resultados foram produzidos pela análise de dados através do método de análise de conteúdos ancorado em Bardin (2011). Através do trabalho realizado pode-se produzir uma cartilha produto dessa pesquisa a qual espera-se contribuir com o trabalho interventivo do ACS com familiares de usuários de álcool e/ou drogas em Estratégias Saúde da Família em Guanambi/Bahia. Como conclusão, foi possível constatar que investir na capacitação desses profissionais é um recurso adequado e de grande importância, pois pode melhorar a atuação desses, colaborando, sobremaneira, no trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas.

**Palavras-chave:** Agente Comunitário de Saúde. Estratégia Saúde da Família, Educação Permanente em Saúde; Família e Dependência química.

## ABSTRACT

In the current Brazilian public health care policy for people who use alcohol and other drugs, the Community Health Agents (ACS) components of the Family Health Strategy (ESF) are professionals of great importance in the active search and monitoring of these people. The first group affected by the use/abuse of drugs by one of its members is the family, whose relationships are compromised, which requires care and intervention. Faced with this situation, the CHA can contribute to reducing the consequences of this fact through preventive and interventional care. Thus, this research aimed to understand the main difficulties of Community Health Agents (CHA) in interventional work with family members of alcohol and/or drug users, in the areas covered by the Two Family Health Strategies - ESF in the municipality of Guanambi-Bahia. As for the research, a qualitative approach was taken, of an applied nature, inspired by collaborative and exploratory research. In the intervention project, carried out with Community Health Agents from two Family Health Strategies in the city of Guanambi/Bahia, the culture circle methodology was used (Freire, 1991). The data produced were through semi-structured individual interviews with questions containing open and/or closed questions. The results were produced by data analysis using the content analysis method anchored in Bardin (2011). Through the work carried out, a booklet can be produced as a result of this research, which is expected to contribute to the interventional work of the ACS with family members of alcohol and/or drug users in Family Health Strategies in Guanambi/Bahia. In conclusion, it was possible to verify that investing in the training of these professionals is an adequate and very important resource, as it can improve the performance of these professionals, collaborating, greatly, in the interventional work with family members of alcohol and/or drug users.

**Keywords:** Community Health Agent. Family Health Strategy, Permanent Education in Health; Family and Chemical Dependence.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>1 COMPREENDENDO TEMAS QUE ENVOLVEM A QUESTÃO DA PESQUISA: ESTADO DA ARTE, O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA</b> .....	<b>28</b>
1.1 O ESTADO DA ARTE NO CONTEXTO DA PRODUÇÃO ACADÊMICA DIRECIONADAS AOS TEMAS DA PESQUISA .....	28
1.2 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DO TRABALHO DO ACS .....	33
1.3 PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS): ATUAÇÃO DO ACS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE FRENTE A ESSES SERVIÇOS .....	49
<b>2 SAÚDE MENTAL, DEPENDÊNCIA QUÍMICA E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO</b> .....	<b>64</b>
2.1 SAÚDE MENTAL, REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): CUIDADOS AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS .....	64
2.2 DROGAS, DEPENDÊNCIA QUÍMICA E RELAÇÕES FAMILIARES .....	81
2.3 FAMÍLIA COMO FATOR DE RISCO E PROTEÇÃO E SUA IMPORTÂNCIA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA .....	98
<b>3 DESCREVENDO O CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA</b> .....	<b>110</b>
3.1 LÓCUS E PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	111
3.2 PLANEJAMENTO, CONSTRUÇÃO E EXECUÇÃO DOS ENCONTROS INTERVENTIVOS .....	116
3.3 CARACTERIZANDO O CÍRCULO DE CULTURA .....	122
3.4 ANÁLISE DE DADOS .....	123
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>126</b>
4.1 DIFICULDADES NO TRABALHO DO ACS NO ATENDIMENTO A FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS .....	127

4.2 TRABALHO EM REDE COMO FACILITADOR DO ATENDIMENTO DO ACS JUNTO A FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS.....	135
4.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS) NO TRABALHO INTERVENTIVO À FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS.....	139
4.4 CARTILHA INFORMATIVA SOBRE O TRABALHO INTERVENTIVO DO ACS COM FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS.....	144
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>147</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>152</b>
APÊNDICE A.....	170
APÊNDICE B.....	175
APÊNDICE C.....	187
ANEXO A .....	189

## INTRODUÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde - ACS são vinculados às Estratégias Saúde da Família – ESF, que seguindo as especificações da Política Nacional da Atenção Básica – PNAB, realiza a cobertura de determinado território, e desempenham suas atribuições e atividades voltadas à prevenção e promoção da saúde, por meio de ações individuais ou coletivas, domiciliares ou em grupo, desenvolvidas de acordo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

As atividades que os ACS desenvolvem são fundamentadas em um planejamento com base nas necessidades da comunidade que atende, priorizando a população que esteja em situação de vulnerabilidade e risco epidemiológico.

O ACS é de grande importância para o andamento do serviço de saúde, pois este é quem conhece a realidade da comunidade, os problemas que a afetam, e se distingue dos demais profissionais pela facilidade de comunicação e pela liderança espontânea que desempenha. Ao executar suas atividades, o ACS proporciona a modificação de situações-problema que afetam a qualidade de vida dos moradores da comunidade, situações relacionadas ao saneamento básico, precariedade na moradia, exclusão social, violência no contexto familiar, abuso de drogas lícitas e ilícitas, dentre outros. O objetivo principal do seu trabalho é auxiliar para o alcance da qualidade de vida dos moradores da comunidade.

É válido salientar que, segundo o inciso I, do art. 6º, da Lei 11.350/2005 tornou-se obrigatório que o Agente Comunitário de Saúde deva residir na área da comunidade em que atua. Assim, seu trabalho é apontado como uma ampliação dos serviços de saúde dentro da comunidade.

A proximidade física que o ACS possui com sua comunidade, estabelece um vínculo que facilita no desenvolver do seu trabalho (LUNARDELO, 2004). Nesse contexto, consegue-se identificar dois componentes ou dimensões principais da sua proposta de atuação: um mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outro mais político, porém não apenas de solidariedade à população, da inserção da saúde no contexto geral de vida, mas também, no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições. Este componente político expressa, na dependência da proposta considerada, duas expectativas diversas ou complementares: o agente comunitário

de saúde como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a comunidade dos problemas de saúde, de apoio ao autocuidado – dimensão mais ético-comunitária - e o agente de saúde como fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social (SILVA; DALMASO, 2002).

A atuação dos profissionais que compõem a ESF ocorre principalmente dentro da unidade básica de saúde, nas residências das famílias e na mobilização social, sendo considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo um território de abrangência definido e um quantitativo populacional sob seus cuidados; realizando nestas intervenções sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; prestando assistência integral, de qualidade e continuada; realizando ações de educação e promoção da saúde. (BRASIL, MANUAL SF, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

De forma multiprofissional, o trabalho desenvolvido pela ESF é de suma importância para a resolução de ações, tendo a comunicação como seu principal instrumento na troca de experiências e no convívio com os componentes da equipe, trazendo para a unidade de saúde todas as informações apuradas pelo ACS na comunidade.

Devido ao seu nível de habilidade, o que possibilita uma melhor proximidade com as pessoas da comunidade, os profissionais da ESF possuem um papel significativo no desenvolvimento de ações sobre álcool e/ou drogas. Para Matta *et al* (2016), esses profissionais são imprescindíveis na realização de diagnóstico precoce, ofertando intervenção rápida ou encaminhamento para atendimento de um especialista.

Batista e Souto (2017), ressaltam que a ESF tem um papel importante no acolhimento de pessoas usuárias de álcool e/ou drogas, que, por conta da sua condição organizacional do território e comunitária, os profissionais da ESF são aptos a articular o cuidado em saúde mental no seu território de abrangência, levando em consideração que as pessoas usuárias de álcool e/ou drogas, que buscam serviços especializados, é bem menor do que pessoas que não fazem uso de nenhuma substância psicoativa. Matta *et al* (2016), considera que essa população chega à ESF através do ACS, que se configura como um mediador desse momento, o qual identifica essa população através da visita domiciliar.

A visita domiciliar é o mecanismo utilizado pelo ACS para a realização dessa mediação, pois é “considerada o principal instrumento de trabalho, que consiste em uma visita mensal por família, a não ser que existam grupos prioritários como crianças e gestantes que devem receber atenção especial” (BRASIL, 2001, p.7). Assim, quando o ACS adentra em uma casa, ele não entra apenas em um ambiente físico, e sim em tudo que esse ambiente representa. É nessa casa que uma família vive, possui suas normas e princípios de convivência, suas crenças e cultura, construindo sua história (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Nesse sentido, o ACS tem por meio da visita domiciliar a construção de vínculo com a família, desenvolvendo laços de confiança e de credibilidade, possibilitando que esse se “[...] aproxime de problemas que, apesar de compor o processo saúde doença, extrapolam a dimensão biológica, como nas situações de: conflito familiar ou comunitário; violência doméstica; pobreza; abuso sexual; negligência infantil; maus tratos a idosos; tráfico e uso/abuso de drogas. Tais situações guardam uma complexidade que nem sempre pode ser acessada sem que haja a construção de uma relação de confiança entre os usuários e o ACS.” (ALONSO *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, segundo Waidman *et al.*, (2012) o indivíduo vive em um contexto social no qual a família se configura como sua rede de apoio mais próxima, por isso, para um cuidado com maior eficácia, é importante que o cuidado seja de toda família e de seus membros, não somente da pessoa adoecida.

Ao abordar sobre o termo família, surgem variados significados, que recebem também interferências em decorrência do contexto social. Segundo Murdock (1949), a família se caracteriza como um grupo social que se destaca pela residência comum, colaboração econômica e reprodução. Assim, a caracterização e a definição de família dependem de aspectos históricos, do contexto cultural, de religião, dentre outros.

Para Kalina (1999, p. 63), “uma família é um grupo social e a sociedade reafirma certas coisas da família, ensina outras, mas tem um contínuo de fatores que vão se somando”. Outro conceito sobre o tema é discutido por Andolfi *et al.*, (1981), que destaca a família como sendo composta por um certo número de pessoas no qual cada um desempenha um papel para integração com perspectiva de ordem emocional, cognitivo, social e cultural, a família é um sistema social constituído por outros subsistemas - conjugal, parental, e fraternal, entre outros. Contudo, Maluf (2010), ressalta que no decorrer dos anos a definição tradicional sobre família passou por incontáveis transformações decorrentes de determinados interesses e pelo novo

redirecionamento da sociedade. Sendo a família composta por membros que passam por variadas etapas do desenvolvimento humano (ELSEN; SOUZA; MARCON, 2011) que por vezes comprometem sua saúde, para abordar sobre as práticas de saúde em família, faz-se necessário um reconhecimento de que estas até os dias atuais andam com dificuldades, visto que evidenciam o atendimento individual (LOPES; MARCON, 2012).

É válido salientar que de modo geral, mas não exclusivo, quando acontece alguma modificação no seio familiar, todos os membros sentem as alterações, podendo estas trazerem consequências significativas nos laços familiares. Nessa perspectiva, é importante ponderar sobre como a família é acometida no cenário do uso de substâncias psicoativas, bem como compreender os prejuízos sociais, afetivos, laborais e orgânicos que afetam a vida e a dinâmica familiar (VASCONCELOS; FRAZÃO; RAMOS, 2012), em razão de que, por várias vezes, os membros da família assumem atitudes que são contrárias a finalidade de ajudar o membro dependente, como arcar com compra ou dívida de drogas, a fim de preservar a integridade física de seu familiar usuário. E por muitas vezes a família não possui o conhecimento sobre o que realmente são as drogas e o que o uso delas e do álcool podem acarretar ao seu membro usuário e a toda sua família.

Assim, torna-se necessário abordar sobre as temáticas álcool e drogas. Sendo as drogas entendidas como qualquer substância capaz de modificar o funcionamento normal de um organismo resultando em alterações fisiológicas ou de conduta (OMS, 1978). O uso de álcool e/ou drogas pode tornar-se uma dependência afetando valores políticos, econômicos, humanos e culturais das sociedades em geral, trazendo consideráveis prejuízos ao ser humano, contribuindo para o aumento dos índices de transtornos mentais, de acidentes rotineiros, de violência urbana, de mortes prematuras e, ainda, para a queda de produtividade no ambiente social. As drogas podem comprometer a vida de homens e mulheres, de todos os grupos raciais, pobres e ricos, jovens, adultos e idosos.

O consumo de álcool e drogas tornou-se, nos últimos anos, um sério problema que tem repercussões no campo da saúde individual, familiar e social, gerando uma grande preocupação devido ao seu fácil alcance, podendo causar a dependência química por uso de determinada substância. Segundo Diehl *et al*, (2011), a dependência química tem se configurado como um desafio para pais, educadores, gestores da área de políticas públicas, profissionais de saúde, e para toda sociedade.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a dependência química é um estado psíquico e às vezes físico decorrente da relação entre um organismo vivo e uma substância. Caracteriza-se por mudanças no modo de agir e ações que levam o indivíduo sempre ao uso da substância de preferência de modo sucessivo ou recorrente, podendo ter tolerância ou não.

No Brasil não é uma situação nova, o elevado custo social em relação à questão da dependência química. Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, (2021) o governo federal teve de gastos diretos executados com a política de drogas nos últimos quinze anos cerca de R\$ 11 bilhões. Contudo, esta situação vem ganhando maior visibilidade, visto que essa é uma importante expressão da questão social. Nota-se que os esforços destinados ao combate e a prevenção do uso de drogas, na saúde pública não são suficientes, trazendo assim, sequelas de formas diretas e indiretas para toda comunidade.

Sobre minha implicação com o tema, esta ocorreu por meio das vivências profissional e pessoal. Para chegar ao meu envolvimento com a temática, iniciarei com a história do Agente Comunitário de Saúde aqui no município. No ano de 1992 com o surto da cólera no país e não diferentemente em Guanambi - Bahia, os governos estadual e municipal resolveram implantar no município através de uma seleção o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), surgindo assim, a primeira turma de Agentes Comunitários na cidade. Com o passar dos anos o trabalho dos então selecionados teve bons resultados e com o crescimento da cidade o número de ACS já não supria as necessidades contempladas pelo programa. Foi quando em 1996 houve uma nova seleção para suprir as demandas da comunidade. Nessa época havia muitos casos de diarreia, infecções respiratórias, crianças desnutridas, doenças contagiosas, pessoas que se negavam a vacinar, dentre outras demandas.

Com o fortalecimento do trabalho dos ACS, que desenvolviam atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de atividades educativas individuais e de caráter coletivo, os casos de diarreia diminuíram e as demais doenças também.

No início dos anos 2000, com ações voltadas para os menos favorecidos e o aumento da migração, os ACS passaram a trabalhar além da saúde, o social, passando a serem vistos também como profissionais envolvidos em políticas públicas, pois esses trabalhadores estavam em vários espaços.

Através de processo seletivo, tornei-me Agente Comunitário de Saúde em

2005. Atualmente são quase 16 anos de serviços prestados à comunidade onde cresci e resido no momento. Ao longo dos anos de trabalho como ACS atuei com diversas temáticas, participei de vários cursos de capacitação, desenvolvi vários meios de aplicar os conhecimentos adquiridos, participei de momentos de mobilização da comunidade, e tantas outras ao longo desses anos. No decorrer do tempo de trabalho, no ano de 2012, vivenciei a dependência química de perto, descobri que um ente querido fazia uso de substâncias psicoativas.

Como profissional ACS, já havia visitado famílias que viviam essa problemática, porém não conhecia a complexidade do tema e tão pouco pude fazer muito pela família, visto que não tinha conhecimento sobre o assunto e nem como proceder perante tal situação.

Na tentativa de aprender sobre a dependência química tanto para lidar com o meu ente querido como usar também nas visitas domiciliares, beneficie-me dos conhecimentos adquiridos durante a formação em nível superior em Serviço Social e resolvi fazer uma pós-graduação na área. Fiz a especialização nos anos de 2013/2014 em Saúde Mental para atuação em CAPS com Ênfase em Dependência Química e desde então continuei a buscar o aprendizado sobre o assunto. Tornei-me em Guanambi/BA, coordenadora do grupo de apoio Amor Exigente para familiares de dependentes químicos, que segundo Veloso e Monteiro (2012) grupo de apoio é um espaço para os familiares expor angústias e dificuldades, visando diminuir a sobrecarga emocional a que estão sujeitos, pois, na maior parte dos casos, a família se torna responsável por suportar o peso de uma condição que lhe foi imposta pelo familiar usuário. Sendo que o Amor Exigente (AE) atua desde 1984 no Brasil oferecendo apoio e orientação aos familiares de dependentes químicos e às pessoas com comportamentos inadequados (FEDERAÇÃO DE AMOR EXIGENTE - FEAE, 1984).

Sempre carreguei comigo o desejo de fazer um mestrado com o projeto que abordasse a dificuldade do trabalho do ACS junto aos familiares de usuários de álcool e/ou drogas. Por muitos anos tentei processos seletivos de mestrados, sempre adaptando o assunto, porém com a temática da dependência química em foco, e somente no Mestrado Profissional em Intervenção Educativa e Social – MPIES da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, pude contemplar esse desejo de abordar um tema de extrema complexidade, e falar das dificuldades que o profissional Agente Comunitário de Saúde encontra ao se deparar com uma família que possui em seu

meio um usuário de álcool e/ou drogas, visto que existe uma carência de treinamentos voltados para um tema que além de tão complexo, afeta toda uma família, comunidade e a sociedade como um todo.

O fato de os ACS serem considerados profissionais que possuem elo de ligação entre a comunidade e unidade de saúde, é por ele ser o primeiro profissional a ter contato com o usuário e com as problemáticas familiares, no entanto não têm embasamento para trabalhar uma questão que é considerada como problema de saúde pública. Além do mais, o fato de nem todos familiares terem acesso a meios para buscar esclarecimentos sobre a dependência química e pôr fim a angústia que senti como familiar de um dependente químico, sem saber o que fazer, aumentou o meu desejo tanto pessoal, mas principalmente profissional, de trabalhar esta temática com meus colegas de profissão a fim de compartilharmos, posteriormente, com os familiares, experiências e saberes que possam minimizar os danos causados pela dependência química no contexto familiar.

Matta *et al.*, 2016, revelam um vasto horizonte de possíveis intervenções a serem desenvolvidas pela ESF devido às habilidades dos profissionais que a compõem. Contudo, a falta de treinamentos constantes voltado para a temática da dependência química torna-se um problema para os profissionais de saúde da ESF, visto que essa questão é vivenciada na prática, e por isso, torna uma atuação vulnerável.

Como componente da ESF, o Agente Comunitário de Saúde também se enquadra nessa carência de capacitações sobre dependência química, principalmente pelo fato de ser o primeiro profissional a ter contato com um usuário de álcool e/ou drogas e com seus familiares. Assim, torna-se pertinente o questionamento sobre o desenvolvimento do trabalho do ACS, sendo: Quais as dificuldades encontradas no cotidiano profissional do ACS no atendimento a usuários de álcool e/ou drogas e em especial a seus familiares?

Embora o Ministério da Saúde promova atividades de atualização e capacitação para o melhor enfrentamento das situações decorrentes do uso de álcool e/ou drogas, essas capacitações não chegam com frequência aos ACS da cidade a ser estudada – Guanambi/Bahia. Sob esse olhar, nota-se que somente foi ofertado um curso pelo Ministério da Saúde em 2014: Intitulado Caminhos do Cuidado – Formação em saúde mental (álcool, crack e outras drogas) para Agentes Comunitário de Saúde (ACS)/Auxiliares e Técnicos em Enfermagem da Atenção Básica. O curso

teve a intenção de qualificar os ACS para o amparo às pessoas que fazem uso de álcool e/ou drogas.

Estamos no ano de 2022, e desde o curso citado, nenhum outro curso, a nível de categoria foi ofertado para os Agentes Comunitários de Saúde de Guanambi, em especial, um curso que abordasse o trabalho do ACS junto a familiares de usuários de álcool e/ou drogas, visto que a família se configura o centro do trabalho desses profissionais.

Assim, diante dessa defasagem de capacitação, surge a questão norteadora desta pesquisa: Como o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que é considerado o “elo” de ligação entre a Estratégia de Saúde da Família - ESF e a comunidade desenvolve seu trabalho de forma interventiva com familiares de usuários de álcool e/ou drogas em sua área de atuação? Para responder tal questionamento, esta pesquisa seguirá uma abordagem qualitativa, pois esta metodologia mostra-se mais eficaz para o alcance dos objetivos propostos.

Ressalta-se ainda, que na atualidade, tem-se observado uma grande preocupação por parte da sociedade em relação aos problemas acarretados pelo abuso de álcool e/ou drogas. Sendo assim, o presente estudo chama atenção para este aspecto ao apresentar o projeto de intervenção, que busca auxiliar o trabalho dos ACS no atendimento aos familiares de dependentes de álcool e/ou drogas, através de acolhimento adequado a estes familiares, podendo ser um importante dispositivo da ESF a qual trabalha principalmente o impacto social que possa vir a ocorrer na comunidade através do trabalho destes profissionais com as famílias. O trabalho também trará benefícios à pesquisa visto que, na literatura há poucos estudos com temas que tratem do trabalho do Agente Comunitário de Saúde com os familiares de usuários de álcool e/ou drogas. Logo, esse projeto se faz importante para a área acadêmica. O estudo está vinculado à Universidade do Estado da Bahia - UNEB, Campus XI - Serrinha, através do Mestrado Profissional em Intervenção Educativa e Social (MPIES), na linha de pesquisa Novas Formas de Subjetivação e Organização Comunitária e também, vinculado ao Grupo de Pesquisa Educação, Políticas Públicas e Desenvolvimento Social (EPODS), possibilitando a pesquisadora a sua qualificação acadêmica ao nível da sensibilidade e da responsabilidade social, e perante a categoria de Agentes Comunitários de Saúde.

Nesta perspectiva, este projeto terá impactos expressivos no trabalho do Agente Comunitário de Saúde, como também para a redução deste grave problema

de saúde pública. Uma vez que, busca proporcionar qualidade de vida para familiares e usuários de substâncias psicoativas, visto que o município de Guanambi compõe uma rede de atenção em saúde mental que consta com os seguintes serviços: 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 24 Estratégias Saúde da Família (ESF), um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). Assim, essa pesquisa trará fortalecimento da rede citada, e conseqüentemente, causará impactos positivos na área social.

Cabe ressaltar que, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é de grande importância para o andamento do serviço de saúde, pois este é quem conhece a realidade da comunidade, conhece os problemas que a afeta, e se distingue dos demais profissionais pela facilidade de comunicação e pela liderança espontânea que desempenha, o objetivo principal do seu trabalho é auxiliar na qualidade de vida dos moradores da comunidade, pois o colaborador é de extrema relevância para os serviços de saúde e para a comunidade. Assim, pressupõe com esse projeto de pesquisa o fortalecimento da formação desses trabalhadores, bem como meios interventivos para que os mesmos possam desenvolver seu trabalho junto a familiares de usuários de álcool e/ou drogas.

Portanto, a presente dissertação do Mestrado Profissional em Intervenção Educativa e Social, ancora-se na carência de orientação formativa para os Agentes Comunitários de Saúde do município de Guanambi/BA. E tem como temática a dependência química, a fim de apontar fatores que dificultam a realização de um trabalho mais acessível dos ACSs, uma vez que tem de lidar com os familiares de usuários de álcool e/ou drogas. Possui o desejo de empreender esforços para que o

Agente Comunitário de Saúde se perceba como profissional potente na construção de ações que ajudem os familiares de usuários de álcool e/ou drogas ou mesmo o um ente querido. E almeja expor os desafios para a atuação do ACS junto à familiares de usuários de álcool e/ou drogas, bem como a construção e utilização de uma cartilha como o produto final desse estudo. Este estudo tem como objetivo geral compreender as principais dificuldades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, nas áreas de abrangência em duas Estratégias Saúde da Família - ESF do município de Guanambi-Bahia. Tendo como objetivos específicos: Analisar o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no atendimento a familiares de usuários de álcool e/ou drogas na

Atenção Básica; pesquisar o atendimento do ACS junto aos familiares de usuários de álcool e/ou drogas, segundo os princípios e diretrizes do SUS; identificar os limites encontrados pelos ACS e as possibilidades para intervenção efetiva no trabalho com familiares de usuários de álcool e/ou drogas e por fim construir após diagnóstico das dificuldades do ACS, uma cartilha interventiva sobre o trabalho com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, a fim de contribuir com o trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Diante dessas questões introdutórias, o referencial teórico ancorou-se nos seguintes autores: Donati (2008); Kalina (1999), Ribeiro e Laranjeira (2012), Campos e Domitti (2007), Amarante (2007), Ronzani *et al* (2015); Payá e Figlie (2010), Cunha (2009) dentre outros autores que subsidiaram as discussões.

Em tempo, a pesquisa está estruturada em 5 capítulos, mais a introdução a qual explicitou o contexto da pesquisa O Agente Comunitário de Saúde e o trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas em Estratégias Saúde da Família em Guanambi - Bahia, as implicações da pesquisadora com a investigação, questão de pesquisa, objetivo geral e os específicos, teóricos que subsidiaram as discussões e apresentação dos capítulos.

O primeiro capítulo intitulado: Compreendendo temas que envolvem a questão da pesquisa: Estado da Arte, o Agente Comunitário de Saúde e a Atenção Básica buscou estabelecer compreensão sobre os temas principais que envolvem a questão da pesquisa. O segundo capítulo: Saúde mental, dependência química e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): a inserção da família no tratamento. Este capítulo teve como objetivo desenvolver correlações e contextualizações acerca das temáticas abordadas na pesquisa.

O terceiro capítulo intitulado “Descrevendo o caminho metodológico da pesquisa” está descrito todo o percurso metodológico, tendo como contribuição os autores: Minayo (1991), (2007), (2010); Gil (2008); Pereira (2019); Thiollent (2007); Freire (1991); Dantas e Linhares, (2014), dentre outros com intuito de descortinar todo o caminho da pesquisa.

E o quarto capítulo que traz os resultados e discussões, que descreve as análises, associando aos objetivos e desenvolvendo as seguintes categorias:

Dificuldades do trabalho do ACS no atendimento a familiares de usuários de álcool e/ou drogas;

Trabalho em rede como facilitador do atendimento do ACS junto a familiares de

usuários de álcool e/ou drogas;

Educação Permanente em Saúde no trabalho interventivo do ACS afamiliares de usuários de álcool e/ou drogas.

Por fim, a conclusão forma o quinto capítulo desta dissertação, onde foram retomados objetivos e questão da pesquisa explicitando os enfrentamentos e reconhecimento do projeto interventivo O agente comunitário de saúde e o trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas em Estratégias Saúde da Família em Guanambi - Bahia, desenvolvido com ACS de duas ESF através de encontros temáticos.

## **1 COMPREENDENDO TEMAS QUE ENVOLVEM A QUESTÃO DA PESQUISA: ESTADO DA ARTE, O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA**

Este capítulo teve como objetivo estabelecer compreensão sobre os temas principais que envolvem a questão da pesquisa. Com isso destacamos as contribuições teóricas de Silva e Dalmaso, (2002); Santos *et al* (2010); Brito *et al* (2014); Pereira (2013); dentre outros. Bem como descrever acerca do estado da arte, que pode proporcionar um mapeamento de produções acadêmicas sobre o tema da pesquisa, seus aspectos, evolução e lacunas.

### **1.1 O ESTADO DA ARTE NO CONTEXTO DA PRODUÇÃO ACADÊMICA DIRECIONADAS AOS TEMAS DA PESQUISA**

Para captação do material selecionado foi feita pesquisa bibliográfica, e posteriormente, análise e interpretação dos textos do acervo de artigos disponíveis na base de dados. Realizada a busca com o descritor AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, foram descartados artigos devido ao vasto número de trabalhos com o referido descritor, porém não tratavam sobre familiares de usuários de álcool e/ou drogas. Em relação aos parâmetros inclusivos, prezou-se pela ordem por possuir estudos da ciência e da saúde, tendo como referência metodológica familiares de usuários de álcool e/ou drogas no texto. Os descritores usados nas bases para realizar a busca foram: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (“AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE”) OR (“FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS”) OR FAMILIARES (“AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE AND “FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL”) OR DROGAS (“AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE” AND “DROGAS”).

Para alcance das pesquisas com a temática desejada, foram limitadas as palavras em: agentes comunitários de saúde, familiares de usuários de álcool e outras drogas e drogas. Assim, no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) os achados foram 481, e com os descritores “agentes comunitários de saúde” and “familiares de usuários de álcool e/ou drogas” não foram localizados artigos.

No portal da SciELO não foram encontrados artigos, utilizando os descritores “agentes comunitários de saúde” and “familiares de usuários de álcool e/ou drogas”.

No repositório da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, com o descritor “agentes comunitários de saúde” foram localizados 752 artigos, ao restringir para “agentes comunitários de saúde” and “familiares de usuários de álcool e/ou drogas” não foram localizados artigos. Com os descritores (“agentes comunitários de saúde” and “usuários de álcool”) foi encontrado 1 artigo com os descritores (“agentes comunitários de saúde” and “usuários de drogas e estratégia de saúde da família - ESF”). Sendo o trabalho: O agente comunitário e o usuário de álcool: discursos sobre a concepção e a assistência na Atenção Básica, (CARNEIRO, 2016).

No repositório da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) foram encontrados 10 artigos sobre agentes comunitários de saúde e familiares, sendo que somente 1 foi encontrado com o descritor “agentes comunitários de saúde” and “familiares de usuários de álcool e/ou drogas”. A pesquisa Percepções, atitudes e expectativas de agentes comunitários de saúde sobre usuários de drogas e seu processo de cuidado, (BATISTA, 2016).

No repositório da Institucional da Universidade de Brasília (UNB) foram encontrados 7 artigos sobre agentes comunitários de saúde e familiares, sendo que somente 1 foi encontrado com o descritor “agentes comunitários de saúde” and “usuários de álcool e/ou drogas”. Intitulado: Competências profissionais de agentes comunitários de saúde para intervenção com usuários de álcool e outras drogas na estratégia saúde da família (SOUZA, 2019).

No portal NEPAS – ABCS Health Sciences foi encontrado 1 artigo com o descritor “agentes comunitários de saúde e usuários de drogas”. Sendo: Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde na atenção a usuários de drogas, (BASTISTA e SOUTO, 2017).

Além desses, foram encontrados mais dois trabalhos intitulados: Convivência com usuários de drogas: experiências de familiares com comportamentos de codependência, (COSTA, 2012) e Conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde sobre crack e outras drogas, (FERNANDES, 2013).

Foram encontrados um total de 6 artigos relacionados ao tema agentes comunitários de saúde e usuários de álcool e/ou drogas, especificados com faixa de tempo na tabela 1. Para enriquecimento dos temas propostos na pesquisa, adicionou-se outros referenciais bibliográficos, por considerar que os mesmos podem contribuir

de forma relevante para a construção do referencial que será apresentado.

**Quadro 1** - Listagem dos artigos selecionados, com identificação do ano de publicação, autor, título e fonte.

Identificação	Autor	Ano	Título	Fonte	Categoria	Objetivo do trabalho
Dissertação	COSTA, Bruna	2012	Convivência com usuários de drogas: experiências de familiares com comportamentos de dependência	Repositório Institucional da UEM	Ciências da Saúde	Compreender como familiares com comportamento codependente convivem com o usuário de drogas.
Artigo	FERNANDES, Analine; STEIN, Airton Tetelbo; GIUGLIANI, Camila	2013	Conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde sobre crack e outras drogas	Lume – Repositório Digital UFRGS	Epidemiologia	Identificar os conhecimentos sobre crack e outras drogas dos agentes comunitários de saúde inseridos na AB.
Dissertação	BATISTA, Karen	2016	Percepções, atitudes e expectativas de agentes comunitários de saúde sobre usuários de drogas e seu processo de cuidado	Repositório Institucional da UFSCAR	Ciência da Saúde	Compreender as percepções, as atitudes e as expectativas de um grupo de ACS sobre usuários de drogas e seu processo de cuidado.
Dissertação	CARNEIRO, Ana Luíza Marqus	2016	O agente comunitário e o usuário de álcool: discursos sobre a concepção e assistência na Atenção Básica	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP	Enfermagem psiquiátrica	Descrever e analisar o discurso de ACS sobre o uso de álcool e a assistência prestada na AB.
Artigo	BATISTA, Karen e SOUTO, Bernardino Geraldo Alves	2017	Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde na atenção a usuários de drogas	ABCS Health Sciences	Gestão da Clínica	Descrever as percepções e as expectativas de um grupo de ACS sobre usuários de álcool e outras drogas
Dissertação	SOUZA, Cibele Maria de	2019	Competências profissionais de agentes comunitários de saúde para intervenção com usuários de álcool e outras drogas na estratégia de saúde da família.	Repositório Institucional da UNB	Saúde Coletiva	Analisar as competências profissionais desenvolvidas pelo ACS, após a realização de um curso de capacitação na modalidade EAD.

Dissertação	CAVALCAN TI, Amanda CarlaSilva	022	Desafios no cuidado psicossocial aos usuários de substâncias psicoativas pelos agentes comunitários de saúde no território	Repositório Institucional daUFRN	Saúde Coletiva	Compreender como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ofertam cuidados aos usuários em uso prejudicial de substâncias psicoativas nos cenários da Atenção Primária à Saúde
-------------	---	-----	--	--	-------------------	---

Fonte: Elaborado pela autora

Costa (2012) buscou compreender como familiares com comportamento codependente convivem com o usuário de drogas. Tendo como questão norteadora do estudo : O que o(a) Sr(a) pode me dizer sobre a convivência com seu familiar usuário de drogas?. Concluindo através dos relatos de familiares que participaram da pesquisa que o uso de drogas no ambiente familiar causava muito sofrimento para quem o vivenciou. E que a vida cotidiana de alguns membros da família estava repleta de reações emocionais e físicas e mudanças de estilo de vida que se organizavam em torno da vida do familiar usuários de drogas.

Fernandes (2013) investigou sobre os conhecimentos sobre crack e outras drogas dos agentes comunitários de saúde inseridos na AB. Concluiu-se que o baixo número de acertos no teste de conhecimentos indica uma urgente necessidade de fortalecer a formação dos Agentes Comunitários de Saúde sobre crack e outras drogas.

Batista (2016), visou compreender as percepções, as atitudes e as expectativas de um grupo de ACS sobre usuários de drogas e seu processo de cuidado. Chegando à conclusão que no geral, foi observado que os ACS apresentam muitas atitudes e percepções baseadas no julgamento moral e na patologia dos usuários de drogas. Que os usuários de drogas causam muitos sentimentos negativos, como pavor, tristeza e impotência. Que os usuários foram retratados um pouco estereotipados como sendo "vulneráveis" com comportamento agressivo, abusivo, emocional e antissocial. Salientou que apesar dos ACS participantes da pesquisa tenham participado do curso Caminhos do Cuidado ofertado pelo Ministério da Saúde, se faz necessário conceber outros espaços semelhantes ao proposto pelo referido curso que ocorram de forma regular, visto que um assunto tão complexo e presente no cotidiano dos serviços de saúde não se esgota em um único curso

Em sua pesquisa Carneiro (2016), visou descrever e analisar o discurso de ACS sobre o uso de álcool e a assistência prestada na AB. Concluiu que a partir do conhecimento das percepções e práticas deste profissional, é possível ter um direcionamento de ações que potencialize a prática dos ACS, já que os referidos profissionais têm um papel fundamental frente à prevenção e tratamento do abuso de álcool e reabilitação social do usuário.

Já em seu artigo, Batista e Souto (2017), descrevem acerca das percepções e as expectativas de um grupo de ACS sobre usuários de álcool e outras drogas. Os autores trouxeram como conclusão que houve a percepção dos ACS sobre a necessidade de qualificação e o desejo de se qualificarem com o intuito de terem um cuidado melhor com pessoas que fazem uso de álcool e drogas ilícitas. Batista e Souto enfatizam sobre as políticas públicas voltadas ao cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e drogas precisam ser eficazes. Também concluiu que é imprescindível a aplicação de estratégias de educação permanente em saúde, visando modificar as práticas e percepções dos ACS sobre o tema em questão.

O trabalho de Souza (2019), analisa em sua pesquisa as competências profissionais desenvolvidas pelo ACS, após a realização de um curso de capacitação na modalidade EAD. Chegando a algumas conclusões, destaca-se que no referido estudo a autora percebeu que é necessário seguir com investimentos em capacitação com maior frequência, pela ótica da EPS, ancorando na EAD. Pois, essas capacitações contribuem para a formação de competências que poderão levar à construção de novos vínculos com as pessoas que usam álcool e outras drogas, aperfeiçoando o acolhimento, como preconiza o PNH. Conclui ainda, que toda a equipe da ESF tem a necessidade de capacitação, em especial capacitação em RD.

Por fim, Cavalcanti (2002), buscou compreender como os usuários de drogas adentram ao Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), e o que isso significa para a prática profissional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

As pesquisas aqui apresentadas foram de suma relevância para percepção da ausência de pesquisas que reflitam sobre o trabalho interventivo do Agente Comunitário de Saúde com familiares de usuários de álcool e outras drogas. A literatura sobre o tema não tem crescido conforme a necessidade exigindo assim, maior investimento e incentivo em pesquisas para desenvolver estudos que tratem sobre a temática.

## **1.2 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DO TRABALHO DO ACS**

Com atuação em áreas de vulnerabilidade social, o programa de agentes comunitários de saúde foi instituído no Brasil no ano de 1991. Tendo no ano de 1994, alteração para o Programa Saúde da Família – PSF, no qual as atividades eram desenvolvidas por equipes multiprofissionais dentro das unidades básicas de saúde. Com a normatização da portaria nº 648 de 2006, ficou estabelecida a Política nacional de Atenção Básica no Brasil, política essa que fundamenta normas para o trabalho no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ocorrendo assim, a mudança de PSF para Estratégia de Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2007).

As ESF são compostas por multiprofissionais, sendo que possuem uma exigência mínima de um médico clínico geral, um técnico de enfermagem, um enfermeiro (que também desenvolve a função de coordenador) e um número mínimo de quatro agentes comunitários de saúde. O trabalho dessas equipes é considerado de grande importância para o desenvolvimento de ações que visam a resolutividade de problemáticas encontradas na sua área de abrangência. Fundamentada na comunicação e tendo a troca de vivências juntamente com o conhecimento de cada profissional, a ESF consolida dentro da unidade de saúde, ações que alcancem as famílias visitadas pelos ACS (BRASIL, 2007).

Tendo um número de no máximo quatro mil pessoas sob sua responsabilidade, a equipe de saúde da família atua dentro da unidade de saúde, nos domicílios e na mobilização comunitária, sendo assim considerada, a porta de entrada do Sistema Único de Saúde – SUS, uma vez que possui um território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, MANUAL SF, 1997; MS, 2012).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são reconhecidos como integrantes influentes do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), apoiando a execução de ações específicas de saúde, bem como provendo políticas voltadas para o modelo de assistência em saúde (SILVA e DALMASO, 2002; DAL POZ *et al.*, 2002).

Salvi (2020) analisa que o Agente Comunitário de Saúde é considerado como "elo" de ligação entre a equipe de saúde onde atua e a comunidade, tendo

ele “contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizado por toda a equipe”. A autora destaca que, este profissional promove um “ elo cultural que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos; o do saber científico e o do saber popular” (BRASIL, 2001, p. 17).

O ACS atua como um mediador entre a comunidade local e a Estratégia Saúde da Família, uma vez que ele é uma pessoa que mora no próprio bairro em que trabalha, dispondo de competências para compreender a cultura e costumes locais. Entende-se que tamanho entendimento do ACS seja fundamental para que a ESF contemple suas essenciais atribuições: organizar suas ações em saúde conforme o diagnóstico do território; promover e cuidar da saúde, desenvolver atividades interdisciplinares e abordagem completa da família (BRASIL, 2001a).

Em sua equipe interdisciplinar, o ACS destaca-se pela troca de experiências, especialmente entre o conhecimento popular de saúde e o conhecimento médico-científico. Assim, esse profissional ajuda a fortalecer o vínculo com a família, a aproximação dos serviços de saúde no contexto domiciliar, ajudando a comunidade a enfrentar os próprios problemas que interferem no seu cotidiano individual e coletivo (SILVA, 2012).

O ACS é responsável pela colaboração com a atenção primária. Assim, suas ações podem ser vistas como facilitadoras do acesso da população aos serviços de saúde. É um intermediário que promove a compreensão e assimilação pelas classes populares das normas, metas e objetivos do serviço (PEREIRA, 2013; OLIVEIRA, 2015).

Conseqüentemente, o ACS é responsável pelas atividades com as famílias por meio da concessão de subsídios para o acesso da comunidade aos serviços de saúde, tendo a comunicação como principal instrumento de trabalho na coleta de dados, seja em nível individual ou coletivo. Outras atribuições destinadas a esses profissionais dizem respeito à promoção da participação da população nas políticas públicas. Orientando as famílias sobre o uso adequado dos serviços de saúde e visitas domiciliares (BRITO et al., 2014).

Nesse sentido, é importante ressaltar que as aptidões e conhecimentos necessários para o trabalho do ACS vão além do desenvolvimento da integração da equipe com a população local, mas também no planejamento, avaliação, prevenção e monitoramento de grupos específicos, riscos ambientais e de saúde, doenças, ou seja, os ACS devem realizar a promoção da saúde na área de atuação (BRASIL, 2004;

PEREIRA, 2013; OLIVEIRA, 2015). Dessa forma, a população assume um papel mais ativo no processo de construção de práticas sanitárias e de saúde, e o ACS precisa buscar articulação entre os saberes técnicos e populares, com vistas a mobilizar recursos institucionais e comunitários, uma vez que a promoção da saúde na atenção primária são muito importantes.

Todo desenvolvimento do trabalho dos ACS são reflexos de modelos de atenção à saúde que foram iniciados através de ações que segundo Campos (2006) teve início nas décadas de 40 a 60 do século XX, com o modelo de expansão e ampliação de assistência em saúde do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Com atuação nas regiões Nordeste e Norte, o SESP foi fundado em 1942, porém ocorreu sua extinção e atualmente o referido serviço é um anexo da Fundação Nacional de Saúde (FNS), tendo suas unidades retornadas aos municípios ou estados.

A Fundação Nacional de Saúde (FNS) surgiu em 1991 com a integração da SESP e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). Nesta época tinham dois profissionais que faziam juntos as atividades educativas em saúde por meio de visitas domiciliares, sendo a enfermeira-visitadora e o auxiliar de saneamento. Este trabalho de aproximação entre a comunidade e os serviços de saúde em uma determinada comunidade, que era desenvolvido pela dupla citada, tem familiaridade com o trabalho realizado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a atividade dos agentes comunitários de saúde, modelo de cuidado atualmente usado. Porém, há uma diferenciação entre o processo de saúde-doença. Segundo Santos *et al* (2010), a Estratégia de Saúde da Família utiliza uma ideia ampla de saúde com base na integralidade da atenção e do fortalecimento das atividades intersetoriais visando a efetivação das orientações acerca da promoção da saúde.

Já na década de 1970, houve a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, quando ocorreu a recomendação aos países para organização da atenção primária que contasse com a participação da comunidade, com intuito de formar um sistema nacional de saúde com equipe que contasse com vários profissionais. No Brasil, algumas vivências com programas de cunho local ou nacional já eram existentes, os quais contavam com a assistência de auxiliares da comunidade em práticas de assistência às pessoas, grupos e famílias (SANTOS *et al.*, 2010).

Por iniciativa de instituições religiosas e ONGs, as décadas de 70 e 80 foram marcadas pelas primeiras práticas informais dos Agentes Comunitários de Saúde. Na

época esses profissionais eram classificados como Visitadores Sanitários e Inspetores de Saneamento. Ainda na década de 70 com intenção de construir um modelo de organização de serviços de saúde para fortalecimento e autonomia a nível local, os municípios do interior de Minas Gerais (Diamantina, em 1971 e Montes Claros, em 1975), do Paraná e São Paulo instituíram projetos de atenção primária, com inclusão de agentes comunitários de saúde. Neste mesmo projeto houve a inclusão de auxiliares de saúde que residiam na comunidade a fim de desempenhar um trabalho como agentes de participação popular, contudo a ação teve pouca eficácia.

A nível nacional o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) foi implantado com o início da Reforma Sanitária Brasileira, e com base no projeto de Montes Claros em Minas Gerais.

Assim, os serviços de saúde começaram a reorganizar-se, a região Nordeste foi pioneira e depois houve a expansão por todo país. O auxiliar de saúde era o profissional que participava das políticas públicas com ações de saúde e de saneamento, desenvolvia atividades de prevenção de doenças transmissíveis, de saneamento básico e outras. No ano de 1975, visando a preparação de um número de pessoas com nível médio e fundamental para ter recursos humanos em saúde, foi criado o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal (PPREPS, 1976).

Santos *et al.*, (2010), ainda destaca que o Plano de Localização de Unidades de Serviços (PLUS) desenvolvido no ano de 1975 incluído ao INPS com intenção de elaborar projetos voltados à saúde destinados a Paraíba; bem como o PIASS e o Projeto Montes Claros foram as referências para a construção do renovado modelo de saúde. Este novo modelo era considerado a porta de entrada para os serviços de atenção básica, por ser visto como um modelo regionalizado e hierarquizado com alguns níveis de assistência, sendo: universalização, acessibilidade, integralidade, descentralização e da atuação da comunidade.

A luta pela reforma do sistema nacional de saúde marcou a década de 80, no qual conflitos de cunho ideológico e político fizeram parte em 1986 da VIII Conferência Nacional de Saúde, dando início a origem do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi efetivamente criado no ano de 1988 sob a Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990) resguardado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), que preconiza a saúde como direito de toda população. O SUS estabeleceu como princípios a universalidade das ações, formação renovada nos serviços e descentralização para

os municípios.

Durante todo este percurso ocorreu o início do Programa de Agente Comunitário de Saúde no ano de 1989 no Nordeste do país, no Ceará mais precisamente no município de Jucás, depois estendeu-se para 14 cidades com a contratação de 6.113 trabalhadores oriundos de 118 municípios para atendimento emergencial às vítimas da seca, sendo sua maioria mulheres pobres responsáveis pela manutenção da casa e que tinham um bom relacionamento com a vizinhança, famílias que seriam assistidas por elas. Segundo Moysés (2011), a criação do referido programa teve como intenção ajudar às vítimas da seca, o qual se tornou o antecessor do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS, 1991). O programa expandiu-se por todo o estado.

Com o intuito de unificar as variadas ações que tinham sido espalhadas pelo Brasil para uma única diretriz, no ano de 1991, juntamente com secretarias estaduais e municipais, o Ministério da Saúde instituiu o SUS, delegando aos profissionais de nível fundamental e médio o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), o programa também tinha missão de propiciar a municipalização e a introdução desta política. Seguidamente em 1992 tornou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) incluindo o Agente Comunitário de Saúde na equipe multiprofissional que desempenhava atividades em unidades básicas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O intuito de incorporar o Agente Comunitário de Saúde às equipes de saúde foi de garantir um vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade a fim de realizar intervenções, sobretudo as de caráter preventivo, considerando as particularidades de cada localidade. O referido programa foi inovador em possibilitar a preparação de uma visão ampliada sobre saúde e na construção de ações não direcionadas somente à intervenção médica (SILVA E DALMASO, 2002).

Modificando o modelo tradicional, foi criado no ano de 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), com equipes de saúde compostas por um médico, um auxiliar de enfermagem, um enfermeiro e no mínimo seis Agentes Comunitários de Saúde.

Considerado a estratégia de reorganização da atenção à saúde no país, o Ministério da Saúde, em 1996 alterou o nome Programa de Saúde da Família (PSF) para Estratégia Saúde da Família (ESF), com intuito de colaborar no desenvolvimento e solidificação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde publicou no ano de 1997 a portaria nº 1.1886 (BRASIL, 1997), que também estipulava que o ACS deveria residir há pelo menos dois anos em sua área de atuação. Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde teve o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) como prioridades do Plano de Metas do Ministério da Saúde. Assim, a referida portaria “aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família” (BRASIL, 1997, s/p). O plano de ações e metas do Ministério da Saúde prioriza esses dois programas, considerando “importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar” (BRASIL, 2003a, p. 91). Fortalecendo a atenção básica e promovendo mudanças no modelo assistencial à saúde, com o passar dos anos, o Agente Comunitário de Saúde passou a ser considerado como um profissional de suma importância para a saúde das famílias brasileiras.

Implementado a pouco mais de 30 anos no Sistema Único de Saúde (SUS) numa trajetória de lutas pela profissionalização, os ACS foram largamente difundidos no Brasil. Sendo a profissão de Agente Comunitário de Saúde regulamentada em 10 de julho de 2002 através da Lei nº 10.507, e tem especificidade no âmbito de SUS. Em seu 2º artigo da lei está definido que a profissão é caracterizada “pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste” (BRASIL, 2002b, s/p).

O Ministério da Saúde continuou com os debates, ampliando a discussão junto às Escolas Técnicas do SUS, que abordaram sobre a competência do trabalho e a formação do Agente Comunitário de Saúde. Devido à complexidade do trabalho do ACS, após todo debate certificou-se que o curso de formação inicial não seria o suficiente. Então, foi publicado em 2004 pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação a criação de um Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, com a intenção de responder à necessidade de formação do Agente Comunitário de Saúde, mais do que qualificação básica como recomendada na lei n. 10.507 (BRASIL, 2022). O documento assinado pelos ministros da Saúde e da Educação dizia:

A relevância deste trabalhador no contexto de mudanças das práticas de

saúde e o papel social do Agente Comunitário de Saúde junto à população constituem a necessidade de sua formação, feita em nível técnico e reafirma a intenção governamental de associar educação profissional elevação de escolaridade (BRASIL, 2004b, p. 6).

Assim, juntamente ao Ministério da Educação, o Ministério da Saúde criou em 2004 o Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde. O curso possuía uma carga horária de no mínimo 1.200 horas e foi dividido em três fases, sendo: o módulo I, com carga de 400 horas, comum a todos os cursos técnicos, o módulo II, com carga de 600 horas, intitulado Ações de Promoção da Saúde: Exercendo o Papel Social e Profissional no Cuidado Integral à Saúde e o módulo III, O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: consolidando seu papel social e profissional, com carga horária de 200 horas. Ao concluir o curso de formação os ACS que tivessem o ensino médio, receberiam o certificado de Técnico em Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004).

No ano de 2006, as atribuições do ACS foram aumentadas, e com vistas a assegurar a legalidade na seleção e contratação dos ACS e paralelamente não afetar o funcionamento do PSF, construiu-se a proposta de emenda constitucional nº 7/03 aprovada na Câmara dos Deputados e no Senado Federal e em 2006 publicada, originando a emenda constitucional nº 51/06. A referida emenda incluiu ao artigo 198 da constituição novos parágrafos (Brasil, 2006c).

O processo seletivo para Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias foi a principal modificação ocorrida na emenda, esclarecendo que os gestores locais do sistema único de saúde poderiam admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação (BRASIL, 2006), na época havia mais de 200.000 profissionais no Brasil. Já não seria mais necessário a formação técnica e sim o curso introdutório. A necessidade de morar na mesma área de atuação e o ensino fundamental completo foi reafirmada.

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação (Brasil, 2006c, s/p).

Contudo a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, regulamentada pelo o § 5º

do art. 198 da Constituição, que trata do 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. O exercício da profissão implica em três condições: “I – residir na área da comunidade em que atuar; II – haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para formação de Agente Comunitário de Saúde; III – haver concluído o ensino fundamental” (BRASIL, 2002b, s/p). Fazendo assim, com que os ACS que já trabalhavam continuassem na função.

Na vigência da Portaria 2488/2011, às atribuições do ACS eram:

I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês; VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe. É autorizado ao ACS desempenhar diversas atividades nas unidades básicas de saúde, contando que estejam associadas às suas atribuições (BRASIL, 2012b, p. 48-50)

Aprovada na data de 21 de setembro de 2017, a Portaria nº 2436, “com vistas a regulamentação de implementação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção Básica à Saúde – RAS” (BRASIL, 2017). Com manutenção e modificação pressupostas do trabalho do ACS, a nova versão da PNAB traz os seguintes termos:

- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-

os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
- Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;
- Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito à agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;
- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal (BRASIL, 2017, s/p).

O Agente Comunitário de Saúde poderá ainda realizar atividades em caráter excepcional, sendo supervisionado por um profissional de saúde de nível superior, membro da equipe após formação específica e dotação de equipamento adequado, na sua área geográfica de intervenção, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

- Aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;
- Realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;
- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;
- Realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e
- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;
- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e
- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (BRASIL, 2017, s/p).

Destaca-se que nessa normatização o ACS só poderá realizar a efetivação de procedimentos que necessitem de capacidade técnica específica, se possuírem a devida formação e aprovada autorização legal (BRASIL, 2017).

Já no ano de 2018 foi aprovada a Portaria nº 83 em 10 de janeiro, que “Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde

- ACS e Agentes de Combates às Endemias - ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019” (BRASIL, 2018). Art. 5º da referida portaria, estabelece que para participar do PROFAGS os profissionais precisam atender aos seguintes requisitos:

- Estar em exercício profissional como ACS ou ACE, em órgão ou entidade vinculada à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Haver concluído o ensino médio;
- Possuir 18 (dezoito) anos completos;
- Estar vinculado a estabelecimento de saúde regularmente registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;
- Apresentar declaração de anuência do gestor local do SUS, conforme modelo do Anexo I a esta Portaria;
- Firmar Termo de Compromisso, conforme modelo do Anexo II a esta Portaria; e
- Não possuir formação técnica em enfermagem (BRASIL,, 2018, s/p)

O financiamento para este projeto vem do Ministério da Saúde sob contratos de instituições parceiras, como instituições de ensino privadas, e com apoio da Universidade Aberta do SUS - UNA SUS (BRASIL, 2018).

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece as atribuições para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Contudo, o trabalho desses colaboradores é conhecido como uma extensão dos serviços de saúde na comunidade onde atua, uma vez que, este, além de ser integrante da comunidade, dispõe com ela de uma relação pessoal. Por possuir facilidade em se comunicar com os moradores, sabe os problemas que os afetam, tornando-se assim, um personagem importante e destacando-se pela liderança natural que desempenha. Trabalha focado principalmente em ajudar no que se refere a qualidade de vida dos moradores da comunidade, desenvolvendo ações que proporcionem resolução de problemas que comprometam a qualidade de vidas das famílias, tais como aquelas relacionadas a: saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Este trabalhador é considerado na equipe de saúde como o profissional que possui maior conhecimento experienciado na área de atuação, pois conhece a dinâmica social, o modelo de organização e o conhecimento que circula entre as pessoas da comunidade e os valores da comunidade. Devido a esse conhecimento, a equipe de saúde tem uma circulação e articulação facilitadas na comunidade.

O ACS no desempenho de seu trabalho oferece para os moradores de sua área de atuação tanto a inserção aos serviços de saúde quanto o auxílio no controle da

situação de saúde das pessoas. Segundo Nunes *et al.*, (2002) o ACS é o elo de ligação entre a equipe de saúde e a comunidade, realizando traduções do universo científico ao popular, facilitando o acesso das pessoas às unidades de saúde. Ou seja, exerce “contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância, promoção da saúde, realizado por toda a equipe” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 17). Promovendo assim um “elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular” (BRASIL, 2001, p. 17).

As atribuições do agente comunitário de saúde consistem em orientar as famílias no uso dos serviços de saúde e o retorno das informações para os demais profissionais da equipe de saúde sobre a situação da comunidade que atua, suas disponibilidades e necessidades, (BRASIL, 1998). Por ser um morador da comunidade onde trabalha, o agente comunitário de saúde relaciona-se tanto com problemas que impactam os moradores da comunidade, quanto com práticas de saúde locais.

Segundo Silva e Dalmaso (2002), o trabalho desses profissionais tem referencial no modelo biomédico, outorgando aos mesmos um caráter híbrido e polifônico, contribuindo no fortalecimento de seu trabalho junto a comunidade, se configurando como mediador entre a comunidade e os serviços de saúde na implantação e consolidação do modelo assistencial.

Dentre as atribuições do ACS há uma de suma importância, que é a visita domiciliar. Esta é primordial para que a equipe de saúde possa abarcar desde o cadastramento até assistência evolutiva dos pacientes no âmbito da atenção básica (BARROS *et al.*, 2010). A visita domiciliar permite que o ACS acompanhe as famílias e as pessoas, proporcionando ao profissional de saúde, em especial ao ACS, a oportunidade de ao estar no espaço da família reconhecer suas especificidades, identificando suas circunstâncias atuais de vida.

Para Drulla *et al.*, (2009), pelo fato da visita domiciliar promover a interação com o profissional de saúde tanto no meio familiar quanto no social, traz ao ACS a facilidade de reconhecer o dia a dia, a cultura, as crenças e os costumes da comunidade que acompanha.

O ACS tem como função a identificação de problemas, o fornecimento de orientações, o encaminhamento e acompanhamento de pacientes no desenvolvimento de procedimentos direcionados à prevenção, proteção, promoção,

recuperação e reabilitação das pessoas sob sua responsabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) possui uma particularidade interventiva, que é a busca ativa: “a equipe vai às casas das pessoas, ver de perto a realidade de cada família, toma providências para evitar as doenças, atua para curar os casos em que a doença já existe, dá orientação para garantir uma vida melhor, com saúde” (BRASIL, 2006<sup>a</sup>, s/p). No trabalho do ACS a busca ativa é uma atividade recorrente. Geovanini *et al.*, (2010, p. 53) destacam,

O trabalho do ACS ajuda os demais membros da equipe a atuarem de forma mais humanista. Não se deve confundir o trabalho do auxiliar de enfermagem com o do ACS. Enquanto que o auxiliar tem papel fundamental para o desenvolvimento das técnicas adequadas, o ACS, como membro da comunidade, funciona como elo permanente entre o saber científico e o saber popular. O ACS tende a trabalhar bem com a comunidade, pois conhece seus valores, suas crenças e as suas questões culturais (GEOVANINI *et al.*, 2010, p. 53).

Bachili *et al.*, (2008) destacam “os ACS se sentem responsáveis [...] o espaço em que eles vivem é o mesmo onde atuam, as pessoas de suas realidades sociais são as mesmas para quem dirigem as suas ações de cuidado”. A atuação dos ACS é fundamental para aproximar a população dos serviços primários de saúde. Construir compromisso e desempenhar um papel fundamental como educador em seu campo de atuação (MARCHIORI *et al.*, 2016, p. 171).

Visitar no mínimo uma vez por mês cada família da sua comunidade, identificar situação de risco e encaminhar para os setores responsáveis, pesar e medir mensalmente as crianças menores de dois anos e registrar a informação no cartão da criança, incentivar o aleitamento materno, acompanhar a vacinação periódica das crianças e gestantes, orientar famílias no caso de desidratação, identificar gestantes e encaminhá-las ao pré-natal, orientar métodos de planejamento familiar, orientar prevenção HIV, orientar cuidados em situações endêmicas, monitorar dermatoses e parasitose, realizar ações educativas para prevenção do câncer do colo de útero e mama, orientações sobre climatério, atividades de educação nutricional, educação de saúde bucal, supervisionar tratamentos domiciliares de doenças crônicas, prevenção e promoção da saúde do idoso, identificar portadores de deficiência física para apoio no próprio domicílio (BRASIL, 2011, p. 5-6).

Em geral, as funções do ACS envolvem diferentes tarefas. O cadastro das famílias é o ponto de partida para a inclusão na comunidade. O cadastramento é feito no Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde (SIAB). Franco *et al.*, (2014) considera o cadastramento como o principal instrumento de monitoramento das ações

da ESF. Este sistema permite controlar os detalhes epidemiológicos e sanitários do território.

O cadastramento é uma das etapas de trabalho, a qual consiste em registrar na ficha de cadastro do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), informações sobre cada membro da família assistida a respeito das variáveis que influenciam a qualidade da saúde, como situação de moradia, condições de saúde etc. Essas informações, uma vez consolidadas e analisadas, serão discutidas junto à comunidade e posteriormente encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, que por sua vez enviará cópia para a Secretaria Estadual de Saúde. Uma vez reunidas e processadas no estado, darão origem a um relatório a ser encaminhado ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

O cadastro possibilita conhecer as reais condições de vida das famílias que residem na área de intervenção da equipe como composição da família existência de população indígena, quilombola ou sedentária, escolaridade, acesso ao saneamento básico serviços, o número de pessoas por sexo e idade, condições de habitação, desemprego, as doenças referidas, etc. É importante identificar instituições existentes no território como escolas, creches, comércio, praças, Instituições de Longa Permanência (ILPI), igrejas, templos, cemitérios, lixo / aterros sanitários, etc. (BRASIL, 2009). Cada ACS deve elaborar um mapa de sua área de atuação, estabelecer circuitos de circulação, planejar visitas domiciliares e identificar necessidades de intervenção (SAITO, 2014). Tais informações podem auxiliar no diagnóstico das necessidades da comunidade.

A identificação de micro área de risco refere-se a “verificar áreas que apresentam algum tipo de perigo para a saúde das pessoas que moram ali como inexistência ou precariedade do sistema de tratamento de esgoto sanitário, de abastecimento de água, doenças infectocontagiosas, bem como pontos que necessitam de intervenção da equipe de saúde” (BRASIL, 2001, p.7).

O Agente Comunitário de Saúde também deve realizar reuniões e encontros com “grupos diferenciados, para planejar e definir ações prioritárias e também realizar ações intersetoriais na esfera da educação, cidadania, direitos humanos” (BRASIL, 2001, p. 7). Todas as atividades devem ser supervisionadas e orientadas pelo enfermeiro responsável em desenvolver a capacitação do ACS. As ações intersetoriais possibilitam promover reuniões e encontros com grupos diferenciados, incentivando a participação das famílias e comunidade na discussão do diagnóstico comunitário de

saúde e planejamento de ações específicas na área da saúde (BRASIL, 2001, p. 7).

As atribuições do ACS, apresentam algumas complexidades, tornando-se assim necessário um planejamento para realização delas. Por isso, é de fundamental importância que o ACS receba orientações e treinamentos com periodicidade para executar suas atribuições (SILVA E RODRIGUES, 2000). Essas capacitações e treinamentos são necessárias para ajudar o ACS a expandir suas competências e habilidades técnicas, com intuito de transmitir de maneira clara e objetiva, os conhecimentos adquiridos e exigidos no andamento de seu trabalho (ESPÍNOLA E COSTA, 2006), sendo necessário levar em conta que devido a diversidade e complexidade de seu trabalho, por várias vezes estes profissionais excedem a área da saúde propriamente dito (BORNSTEIN E STOTZ, 2008).

O ACS, por meio de suas atividades cotidianas e de seu envolvimento na comunidade tem a possibilidade de abordar os usuários que precisam de cuidados voltados para a saúde mental de forma contínua e progressiva, visto que este profissional também vive na mesma comunidade e compartilha das mesmas experiências que esses moradores. O ACS é, portanto, um componente fundamental da interação entre a equipe da ESF e a comunidade (CAMURI E DIMENSTEIN, 2010). O Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde foi criado pelo Ministério da Saúde no ano de 2009, com o intuito de orientar sobre as atividades do ACS frente ao tema saúde mental, bem como acerca de sua atuação sobre a questão do uso e abuso de drogas. O referido guia estabelece as funções do Agente Comunitário de Saúde perante à população usuária de drogas: o estímulo e desenvolvimento de ações preventivas nas escolas, locais de trabalho, associações e outros espaços que se configurem como aliados à promoção da saúde.

Nesse material criado pelo Ministério da Saúde (MS), os ACS, podem obter informações básicas para reconhecer sinais e sintomas do uso de drogas ou até da dependência química (Brasil, 2009).

Devido ser o primeiro profissional que tem o contato com um usuário de drogas, o ACS configura-se como um mediador entre a Estratégia Saúde da Família e esse público. Sua atuação é considerada de suma importância no acolhimento dos pacientes e no desenvolvimento de mecanismos para abordagem do uso de álcool e/ou drogas, bem como de sua família, visando a possibilidade de um acompanhamento apropriado para cada caso (BRASIL, 2009).

Nessa conjuntura, a Educação Permanente em Saúde configura-se como uma

importante ferramenta para o desenvolvimento do trabalho do ACS junto a usuários de álcool e/ou drogas bem como de seus familiares, pois, Almeida (1999), analisa que a identificação da educação em saúde carrega consigo a definição pedagógica da metodologia educativa que analisa o cotidiano do trabalho ou aprendizagem em saúde, permeabilizando suas relações concretas que regem a realidade e possibilita criar espaços coletivos de contemplação e avaliação do significado das ações produzidas no cotidiano.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), ao mesmo tempo em que busca a atualização diária da prática de acordo com os mais recentes subsídios teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, faz parte de uma construção necessária de relações e processos que emanam das equipes em ação conjunta, - envolvendo seus agentes -, na prática organizacional, - envolvendo a instituição e/ou o setor saúde, - e na prática interinstitucional e/ou intersetorial, - envolvendo políticas nas quais apontam os atos de saúde (CECCIM, 2005).

A Educação Permanente em Saúde pode ser consistente com a Educação em Serviço, no que diz respeito à relevância do conteúdo, ferramentas e recursos para a formação técnica apresentada para mudanças institucionais ou mudanças na prática política das ações cometidas em certo tempo e lugar. Isso pode ser consistente com a educação continuada quando se trata de estabelecer objetivos de estrutura institucional e dedicar carreiras ao serviço em horários e locais específicos.

Podendo também considerar a Educação Formal dos profissionais, no momento em que esta se apresenta frente às diferentes realidades da experiência profissional e fosse colocada em aliança de integração entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2005).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a lógica da educação permanente é a descentralização, crescente e interdisciplinar. Essa abordagem pode trazer: democratização institucional; o desenvolvimento de competências para a aprendizagem, competências para a docência e adaptação criativa a situações de saúde; de desenvolver trabalhos em equipes matriciais com melhorias permanentes ao que se refere ao cuidado à saúde, assim como instituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

A percepção da produção viva das práticas e do conhecimento do dia a dia de trabalho é significativa. Porém, de nada adianta uma política de indução apenas para erigir uma educação permanente, como muitos pensam, porque a prática da

educação permanente acontece como parte constitutiva do mundo do trabalho, em todas as suas dimensões na área da política, organização e cuidado (MERHY, 2014), geralmente com efeito sobre o próprio trabalhador (MERHY, 2015).

Campos (1999), aborda que o modelo de assistência colaborativa introduzido no Brasil é o Apoio Matricial (AM), que foi utilizado inicialmente no final do século XX. O qual propõe uma nova forma de organização da saúde com a estruturação de novos processos de trabalho que envolvam diferentes equipes no cuidado dos sujeitos, com vistas à corresponsabilização dos casos, integrando várias especialidades e níveis de atenção. Como conceito inovador em saúde, o apoio matricial é o processo de trabalho em que especialistas dão suporte às equipes da AB para produzir melhor assistência aos usuários atendidos nesse nível de atenção, por meio de ações terapêuticas concomitantes e atividades educativas, atribuindo assim, uma dimensão técnico-pedagógico (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

O apoio matricial é uma prática interdisciplinar e a proposta é que profissionais da AB e especialistas de diferentes áreas trabalhem juntos, com o objetivo de qualificar a assistência prestada na AB e reduzir encaminhamentos desnecessários (CHIAVERINI *et al.*, 2011) com pouca ou nenhuma necessidade aparente que fundamente o atendimento especializado. A organização do trabalho deve ser feita de forma a favorecer as colaborações, onde o ambiente favoreça a troca de saberes entre os profissionais, expandindo assim suas perspectivas sobre a doença e as formas de tratamento dos sujeitos (FAGUNDES *et al.*, 2021).

O Matriciamento ou Apoio Matricial é uma nova forma de proporcionar saúde, onde duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, tecem conjuntamente propostas de intervenções pedagógico-terapêutica. Durante a integração à saúde mental à atenção primária no Brasil, esse novo modelo tem norteado as experiências em diferentes municípios nos últimos anos. Esse apoio matricial, elaborado por Campos (1999), estruturou em nosso país uma modalidade de cuidado colaborativo entre saúde mental e atenção primária (CHIAVERINI *et al.*, 2011).

Tradicionalmente, o sistema de saúde tem sido organizado verticalmente (hierarquicamente), sendo diferenciada a autoridade entre quem encaminha um caso para quem encaminha, ocorrendo uma transferência de responsabilidades ao realizar o encaminhamento. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos é muitas vezes precária e irregular, geralmente por meio de relatórios escritos, como pedidos

de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolução.

Especificamente no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) atuam como equipes de referência interdisciplinar e, além da atenção especializada que emprestam, têm responsabilidade sanitária que inclui o cuidado a longo prazo.

### **1.3 PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS): ATUAÇÃO DO ACS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE FRENTE A ESSES SERVIÇOS**

A história das organizações de saúde impulsionadas pela APS caracterizou-se por uma trajetória de contínua reestruturação até ser integrada como política de reforma como alternativa à crise em curso do moderno sistema de saúde (CONILL, 2008).

O conceito moderno de APS teve origem no Reino Unido em 1920 no relatório Dawson, que apoiou a organização do sistema de atenção à saúde em diferentes níveis: serviços domiciliares, centros de saúde primários, centros de saúde secundários, serviços suplementares e hospitais de ensino.

Esse documento clássico descrevia as funções de cada nível de atenção e as relações entre eles, e foi o texto de partida para a regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizados em torno da saúde pública, que influenciou na organização desses sistemas em diferentes países do mundo. Além disso, este documento é a proposta original do RAS coordenada pela APS (MENDES *et al*, 2019).

Mas, foi o estudo clássico de White *et al* (1961), que certamente chamou a atenção para a "atenção médica primária", demonstrando que a grande maioria dos atendimentos médicos nos Estados Unidos e Reino Unido era realizada nesse nível de atendimento, mostrando que os atendimentos em hospitais universitários representavam apenas uma fração distinta do total.

Durante o início dos anos vinte até o final dos anos setenta, houve vários movimentos que levaram direta ou indiretamente à APS. Um desses movimentos, foi a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido no ano de 1948, e adesão dos clínicos gerais como embriões para cuidados de saúde da família e da comunidade (LAKHANIM *et al*, 2007 in MENDES, 2015).

Vários movimentos emergiram durante a década liberal dos anos sessenta, considerado como movimentos de suma relevância, sendo: o movimento feminista e

a pílula anticoncepcional, a ascensão dos movimentos pacifistas e ecológicos, a saúde materno-infantil, os estudos de Escore de Framingham (EF) sobre fatores de risco para doenças cardiovasculares, a publicação do estudo acerca da saúde e tabagismo publicada pelo Cirurgião Geral dos Estados Unidos, o surgimento das organizações de manutenção da saúde americanas, a proposta ilegal de desmedicalização da atenção à saúde, o Dr. Halfdan Mahler em um papel de liderança importante na direção da Organização Mundial da Saúde, e outros (SAKELLARIDES, 2001 in MENDES, 2015).

Todos esses movimentos, culminaram em um clima favorável nas áreas cultural e política para o estabelecimento da APS em proporção planetária, que foi realizada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, em 1978, por recomendação da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, UNICEF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979 in MENDES, 2015).

Segundo Castro *et al* (2017), desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata em 1978 em vários países surgiram avaliações e redefinições, acerca da Atenção Primária à Saúde conforme descrito abaixo:

Organizada para ser o contato inicial do indivíduo, da família e da comunidade com o serviço de saúde, oferecendo a atenção integral e continuada do cuidado, a APS deve estar adequada às diferentes realidades, econômicas, políticas e culturais, atuando sobre determinantes sociais e com destaque para a equidade e solidariedade (CASTRO et al., 2017, p. 295).

Para Mendes (2012), no Brasil a APS tem uma história distinta, podendo ser registrada por fases de desenvolvimento. O autor retrata que a primeira fase iniciou, em 1924, com a criação dos Centros de Saúde da USP; esses centros provavelmente foram influenciados pelo pensamento dawsoniano do Reino Unido. A segunda fase ocorreu no início da década de 40 com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Instituição Nacional de Saúde. A terceira fase, criada em meados da década de 60, foi desenvolvida nas Secretarias Estaduais de Saúde, mantendo o núcleo tecnológico original do sespiano, focando suas ações na prevenção de doenças, mas integrando a atenção médica em um modelo voltado especificamente para a assistência materno-infantil e para doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase verticalidade.

A quarta fase, ocorrida na década de 1970, é contemporânea da emergência,

no cenário internacional, da proposta da APS que seria referenciada na Conferência de Alma Ata de 1978. Esta fase iniciou seu desenvolvimento na forma de programas de extensão explicitamente referidos pelo reconhecimento da APS como um programa de atenção primária exclusiva com o objetivo de expansão da cobertura. Iniciados como projeto piloto nas universidades, culminaram no Programa de Interiorização da Saúde e Saneamento que teve início no Nordeste em 1976 e atingiu nível nacional em 1979 (MENDES, 2015).

A quinta fase ocorreu no início da década de 1980, coincidindo com uma grave crise Previdenciária Social que levou o estabelecimento das Ações Integradas de Saúde (AIS) que conduziram, parte da cultura de atenção médica do INAMPS, para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública. A implantação do SUS leva a sexta fase que ocorre por meio da municipalização das unidades de APS dos estados que transferiram à administração dos municípios, o que ocasionou uma expansão significativa dos cuidados primários (MENDES, 2015).

Segundo o referido autor, a implementação do Programa Saúde da Família - PSF representa a sétima fase de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira denominada fase da atenção básica à saúde e está em vigência nos dias atuais. Pela primeira vez, uma dimensão qualitativa foi adicionada à dimensão quantitativa da expansão da APS. Não se tratava, apenas, de fazer mais do mesmo jeito, mas de fazer mais e com qualidade diferentemente do atual modelo seletivo de atenção primária ou dos modelos de medicina de família. Esta fase foi influenciada por modelos de medicina familiar e comunitária praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba, mas sua referência mais relevante foi da experiência Programa de Agentes Comunitários de Saúde implementada no Ceará e ampliada com a introdução de médicos e enfermeiros.

O fortalecimento efetivo da Estratégia de Saúde da Família – ESF, é a oitava fase da Atenção Primária à Saúde. Estruturar a ESF, na verdade, significará construí-la com base em evidências produzidas internacionalmente e no Brasil, como a política de APS do SUS, que atua como estratégia de organização do sistema público de saúde brasileiro e como centro de comunicação para a RAS. Além disso, isso significará a criação de uma nova agenda para a APS, que terá como foco a superação das questões que definiram limites do PSF e levam ao enfraquecimento do ciclo da APS (MENDES *et al*, 2019).

Tasca (2020), salienta que ao que se diz respeito a estratégia de cuidado

utilizada, quanto a maneira em relação a atenção que a delinea, a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Básica à Saúde são consideradas semelhantes.

Segundo Mendes (2015), no Brasil, apesar do discurso oficial da APS como estratégia organizacional do SUS, coexistem diferentes modelos de estruturação dos cuidados primários. Mesmo sob o nome comum de PSF ou ESF convivem diferentes tipos de cuidados primários. Existe um modelo tradicional em que clínicos gerais e enfermeiras sem formação especial em saúde da família desenvolvem atendimento à população com ênfase em consultas médicas e de enfermagem. O autor ainda relata sobre o modelo Semachko, que é baseado na experiência bolcheviques na organização de cuidados primários à saúde por um trio de médicos especialistas: clínico-geral, obstetra-ginecologista e pediatra.

Existe também o modelo de medicina de família e comunidade no sentido estrito do termo, inspirado nos modelos europeu e canadense, em que o atendimento é centralizado por meio de consultas médicas realizadas por médicos generalistas ou especialistas em medicina de família e comunidade. E há um formato do PSF onde é ofertado serviços por clínicos gerais e enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, outros profissionais de nível superior na forma de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de agentes comunitários de saúde. Por fim, existem modelos mistos que articulam alguns desses diferentes modelos na mesma unidade APS (MENDES, 2015).

Sobre as terminologia, frequentemente há debates acerca do termo mais apropriado para cuidados de primeiro nível de atenção básica. E, no Brasil, esse debate ganha contornos especiais contrariando a tendência internacional de utilizar a "Atenção Primária" (AP), o governo brasileiro formalizou o vocábulo "Atenção Básica" (AB), nomeando assim, suas secretarias e documentos oficiais (BRASIL, 2006a).

Porém, ao mesmo tempo que alguns entendem que "básica" vem de base, e não do básico, do simples; outros interpretam a palavra "primário" como elementar, principal e não elementar ou primitivo. Essa questão gera polêmica em vários campos acadêmicos e profissionais. Mendes (2005) traz seu conceito da seguinte forma:

No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a atenção primária se denomina aqui de atenção básica, o que, para mim, reforça essa concepção de algo simples que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário, o significante primário quer referir-se ao 'complexíssimo' princípio da APS, o do primeiro contacto (MENDES, 2005, p.2).

Atualmente, até mesmo documentos oficiais mostram incerteza sobre qual seria a terminologia mais adequada. "Diretrizes operacionais dos acordos vitalícios, na proteção do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006b) podem ser lidas no documento "Fortalecimento da Atenção Básica" como prioridade do Pacto pela Vida. Neste documento de 76 páginas, o termo "Atenção Primária" não é mencionado. Por outro lado, na Nota Técnica 06/2006, editada pelo CONASS, "Para entender o Pacto pela Saúde 2006 – Volume I" tanto no tópico quanto no texto, as locuções idiomáticas são postas alternadamente e os tópicos mencionados acima são apresentados como "Fortalecimento da Atenção Básica /Primária" (CONASS, 2006, p.8).

Esta inconstância sobre esta terminologia, indica uma disputa ideológica, devendo levar em conta uma terceira expressão "Atenção Primária à Saúde" (APS), que significa "Primary Health Care" (PHC) em inglês, inventada para a Conferência de Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978) e menos presente nos documentos oficiais brasileiros, é provavelmente a expressão que melhor corresponde à proposta de universalidade e participação social do Sistema Único de Saúde (SUS) e o modelo comunitário da Estratégia Saúde da Família. A tradução de PHC também inclui algumas variações terminológicas como "Atenção Básica em Saúde" (RIBEIRO, 2002), "Atenção Básica à Saúde" (BRASIL, 2007) e "Atenção Primária à saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005; CONASS, 2007).

A medida que fortalecem os debates sobre os modelos assistenciais no país, esse debate ressurgiu de tempos em tempos, ora apresentando a própria questão conceitual, ora sobre a questão das práticas de saúde (CANTILLANO, 1983; GIL, 2006; RIBEIRO, 2002). No entanto, estabelecer comparações diretas entre as origens e os significados de diferentes termos relacionados ao primeiro nível de atenção em saúde, implica que eles sejam diluídos ou dados a priori em diferentes estruturas históricas.

Segundo Madison, (1983); Nutting *et al.*, (1985), esta dicotomia entre AP e APS está bem definida na literatura norte-americana. Barbara Starfield, uma das principais autoras da área, escolheu "Primary Care" no título de seu livro principal (STARFIELD, 1998).

No entanto, o conceito de AP funcional geralmente se limita a indicadores de assistenciais: prestação de serviços de cuidado à saúde interligados e acessíveis, por

meio de médicos responsáveis por atender a grande maioria das necessidades de cuidados pessoais de saúde, construindo parcerias duradouras com pacientes e aplicada no contexto da família e comunidade (STARFIELD *et al.*, 2005).

Por outro lado, argumenta que, ao moldar a AP baseada nos quatro aspectos elementares - primeiro contato, abrangência, continuidade e coordenação do cuidado, tanto individualmente quanto coletivamente - um sistema de saúde alcançará os conceitos básicos contidos na Declaração de Alma-Ata (STARFIELD, 1994).

De qualquer maneira, não há possibilidade de encontrar um acordo isolado na definição de "Atenção Primária" no ambiente acadêmico norte-americano. Procurando a melhor identificação dessa estrutura organizacional para esta forma de abordagem, Parker *et al.*, (1976) alcançaram 92 outros variados conceitos de diferentes perspectivas apenas nos EUA.

Atualmente observa-se o crescente uso dos termos AP e APS no Brasil, sem uma explanação específica. No entanto, é evidente sua coincidência com seu amadurecimento acadêmico na Medicina de Família no país, o que faz pensar na influência da literatura internacional. Colaborar para esta visão, é claramente uma escolha da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade pelo uso dos termos AP e APS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2006).

Por outro lado, não há informações para esclarecer a razão do SUS, na contracorrente internacional, ter adotado a denominação "Atenção Básica", tendência usada na regulamentação de suas normas operacionais básicas. Os fatos apontam para escolhas ideológicas na definição de "matrizes discursivas" vinculadas na forma do discurso contra-hegemônico, de acordo com os princípios do movimento preventivista (AROUCA, 2003).

Donnangelo (1979) vê no Brasil iniciativas relacionadas a programas de medicina comunitária como estratégia para crescimento das práticas médicas, no exercício com mais apoio para gerir as tensões sociais e o conteúdo da força de trabalho. No Brasil, Merhy (2002) avaliou que a tradução dos princípios da APS, permaneceu na perspectiva da AB reformista, também com uma propensão medicalizante e geradora de dependência. Conill (2008), ponderando a questão mais recente, percebeu em um primeiro momento a direção da AB por meio do Programa Saúde da Família (PSF) concebida de forma "vertical" e "seletiva", tendo uma evolução política próxima da ideia original da APS (BRASIL, 2006a).

A atual política ordenadora e coordenadora de cuidados em saúde, conceitua a Atenção Básica como a porta de entrada dos usuários às Redes de Atenção em Saúde, visto que sua localização se dá no local mais próximo da moradia das pessoas. A AB deve ser orientada pelos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a, p. 19).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a, p. 19)

Silva (2011), destaca que a Atenção Básica – denominação que ainda é consolidada no Sistema Único de Saúde (SUS), ao invés, de APS, e endossada pela PNAB deve ser a organizadora da rede. Para o autor, as equipes de AB e as Equipes Saúde da Família (ESF) são estratégias que proporcionam longitudinalidade/continuidade da atenção, construção de vínculos, resolubilidade no nível inicial do cuidado.

Em meados de 1994, a APS, ou mais conhecida no Brasil como Atenção Básica, concebeu o Programa Saúde da Família como forma importante de organizar o sistema de acordo com as normas do SUS. Inicialmente, o Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto como uma área de (re)estruturação da APS, baseada em ações de promoção da saúde, prevenção de eventos prejudiciais, assistência e reabilitação com qualidade, o que proporcionou uma maior aproximação entre os serviços e a população (JUNQUEIRA *et al*, 2009; SIQUEIRA *et al*, 2005). O PSF tornou-se Estratégia Saúde da Família (ESF) – tida como estratégia estruturante para a adequação dos modelos assistenciais na Atenção Primária (JUNQUEIRA *et al*, 2009).

A ESF surgiu para edificar um novo olhar sobre a APS, substituindo o modelo biomédico por novos cuidados e práticas de atenção e cuidado à saúde, rompendo com jeitos tradicionais de funcionamento e criando maior interação e respeito entre profissionais e usuários. Desde a criação do SUS, após mais de 20 anos, houve vários progressos no desenvolvimento da APS, em especial, o aumento da cobertura assistencial em áreas até então desassistidas (DEMARZO *et al*, 2012; LINARD *et al*,

2011).

No entanto, mesmo os inegáveis avanços alcançados com o SUS e implementação do PSF, seus princípios norteadores ainda não foram plenamente concretizados no cotidiano dos serviços de saúde (LINARD *et al*, 2011), especificamente destacando-se: (I) o desafio de compreender e praticar a integralidade na APS; (II) o desafio de melhorar e adequar o perfil dos profissionais/funcionários da ESF; (III) qualificação, inserção e práxis do ACS; (IV) dificuldades no trabalho em equipe nas unidades da ESF (MOTA e BATISTA, 2015).

A reorganização do APS - como proposta pelo ESF - é realizada por meio de ações de promoção da saúde prevenção de riscos de doenças, assistência e reabilitação com qualidade, o que, sem dúvida, beneficia a aproximação dos serviços à população (OPAS/OMS; 1998)

Nesse sentido, a ESF se destaca como estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006 b), já está sendo consolidada como uma das principais políticas de saúde do governo federal brasileiro.

As propostas de vigilância em saúde ou construção social da saúde – princípio que a ESF deve assumir – vão além dos modelos assistenciais vigentes para abordar, contestar e consolidar o SUS. De fato, alguns estudos mostram que, entre 1998 e 2004, a ESF expandiu-se significativamente em todas as regiões do Brasil, mas com maior cobertura em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), fato que se modificou ao longo do tempo (CONILL, 2008). Outros já estão mostrando que a ESF – e seu foco na APS – está tendo um impacto significativo em vários indicadores de saúde, diminuindo os gastos gerais com melhoria do acesso aos serviços de saúde e qualidade global da atenção. Além disso, facilita a detecção precoce de problemas associados à saúde, contribuindo com a redução de internações e também redução do uso de cuidados desnecessários na atenção especializada à saúde (GOMEZ, *et al*, 2011).

Além de unificar e reafirmar os princípios do SUS, a ESF atua em três esferas- usuário, família e comunidade. Nesse contexto, a ESF considera a importância da família em seu espaço social, lidando com seu contexto socioeconômico e cultural, e entendendo que é na família que ocorrem relações e conflitos que afetam diretamente o processo saúde-doença (MOTTA e BATISTA, 2015).

Atualmente as ESF estão inseridas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) que teve sua origem na década de 1920 no Reino Unido, quando o Relatório Dawson foi

publicado, depois de um grande debate sobre as mudanças no sistema previdenciário dessa união política após a Primeira Guerra Mundial. Sendo o referido relatório o marco da ideia de Atenção Primária Saúde como meio de organização dos sistemas nacionais de saúde, visando a proposta da reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra em serviços organizados de acordo os níveis de complexidade e os custos do tratamento (MINISTRY OF HEALTH, 1920. In: PORTELA, 2017).

Este documento contém a primeira proposta de organização de sistemas de saúde regionalizados, cujos serviços de saúde devem ser prestados por meio de uma organização ampliada que atenda efetivamente às necessidades da população. Além disso, esses serviços deveriam estar disponíveis para toda a população e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no ambulatório quanto nas unidades secundárias de saúde, que estão intimamente ligadas aos hospitais. O debate sobre a reformulação dos sistemas de saúde segundo a lógica da RAS tem marcos ainda mais atuais, que emergiram a partir da reunião de Alma-Ata realizada em 1978 (OPAS; OMS, 2011).

Nos Estados Unidos o tema foi retomado na década de 1990, sinalizando um esforço para superar o problema da fragmentação do sistema de saúde (OLIVEIRA, 2016). Segundo, Mendes (2011), os sistemas de saúde fragmentados são aqueles organizados por meio de uma série de centros de saúde isolados e desconectados uns dos outros. No entanto, o cuidado contínuo à população não pode ser prestado, pois para o autor a atenção primária não se comunica perfeitamente com a atenção secundária, e esses dois níveis nem sequer se articulam com a atenção terciária, sistemas de apoio ou sistemas logísticos.

Em contrapartida, o sistema de atenção integrativa, RAS, é um sistema organizado por meio de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011). Devido a problemática da fragmentação, ocorreu investimentos na prestação de serviços contínuos a uma população específica, delimitado territorialmente, voltados para a atenção primária à saúde (APS), elaborados de maneira interdisciplinar, com integração de serviços de saúde e sistemas de informação. Uma experiência semelhante foi documentada no Canadá. Na Europa Ocidental, a RAS é usada em países como Noruega, Suíça, Holanda, Valência, França, Alemanha, Inglaterra e Irlanda. Nos países da América Latina, a implementação da RAS ainda está em fase inicial, sendo o Chile o país com mais experiência na área (MENDES, 2001;

KUCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010).

Admite-se, na literatura internacional, que os sistemas de saúde organizados em Redes de Atenção à Saúde cujos modelos se estruturaram com base na Atenção Primária forte, resolvendo problemas e coordenando o cuidado ao usuário, apresentam melhores resultados do que aqueles cujo modelo de Atenção Primária ou Saúde Básica é frágil (MENDES, 2009).

Essa evidência vem de estudos realizados em diversos países, inclusive no Brasil, e indica quais características da Atenção Primária à saúde (APS) podem levar a um sistema de saúde mais eficiente, reduzir custos e ser mais satisfatório para a população e mais justo, ainda que frente às adversidades sociais (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; ALMEIDA; BARROS, 2005; STARFIELD, 2004; WYKE; CAMPBELL; MACIVER, 1992; BOWLING; BOND, 2001). Pois, para Mendes (2011) os sistemas de saúde são respostas sociais deliberadamente organizadas para responder às necessidades, demandas e tendências das sociedades. Nesse sentido, devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam em grande parte em situações demográficas e epidemiológicas singulares.

Essa situação de saúde não pode ser apropriadamente atendida por um sistema de atenção à saúde fragmentado, reativo, episódico, destinado principalmente a lidar com condições agudas e crônicas agravantes. Por esta razão, é necessário restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolve o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma nova forma de organizar o sistema de saúde em sistemas integrados que corresponda, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

Mendes (2011) aborda ainda que a análise histórica feita por Ham (2007, in MENDES, 2011) sobre os sistemas de atenção à saúde mostra que os sistemas de saúde se voltaram até a primeira metade do século XX para as doenças infecciosas, e na segunda metade do mesmo século para as doenças agudas. E afirma que, no começo do século XXI, os sistemas de atenção à saúde devem ser profundamente reformulados para lidar com as doenças crônicas. As razões do pensamento de Ham estão resumidas na citação:

O paradigma predominante da doença aguda é um anacronismo. Ele foi formatado pela noção do século XIX da doença como uma ruptura de um estado normal determinada por um agente externo ou por um trauma. Sob

esse modelo a atenção à condição aguda é o que enfrenta diretamente a ameaça. Mas a epidemiologia moderna mostra que os problemas de saúde prevalentes hoje, definidos em termos de impactos sanitários e econômicos, giram em torno das condições crônicas (HAM, 2007, in MENDES, 2011, p. 46).

Depreende-se que a "doença aguda" ocasionam sintomas e sinais logo após a exposição à causa, com curso repentino, que geralmente resulta em recuperação total ou morte rápida; referindo-se a "doença crônica", esta causa sintomas e sinais duradouros por um período variável de tempo, com recuperação apenas parcial (Philips *et al*, 1995, p. 226).

A Organização Mundial de Saúde adverte acerca dessa problemática ponderando que os sistemas de saúde devem adotar o conceito de tratamento de problemas de saúde de longo prazo pelo fato de os atuais sistemas de saúde terem sido desenvolvidos para tratar dos problemas agudos e das necessidades prementes dos pacientes, eles foram desenhados para funcionar em situações de pressão. Por exemplo, a realização de exames, o diagnóstico, a atenuação dos sintomas e a expectativa de cura são características do tratamento dispensado atualmente. Além disso, essas funções se ajustam às necessidades de pacientes que apresentam problemas de saúde agudos ou episódicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003 in MENDES, 2011).

No entanto, observa-se uma grande disparidade quando se adota o modelo de tratamento agudo para pacientes com problemas crônicos. O tratamento para as condições crônicas, por sua natureza, é diferente do tratamento dispensado a problemas agudos. Nesse sentido, os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. De fato, os sistemas de saúde não evoluíram, de forma perceptível, mais além do enfoque usado para tratar e diagnosticar doenças agudas. O paradigma do tratamento agudo é dominante e, no momento, prepondera em meio aos tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes. Para lidar com a ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo predominante. O tratamento agudo será sempre necessário, pois até mesmo as condições crônicas apresentam episódios agudos; contudo, os sistemas de saúde

devem adotar o conceito de tratamento de problemas de saúde de longo prazo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003 in MENDES, 2011).

Assim, a lógica técnica da crise nos sistemas de saúde é enfrentar as condições crônicas com a mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos de agravamento das condições crônicas - que geralmente são percebidos pelas próprias pessoas por meio da atenção às necessidades espontâneas, principalmente em ambulatório ou pronto-socorro hospitalar. E negligenciando a necessidade de atenção constante durante os períodos de silêncio das condições crônicas quando se desenvolvem insidiosas e invisíveis (MENDES, 2011).

Assim, gradativamente vem se consolidando o consenso de que a organização dos sistemas de saúde em forma de redes integradas é a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficiente às populações assistidas, com possibilidade de gerar vínculos de cooperação e solidariedade entre equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde (WHO, 2008; OPAS, 2005). No Brasil, a organização do SUS na forma de redes de atenção também foi definida como estratégia para consolidar seus princípios: universalidade, integralidade e equidade (MENDES, 2011).

Sobre a questão das redes de atenção à saúde no Brasil, La Forgia (2006) pondera que o problema se caracteriza pela preponderância da fragmentação, que é a norma e não a exceção, o que significa duplicação de serviços; deficiências de escala e escopo; má qualidade decorrente do cuidado descontínuo; e altos custos de tratamento devido à má gestão de doenças crônicas. Diferentes partes do sistema de saúde não funcionam como um todo. Entre os vários prestadores de serviços, há pouco esclarecimento acerca dos recursos, equipes e tecnologia. O sistema de saúde ainda não está preparado para lidar com os complexos problemas causados pelas doenças crônicas, que respondem por 2/3 da carga de doenças do país (OLIVEIRA, 2016).

A fragmentação do SUS como situação hegemônica especificamente, impede que o sistema seja verdadeiramente um sistema e atenda seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e igualdade, além de sua natureza descentralizada e de participação popular. A possibilidade de atender todos esses princípios passa, inicialmente, pelo cumprimento do artigo 198 da Constituição Federal (CF/1988), que estabelece que: "as ações e os serviços públicos de saúde

integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um único sistema (...)” (BRASIL, 1988, art. 198 pg. 119).

Assim, compreende-se que a definição de rede inclusa, ou melhor, ditada pela própria constituição, na verdade, é a definição de integralidade da assistência à saúde do cidadão que molda o sistema de saúde como uma rede de serviços e relacionamentos (MATTOS, 2001; FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

Segundo Mendes *et al* (2011), na literatura tanto nacional e quanto internacional existe uma extensa produção sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e sua importância para a certificação dos sistemas de saúde, que se justificam, entre outras coisas, pela crescente incidência e prevalência de doenças crônicas, bem como pelo maior potencial de edificar integridade e intervir nos custos crescentes dos sistemas de saúde. Tais produções destacam o fato de que estruturar sistemas em rede é a formamais eficaz de efetivação da integridade, princípio precursor do SUS constitucional brasileiro (SILVA *et al*, 2013).

No Brasil, o tema vem sendo abordado recentemente, mas com crescente desenvolvimento. Em 1988, o país passou por mudanças significativas no campo dos serviços de saúde, uma das quais foi a criação do Sistema Único de Saúde, estabelecido pela Constituição da República Federativa do Brasil. A alteração nos serviços de saúde concentra-se nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Atenção Primária à Saúde (APS). Dentre as mudanças nos serviços de saúde, tem sido recomendada a criação de vínculo entre profissionais e usuários e melhor suporte na prestação de serviços por meio da criação de redes (LIMA *et al*, 2015).

A Estratégia Saúde da Família surgiu na década de 1990 e desde 1994 até os dias atuais é considerada uma forma de reorganização do modelo de atenção à saúde. Mas, é considerada incompleta por não ter superado um modelo biomédico hegemônico presente nas políticas de saúde do país. As RAS surgiram como uma nova forma de organização dos serviços de saúde e privilegiam os recursos humanos como principal requisito para a estruturação das redes (GONÇALVES *et al*, 2014).

O principal ponto de implementação nos serviços de saúde estaduais e municipais por meio de uma organização dos serviços de saúde na forma de Redes de Atenção à Saúde frente a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde dos usuários do SUS, é cabido com grande destaque no final da década de 1990 e em 2010 quando surge a portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010 que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito

do Sistema Único de Saúde - SUS. (BRASIL, 2010).

Amaral e Bosi, (2016) apontam que, desde a criação do SUS, já se visava uma melhor organização dos serviços de saúde por meio de redes, mas somente em 2010 se materializou a organização dos serviços de saúde em Redes de Atenção à Saúde. Entre a criação do SUS e a regulamentação da RAS, surgiram inúmeras ideias e noções acerca de Redes de Atenção à Saúde no Brasil.

O novo ciclo da atenção primária à saúde será único, além do significado semântico pela fixação final ao nível do paradigma ESF, além da fronteira do PSF. Isso representará um caminho a seguir e não uma substituição ou flexibilização do PSF, que traz o risco de retrocessos. Como demonstra alguns estudos, esse é o caminho que os dados mostram que os países com sistemas de saúde mais maduros estão buscando. Organizações internacionais da saúde, regional e mundial, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde apontam esse caminho em seus últimos posicionamentos (MENDES *et al*, 2019).

Sobre a atuação específica do ACS na Atenção Primária à Saúde percebe-se a contribuição desse profissional no modelo de atenção à saúde que vem se consolidando no Brasil. O aspecto desta categoria profissional que faz grande diferença é a facilitação da comunicação com os usuários dos serviços de saúde pela proximidade identificação e aspectos culturais comuns (REIS *et al.*, 2006; COSTA *et al.*, 2013).

Por ser um profissional que reforça as medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, o ACS identifica os riscos à saúde mais rapidamente, pois atua no cotidiano da comunidade na qual se integra, mora na área, visita as casas, está próximo às famílias, as pessoas e a comunidade, aproximando o serviço de saúde da população (BRASIL, 2009). O trabalho do ACS com a equipe da ESF mudou consideravelmente o conceito de saúde, que passou a fazer parte do território em que a pessoa está inserida e de sua realidade de vida (SILVA e DALMASO, 2004). O ACS é fundamental para a realização da ESF e a implementação de práticas que levem em conta o conceito ampliado de saúde. Através do trabalho com a comunidade ele é considerado um componente-chave da ação de saúde, que atua como um elo entre a comunidade e a equipe (SILVA *et al*, 2018).

O ACS direciona tanto a comunidade quanto o serviço de saúde em relação às situações de risco das famílias, portanto, desempenha o papel de sujeito articulador, basicamente ao conectar mudanças de hábitos de vida e condições de saúde

(BRASIL, 2009).

As situações do cotidiano de trabalho do ACS suscitam dilemas culturais, religiosos, territoriais e educacionais, a diversidade de realidades que esse profissional tem que enfrentar, e que muitas vezes extrapolam o campo da atenção à saúde pois fala de condições de vida que abrangem uma ação intersetorial (BORNSTEIN, STOTZ, 2008; LAVOR, 2004).

O eixo central da atuação dos ACS está no processo educativo, por meio do desenvolvimento de ações de promoção da saúde além de ser o elo com a comunidade e reconhecer o território com excelência, por meio da nova PNAB, sua função será mais assistencial, com foco em doenças (BRASIL, 2017a).

O ACS, além de ter vínculo com a população, um dos componentes da integralidade do SUS, muitas vezes é a voz da comunidade dentro do sistema de saúde, pois é somente com ele que se consolida a relação entre saber e fazer popular em ação, promovendo questões culturais e comunitárias, englobando o conhecimento popular e científico (BRASIL, 2009).

Pensar e fazer saúde na busca da melhoria de vida da população brasileira e da democracia, através do fortalecimento do SUS, tornou-se mais do que uma tarefa diária, especialmente para preservar o direito à saúde baseado nos princípios da Reforma Sanitária brasileira e transformar a sociedade por meio da saúde. Um modelo que integre, além de outros profissionais, novos saberes, práticas e perspectivas em saúde e não o antigo modelo de saúde centrado em um único profissional, positivista, fragmentado pela especialização, mecanicista, técnico, individualista e hospitalocêntrico, que historicamente tem sido marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual e pela compreensão da saúde como simplesmente a ausência de doença (SCHERER *et al*, 2005).

Proteger o papel do ACS como educador e promotor de saúde é proteger o SUS, a democracia, na perspectiva de uma sociedade justa, igualitária e equânime. Assim, também é necessário consolidar o papel dos ACS, capacitando sua intervenção na comunidade como agente de promoção da saúde em um modelo que dialogue com as pessoas e atue nas diversidades em saúde (SILVA *et al*, 2018).

## **2 SAÚDE MENTAL, DEPENDÊNCIA QUÍMICA E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO**

Este capítulo teve como objetivo desenvolver correlações e contextualizações acerca das temáticas abordadas na pesquisa. Com isso destacamos as contribuições teóricas de Amarante (2007), (2017); Silva (2017); Delgado (2014); dentre outros.

### **2.1 SAÚDE MENTAL, REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL(RAPS): CUIDADOS AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS**

Desde os primórdios, a humanidade encontra dificuldades para administrar as diferenças e dissonâncias do bom senso e da convivência. O tratamento da loucura na psiquiatria, por vezes baseava-se na intolerância ao comportamento do doente mental, tendo no encarceramento a opção de afugentar o outro e proteger a sociedade (RODRIGUES, 2001).

Já no Brasil, o campo da saúde mental é caracterizado por ações incoerentes ocorridas nas décadas anteriores, durante o reinado do modelo hospitalocêntrico, que durante anos utilizou métodos violentos e invasivos nos pacientes. No final da década de 1970, surgiram muitos debates sobre a loucura e o que realmente era o sujeito louco; debates que adentraram as instituições psiquiátricas brasileiras, dando aos poucos um novo olhar à loucura e ao louco. Acontecimentos sobre as relações de tratamento no modelo manicomial eram cada vez mais frequentes, e o que eram direitos humanos e como a violência no tratamento tornava ineficaz o confinamento solitário foi o principal tema dos encontros de discussão em saúde (SILVA, 2017).

Esses debates sobre saúde mental têm se tornado cada vez mais frequentes não apenas no campo da saúde em geral, mas, também no cotidiano da sociedade, devido ao tratamento violento imposto pelo modelo de tratamento hospitalar fracassado. Em 1989, o deputado federal Paulo Delgado, apresentou ao Congresso Nacional uma nova proposta de tratamento psiquiátrico para usuários de saúde mental no Brasil. No ano de 2001, um projeto proveniente dessa proposta deu origem à lei Federal nº 10.216, que passou a abranger os direitos das pessoas com transtornos mentais, um grande avanço na legislação brasileira, pois esta lei reorientou todo o tratamento psiquiátrico e atenção à saúde, especialmente a atenção Unidades Básicas de Saúde.

A história da saúde mental no Brasil e no mundo é uma narrativa de luta. Tem muitos personagens e suas trajetórias; mobilização, debates e rupturas. A história dos jogos de poder, como nos lembra Foucault, em " da emergência dos jogos de verdade " (FOUCAULT, 2004, p.235).

Paulo Amarante (2017), traz em suas escritas inspiradoras e reflexivas, acerca da trajetória do cuidado psiquiátrico, traçando uma linha do tempo desde as primícias da psiquiatria e seus fundamentos teóricos que levaram ao modelo manicomial, aos pensamentos argumentadores de Foucault, adentrando um pensamento antimanicomial e fundamentador (FOUCAULT, 2004).

Para Amarante (2017), a conclusão abstrata e ampla de que o chamado campo da saúde mental seja reconhecido, trará reflexões sobre o que realmente é saúde mental no sentido mais autêntico do termo. Segundo o autor, a saúde mental não se limita apenas no âmbito da psiquiatria, que trata da fisiologia e semiologia dos transtornos mentais, mas é um conceito que vai além, estando inserido nas diversas áreas da saúde e da sociedade em que o sujeito está inserido. Conseqüentemente, cada campo de estudo que lide com o sujeito em si é uma parte representativa da saúde mental. Ele ainda destaca a existência de uma diferenciação entre "doença mental" e "saúde mental", com análises acerca de uma expressão ser o contrário da outra e quais são os limites da área de atuação na saúde mental. Pois, para o autor, a referida área pode envolver múltiplos domínios de conhecimento e contribuições simultâneas, que transcendem diversas áreas do conhecimento e tornando o sujeito e o coletivo social instrumentos de estudo complexos e sob as mais variadas condições de observação.

A doença mental e o tratamento terapêutico oferecido a pessoas em sofrimento psíquico (incluindo os que possuem problemas decorrentes do uso de álcool e/ou drogas) é historicamente marcado por exclusão e institucionalização. Para um maior entendimento acerca desse processo, é preciso fazer um resgate sobre a história do surgimento da psiquiatria.

Nesse viés, vamos retornar aos estudos de Paulo Amarante (2007), o qual traz que a criação do hospital se deu na Idade Média como uma instituição que ofertava alojamento, alimentação e assistência religiosa aos moradores de rua, pessoas pobres e adoecidas. Nessa época, as pessoas com transtornos mentais ocupavam diferentes espaços: hospitais, guetos, florestas, ruas e igrejas. Em caráter de filantropia, o hospital no século XVII passou a exercer o controle social a partir do

nascimento do hospital geral. As internações foram determinadas por autoridades estatutárias e os gestores hospitalares passaram a ter poderes absolutos sobre a população. A hospitalização tornou-se o símbolo da isolação justificada pela garantia da manutenção da ordem social e pessoas com transtorno mental eram encaminhadas ao Hospital Geral.

A prática do internamento designou uma nova reação à miséria, “um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência. O pobre, o miserável, o homem que não pode responder por sua própria existência, assumiu, no decorrer do século XVI, uma figura que a Idade Média não teria reconhecido (FOUCAULT, 2019, p. 56).

Com os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, da Revolução Burguesa, os sujeitos conhecidos como desviantes pelo Antigo Regime que se encontravam internados ganharam liberdade e o hospital tornou-se uma instituição médica, com a responsabilidade de tratar os sujeitos enfermos. Partindo de uma hipótese positivista que compreendia a doença como neutra e separada de todo processo social que a sustenta, aumentou-se a ideia de que os médicos poderiam observar o curso natural da doença por meio da hospitalização (AMARANTE, 2007).

Segundo o autor, nessa conjuntura, a figura de Pinel – conhecido como o Pai da Psiquiatria - que iniciou com os primeiros hospitais psiquiátricos enraizados na ideia de tratamento asilar, do qual o princípio principal fundamentava na isolação, por meio do qual seria possível a Psiquiatria realizar estudo/observação acerca da doença em seu estado "puro", distante das intervenções da família, da sociedade, da política e economia. Pinel literalmente quebrou as correntes dos “loucos”, mas como naquele momento estavam presos em um hospital psiquiátrico, isso não significou sua independência. Pinel trabalhou o conceito de “alienação mental” (e não doença mental) compreendendo o “alienado” como um estranho, fora de si, que tinha a realidade rompida, um indivíduo destituído de razão.

A partir desses estudos de Pinel surgiu a ligação entre a loucura e o perigo, e as primeiras reações da sociedade de medo diante dos chamados “alienados”. Além do trabalho laboratorial, havia a crença de que o hospital psiquiátrico também tinha uma função terapêutica na medida que o hospital tirava o indivíduo das condições que o deixava adoecido e monitorava suas “paixões”. Era uma terapia moral, marcada pela imposição de regras, horários e regulamentos para reestruturar as doenças mentais, desnordeadas nos indivíduos; ou seja: punição e repressão como tecnologias

terapêuticas. O interno para Foucault (2019) era colocado no campo da valoração ética – e muito antes de ser objeto do conhecimento ou piedade, era tratado como sujeito moral.

O modelo de manicômio apresentado por Pinel inspirou diversos hospitais em vários países, incluindo o Brasil. No entanto, esse modelo também foi alvo de variadas críticas, sendo o isolamento defendido incompatível com o ideal de liberdade defendido durante a Revolução Francesa. Esse modelo de instituição passou a enfrentar inúmeras adversidades, como: superlotação de internos, abuso e violência contra os sujeitos e abusos contínuos dos direitos humanos. Perante a esse cenário, pensaram-se possibilidades para uma revisão desse modelo, como a “colônia de alienados”, que submetia os indivíduos a amplas áreas agrícolas e planejavam a reabilitação por meio do trabalho, que na prática simbolizava a reprodução da institucionalização, porém, em uma área rural (AMARANTE, 2007).

Amarante (2007) expõe que após a Segunda Guerra Mundial, o mundo tomou consciência das atrocidades cometidas durante o holocausto e da necessidade de construir relações mais solidárias e humanizadas. Os hospitais começaram a ser equiparados aos campos de concentração, surgindo assim, as primeiras tentativas de uma Reforma Psiquiátrica. Exemplos incluem o movimento das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra) com os grupos eficazes e grupos de discussão, a Psiquiatria Institucional (França) com hospitalidade, oficinas e iniciativas de reinserção social e organização dos indivíduos; a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva (EUA) com a formação dos Centros de Saúde Mental e Antipsiquiatria, que recusava a definição de doença mental importado de uma visão de evolução natural das doenças.

Essas experiências foram importantes na tentativa de quebrar o paradigma psiquiátrico dominante, porém, foi com o movimento da Psiquiatria Democrática (Itália), oriunda de Trieste, a qual teve desdobramentos em grande parte da Itália e em diversos lugares do mundo, que o modelo manicomial foi de fato destituído, levando a mudanças radicais na psiquiatria. (AMARANTE, 2007).

O psiquiatra Franco Basaglia foi o maior precursor desse movimento, tendo problematizado o papel da Psiquiatria como ciência dentro de um contexto de neutralidade científica que ignorava toda a complexidade do processo social ao qual os indivíduos estavam inseridos. Basaglia colocou em evidência a crítica sobre a fragmentação entre a doença mental do sujeito que sofre e seu contexto social, sua história de vida, temores, sonhos, valores, possibilidades, receios, relações e

dificuldades emocionais e sociais (AMARANTE, 2007).

Não pretendemos, porém, negar que o doente mental seja um doente. Entretanto – graças às recentes reviravoltas de uma instituição psiquiátrica -, o doente tem se revelado extremamente diverso daquilo que a instituição psiquiátrica e a própria psiquiatria consideraram até hoje. Muitos dos sintomas com os quais ele foi etiquetado desapareceram quando desmoronam as estruturas às quais esses sintomas estavam estreitamente ligados, a ponto de tornar-se necessário um trabalho gradual de separação entre o que se pode considerar produto da internação e o que deve ser entendido como núcleo da doença original. (Basaglia, 2005, p. 76)

Segundo Amarante (2007), a Reforma Psiquiátrica Italiana foi inspiração para vários países, incluindo o Brasil. Nesse modelo de reforma, seu precursor apontou que a psiquiatria se preocupava em rotular os sinais e sintomas da doença mental e deixava de lado a assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico. Também pontuou sobre a relevância dos serviços serem locais de acolhimento, troca social, de cuidado, convívio e produção de subjetividade. Basaglia então sugeriu a necessidade de “colocar a doença entre parênteses” e edificar novas respostas sociais ao sofrimento mental. Segundo o autor: “O doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades” (BASAGLIA, 1979, p. 17)

Basaglia ponderou que não seria possível aproximar-se de um paciente para tratá-lo se a interpretação fosse de um agrupamento dos sintomas, como preconizava a tradicional classificação das doenças, que enxergava a pessoa do ponto de vista da doença (BUENO, 2011).

Corroborando com o pensamento do referido autor, no início da década de 70 o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil se iniciou, através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que realizou denúncias enfrentadas pelos usuários e trabalhadores, e exigiu uma mudança na organização do trabalho para melhorar o atendimento, bem como a participação dos usuários e suas famílias no movimento (FURTADO e CAMPOS, 2005).

Houve questionamentos acerca das múltiplas formas de exclusão social dos indivíduos em sofrimento psíquico, a partir da estrutura física das instituições psiquiátricas marginalizadas nos centros das cidades, assim como os procedimentos praticados: atendimento centralizado na figura do psiquiatra, medicação, uso de eletrochoque, uso da violência para conter as crises e utilização de punição para os indivíduos que se desviavam da ordem e distanciamento dos doentes mentais de suas

famílias e da sociedade (DELGADO, 2014; FURTADO e CAMPOS, 2005).

Segundo Dimenstein (1998), esses debates sobre as ruins condições de trabalho e a precariedade da assistência oferecida explodiram em diversas denúncias, fazendo com que esse momento fosse conhecido como a "crise da DINSAM" (Divisão Nacional de Saúde Mental) em que os trabalhadores da saúde mental começaram a contestar a DINSAM acerca da necessidade de mudar o modelo de atenção à saúde mental.

Custeadas pelo extinto INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) as internações ocorreram em hospitais públicos do governo federal e clínicas privadas. Além das denúncias de abusos de direitos humanos dos usuários internados, o MTSM também criticou a difusão dessas clínicas que aumentavam pelo país em um movimento de comercialização da loucura - a chamada "indústria da loucura" – visto que a lógica prevalecida era o benefício econômico das clínicas para que os leitos fossem sempre ocupados pelos usuários, leitos esses que eram pagos com recursos públicos (DELGADO, 2014).

A maioria dessas instituições atuava como empresas privadas por meio da internação de seus usuários. O pagamento à instituição era feito por meio de diárias de internação psiquiátrica, que proporcionava uma relação direta entre o lucro da clínica referente ao maior número de usuários internados, buscando ter o maior número de dias de internação e o menor gasto institucional possível com a manutenção dos usuários (TENÓRIO, 2002).

Entre os anos de 1965 e 1970, o número de pessoas internadas em instituições psiquiátricas públicas no país permaneceu moderado, mas a população internada em clínicas privadas financiadas pelo setor público apresentou um aumento considerável: em 1965, 14.000 pessoas foram internadas em instituições e, em 1970, 30.000 pessoas (RESENDE, 1987).

No mesmo contexto sociopolítico, o Brasil viveu os principais anos de uma ditadura militar e enfrentou uma crise econômica que aumentou as desigualdades sociais e piorou a saúde dos brasileiros. O movimento da Reforma Sanitária ocorreu em meio a diversos movimentos de resistência e transformações políticas, cujo principal ideal era a universalização da saúde pública de qualidade. A histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1986, proporcionando um espaço primordial para discutir e endossar as principais demandas do movimento sanitarista como a consolidação da saúde pública, o acesso universal e a integração entre saúde

pública e da seguridade social (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Referindo especificamente à saúde mental, a 8ª Conferência Nacional de Saúde deu um importante passo para a organização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Em 1987, Bauru (SP) sediou o prestigiado II congresso do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial com usuários, familiares, trabalhadores e professores de universidades que, na época estabeleceram as diretrizes e os rumos da reforma psiquiátrica brasileira e adotando o lema: "por uma sociedade sem manicômios". Nessa ocasião, outro coletivo passou a apoiar o movimento reformista conhecido como MNLA: Movimento Nacional pela Luta Antimanicomial (AMARANTE, 2007; DELGADO, 2014).

Paiva *et al.*, (2014), aponta que no ano de 1988 com a promulgação da Constituição Federal ocorreu a introdução de um Estado de bem-estar social. Ocorrendo uma transformação na saúde a qual passou a ser um direito de todos os cidadãos com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), grande legado do movimento da Reforma Sanitária.

O andamento da redemocratização da saúde significou a ampliação do conceito de saúde, que deixou de ser cabido como "ausência de doença" e foi reposicionado como parte de um processo social complexo. Constatou-se que o processo de saúde dos sujeitos é estabelecido por uma rede de relações como acesso à educação, moradia, alimentação, trabalho, transporte, segurança, lazer e não apenas como produto de uma perspectiva biológica (AMARANTE; COSTA, 2012).

Nessa perspectiva, o SUS foi erigido sobre os princípios doutrinários da universalidade, igualdade e integridade. Sendo que o princípio da integridade é referido como:

Art. 7º. II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990, Cap. II, Art. 7º)

Mattos (2009) afirma que a integridade não é somente um dos princípios do SUS, mas também a simbolização da luta que foi travada pelo movimento da Reforma Sanitária, declarando estar idealizando uma sociedade mais justa, onde todos os sujeitos tivessem direito universal ao atendimento de suas necessidades de saúde. Para o autor o termo "integralidade" retrata a hibridez do vocábulo "integração" para expressar: correlacionando tanto o ressentimento quanto a crítica da realidade. A

integridade assume o caráter de uma espécie de “imagem-objeto” que aponta os indivíduos inconformistas na condição de que se esforcem por sua transformação.

O mesmo autor discute vários significados que incluem a integridade, como a admissão de políticas preventivas e assistenciais, o desenvolvimento de políticas públicas específicas para atender às necessidades de saúde de determinadas populações e, em particular, a consideração das necessidades dos usuários.

Para Mattos (2009), a integridade incluiria a disponibilidade dos profissionais de saúde para atender às necessidades dos usuários além daquelas descritas por eles e que, no entanto, causam sofrimento. Consequentemente, a integralidade se tornaria a ser toda movimentação de quem se recusa a eliminar os indivíduos em determinado problema/doença/sintoma; movimentação essa que visa ampliar a percepção das necessidades de saúde e busca ir além do reducionismo e não limitar os usuários do serviço a objetos reificados.

Uma importante aproximação entre as bases do SUS e a Reforma Psiquiátrica é identificada justamente no conceito de integralidade: ambos contestaram o lugar depositado para a doença, para a loucura e intimaram para a carência de uma assistência que ponderasse o sujeito além de seus sinais e sintomas e que também considerassem seus projetos de vida e interfaces sociais, políticas, psicológicas e biológicas (AMARANTE & COSTA, 2012).

O MTSM compreendeu que a saúde mental está ancorada em todo um processo social em que os indivíduos experienciam e, portanto, é função ética dos serviços de saúde não reproduzir as violências, discriminações e conflitos que os sistemas social, familiar, econômico e político já proporcionam. Em outras palavras, o sofrimento mental passou a ser entendido como sintoma de um complexo de relações conflituosas que merecem atenção (AMARANTE, 2007).

O sucesso na diversificação de propostas de serviços de saúde mental, como: a criação do primeiro Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) em Bauru/SP, o encerramento das atividades da Casa de Saúde Anchieta em Santos/SP e a abertura do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo/SP, na década de 80, só ocorreu graças às tentativas de desinstitucionalização (DELGADO, 2014; GRADELLA JÚNIOR, 2002; TENÓRIO, 2002).

Em 1987 o município de Bauru, em São Paulo, foi o primeiro no país a implantar o NAPS, considerado o embrião dos CAPS, ofertando atendimento ambulatorial e regionalizado a doentes mentais, atuando juntamente com o Núcleo de Psicologia

Aplicada da universidade de Bauru, hoje UNESP (GRADELLA JÚNIOR, 2002).

Após várias denúncias de maus tratos e desrespeito aos direitos humanos, a Casa de Saúde Anchieta, que era uma clínica privada conveniada ao INAMPS, foi fechada em 1988. Quando foi implementado no município um Programa de Saúde Mental da qual a assistência passou a ser realizada em torno da criação dos NAPS. O CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira lançou um novo tipo de terapia para pessoas com transtorno mental, que inspirou a criação de outros CAPS e NAPS em diferentes partes do país (TENÓRIO, 2002).

Na década de 1990, tendo como principal bandeira a desinstitucionalização, os profissionais (então trabalhadores do SUS), praticantes e familiares deram continuidade a um movimento de resistência ao modelo assistencial hospitalocêntrico, movimento este que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira. Contudo, somente alguns anos depois, em 2001, foi criada a lei 10.216, que conduziu um novo olhar para a saúde mental, a também chamada Lei da reforma (BRASIL, 2001b).

Desta forma a lei 10.216/01 que prevê proteção e direitos aos pacientes com doença mental representou a reorientação do modelo de atenção ao doente mental, pois preconiza que o objetivo do tratamento seja a reinserção social do indivíduo e especifica que a internação deve ocorrer somente quando todos os recursos dos serviços hospitalares estiverem esgotados (BRASIL, 2001b).

A Reforma Psiquiátrica possibilitou investigar a resposta da sociedade à loucura, a qual era permeada de práticas preconceituosas, discriminatórias e excludentes. Ficou claro que os hospitais psiquiátricos faziam parte de um suposto modelo de atenção que privava os usuários de sua cidadania. O movimento da Reforma Psiquiátrica sugeriu e vem lutando para a diminuição de leitos no SUS de hospitais psiquiátricos, com o intuito de confirmar a substituição de um modelo de atenção hospitalocêntrico para uma abordagem de cuidado psicossocial territorial. A partir de 2002, houve uma mudança no perfil dos leitos hospitalares psiquiátricos, que diminuiriam enquanto a rede de unidades extra-hospitalares se expandiu em todo o país (BRASIL, 2015b).

No entanto, somente fechar os leitos de hospitais psiquiátricos por si só não garante a desinstitucionalização e, conseqüentemente, houve a necessidade de criação de serviços que substituíssem o modelo manicomial. Conseqüentemente, o CAPS (Centro de Assistência Psicológica e Social) foi criado em 2002 para fornecer serviços estratégicos da Reforma Psiquiátrica. Reconduzindo o cuidado para

dispositivos territoriais, o CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) foi criado especialmente para pessoas com problemas mentais relacionados ao uso de drogas (BRASIL, 2002a).

Diante de toda essa construção, Paim e Silva (2010), salientam que a prática integral organiza e define fluxos de trabalho e tecnologias distintas, permitindo que parte do trabalho resulte em uma intervenção mais abrangente e completa. É possível pensá-lo para além de uma “atitude”, como uma racionalidade que direciona para a combinação de tecnologias organizadas para enfrentar problemas e atender necessidades.

Já Ribeiro (2008), destaca que um programa integral permite a ilustração de metas, recursos e atividades que favorecem as diferentes necessidades de variadas ordens, incluindo os determinantes socioambientais de uma determinada situação, ainda que predominantemente com atuação setorial.

Políticas públicas integradas ou integrais implicam na conexão de políticas, programas e projetos que requerem ação intersetorial e gestão compartilhada e pactuada, como a delegação Intergestores Tripartite (CIT) e a delegação Intergestores Bipartida (CIB) do SUS, bem como as recentes iniciativas dos " sistemas Únicos" de Assistência Social (SUAS) e Segurança Pública (SUSP) (PAIM E SILVA, 2010, p. 113) Os autores ainda trazem que, o sistema integral possibilita a integração de políticas, programas, práticas e cuidados. O caráter sistêmico e abrangente do conjunto de intervenções poderia contribuir para garantir maior eficiência, uma vez que pode atuar sobre as manifestações que são possíveis de se observar (nós críticos e acumulações), bem como sobre as regras básicas.

O Sistema Único de Saúde, através de seu princípio, universalidade propõe que todos os brasileiros possuam igual acesso aos serviços de saúde e atividades correlatas, sem barreira de cunho legal, econômico, físico ou cultural. Já o princípio da equidade busca alcançar a justiça na prestação de serviços, enfatizando grupos ou categorias que necessitem de intervenções. E a integralidade visa fortalecer as ações intersetoriais e a criação de uma nova governança na gestão de políticas públicas (PAIM & SILVA, 2010).

Atualmente o SUS conta com um aparato de instituições de ensino e pesquisa que consta com universidades, institutos e escolas de saúde pública, os quais se comunicam com secretárias do estado e municípios, com o Ministério da Saúde, e outras instituições. Todo esse aparato contribui para a sustentabilidade institucional,

ao possibilitar que as pessoas adquiriram conhecimentos, aptidões e valores associados aos princípios e diretrizes do SUS (PAIM, 2018).

O autor destaca que todo o aparato que foi constituído para a construção de normas operacionais básicas, planos de desenvolvimento regionais e planos de investimentos que sustentou o SUS, como sua materialidade exteriorizada em estabelecimentos, equipamentos e tecnologias. Solidificaram o legado de avanços do SUS, tendo a vigilância em saúde, sanitária, assistência farmacêutica e outras sofrido avanços significativos. O sistema possui o maior Programa Nacional de Imunizações do mundo conquistando a autossuficiência de imunológicos. Destaca-se ainda a APS, a qual vincula em torno de 60% da população do país às Estratégias Saúde da Família (PAIM, 2018).

É válido salientar ainda, que o autor enaltece o reconhecimento oficial que enfatiza o direito à saúde possibilitando a divulgação dessa conquista na sociedade, seja por meio das manifestações de cidadania na mídia, ou por meio de acontecimentos culturais, podendo assim evoluir para uma consciência crítica.

Ao abordar sobre os cuidados aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil, surge rapidamente a expressão “rede”. Essa expressão, e tudo que a envolve, vem ganhando cada vez mais relevância nos variados campos referentes ao tema, fundamentando discussões entre profissionais, usuários e pesquisadores, bem como planejando a construção de políticas públicas na área (RONZANI, *et al*, 2015).

Porém os autores trazem, que mesmo com toda a diversidade conceitual que a expressão reúne, entende-se inicialmente a rede como uma tentativa de organização aos serviços prestados à assistência aos usuários de drogas, atribuindo que atores sociais e instituições irão trabalhar de maneira conectada, tendo uma caracterização de vários “nós” que construirão vínculos e fortalecerão uma rede de serviços para o atendimento da necessidade do cuidado (RONZANI, *et al*, 2012). Contudo, as redes de atenção aos usuários de álcool e/ou drogas representam a organização de setores, serviços, profissionais e ações para amparo aos usuários de álcool e/ou drogas, tendo respeito aos princípios de organização e assistência (RONZANI, *et al*, 2015).

Segundo Costa *et al* (2013), as redes têm sido de maneira geral colocadas como uma resposta à pluralidade de problemas, tanto estruturais como relacionais, que se referem a solidificação de ações, projetos e políticas públicas. Os autores trazem, que ao mesmo tempo em que a rede é vista como uma maneira ideal para

organização dos serviços e ações em álcool e outras drogas, vários problemas aparecem quando reconhecemos a sua idealização na prática.

Nessa percepção, torna-se necessária uma ampla compreensão acerca das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, suas hipóteses, barreiras e potencialidades, buscando compreender as condições que intervêm na forma como as políticas refletem na realidade social. Para isso, faz-se necessário um aprofundamento na história da construção das redes de atenção aos usuários de álcool e/ou drogas. A rede de apoio consiste na estrutura a partir da qual advém o apoio social. É o conjunto dos vínculos e seus papéis relacionados aos indivíduos, quer por laços de parentesco, amizade ou conhecidos, ou ainda, por um quadro de relações de um indivíduo em particular ou um quadro de ligações entre um grupo de pessoas (SLUZKI, 2006).

Até o final do século XX e início do século XXI, políticas públicas brasileiras voltadas para os usuários de álcool e/ou drogas eram vinculadas, especialmente, ao modelo proibicionista, que aborda a questão do consumo de drogas diretamente ligada a um problema de caráter moral ou como atividade criminosa, de modo que as intervenções concebidas a partir deste ponto de vista visam uma sociedade livre de drogas (ALVES, 2009).

Então, seja na esfera da saúde ou da justiça, as políticas públicas voltadas para esses usuários estabeleciam um tratamento voltado para a abstinência, realizado por meio da institucionalização e da exclusão social. As internações ocorreriam em hospitais psiquiátricos ou em Comunidades Terapêuticas (CT), ambos em grande parte privados e, por referência ao tratamento, visavam principalmente à lucratividade (SOUZA, 2013).

Reafirmando esta situação, houve um período histórico em que as redes de saúde, até o final da década de 1980, eram reservadas apenas aos trabalhadores que contribuíam para a Previdência Social, além de não ter nenhum outro dispositivo voltado para esse público especificamente. Nesse cenário, as CT ganharam espaço, começando na década de 1970 e expandindo-se ainda mais na década de 1990 (ALVES, 2009; BOLONHEIS *et al.*, 2015).

Ao mesmo tempo, na década de 1990, no campo da saúde pública, ocorreu o surgimento emergencial de novas propostas voltadas à atenção de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: o paradigma da redução de danos. Devido a preocupação com a disseminação do Vírus da Imunodeficiência

Humana (HIV) no Brasil, em decorrência do compartilhamento de seringas, usadas pelos usuários de drogas injetáveis, criou-se assim o Programa de Troca de Seringas-PTS (ANDRADE, 2011).

Na esteira desse movimento, a partir da primeira década de 2000, o cenário das políticas públicas de drogas no Brasil começou a receber modificações, sobre responsabilidade do Ministério da Saúde foram lançadas propostas e projetos que visavam cada vez mais tirar o problema da toxicodependência do campo da justiça, reafirmando a sua importância como desafio para a área da saúde, sobretudo na área da saúde mental. Nessa época, políticas públicas voltadas para usuários de álcool e outras drogas passaram a reorientar o tratamento dos usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e/ou drogas para um modelo de redução de danos. Com destaque para os Centros de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD) como um dos protagonistas desse tratamento. Baseado na ideia de que o ideal de uma sociedade sem drogas é inatingível, o paradigma da redução de danos ofertou, portanto, estratégias para reduzir os riscos e danos associados ao uso de drogas (ALVES, 2009).

Portanto, as estratégias de cuidado – que incluem famílias e comunidade – são ditadas pelas experiências e necessidades individuais de cada usuário, tornando seu envolvimento um tema ativo em seu processo de tratamento, tornando-se algo fundamental para essa racionalidade (ALVES, 2009, SOUZA, 2013).

Nessa conjuntura podemos mencionar como importantes pontos de referência, pautados pela racionalidade da redução de danos e que confirmam a importância de trabalhar com programas de baixa exigência do ponto de vista da saúde pública, pois é uma proposta mais flexível e a não a abstinência como única direção, sendo possível olhar para uma parcela maior da população, a aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), e a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, elaborada pelo Ministério da Saúde em 2003, (BRASIL, 2003).

No entanto, é importante não perder de vista o paradoxo e a luta das forças que acompanham o cenário brasileiro da política sobre drogas. Enquanto a política de redução de danos for adotada no setor saúde, o discurso sobre o proibicionismo permanece inalterado. O Brasil permanece sem saber qual caminho seguir, se o humanista, com a prática da política de redução de danos ou o que vem executando

ate então com a prática da políticas reducionistas, enrijecida, repressiva e comprovadamente ineficaz, perante os dados oriundos de anos de uma prática de políticas voltadas para a abstinência (PERFEITO, 2018). Houve também uma parceria institucional entre o Conselho Federal de Drogas e a CT nas décadas de 1980/90 (BRASIL, 2003).

Até o ano de 2010 as CT não faziam parte dos serviços de saúde e contavam apenas com um sistema unificado de apoio social ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A entrada das CT no Sistema Único de Saúde (SUS) se deve à união de muitos atores: políticos, empresariais e até mesmo os interesses da população, particularmente quando o cenário de serviços públicos começou a tomar conta das cidades (BOARINI e BOLONHEIS, 2015)

Com isso, foi editado o decreto nº 7.179/10, "Elaboração de plano integrado, Criação de Conselho de Controle e Implementação de outras medidas de combate ao Crack e Outras Drogas" (BRASIL, 2010), buscando apoio financeiro de recursos do SUS para as CT foi lançada ao mesmo tempo, a Portaria nº 3088/11 que:

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

A referida portaria faz do CAPS/AD o protagonista do cuidado sendo contínuo, com um território delimitado, com intersetorialidade e relações interdimensionais para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e/ou drogas. Observa-se outro paradoxo da política de drogas, pois, embora tendo como orientação o paradigma da redução de danos, insere as CT na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como serviços de Atenção em Regime Residencial.

Com o fortalecimento do conservadorismo no país, em 2019 foi aprovado o decreto nº 9.761/19 sobre a aprovação da Política Nacional sobre Drogas, instituindo o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, na resolução nº 1, de 09 de março de 2018 (BRASIL, 2019). Sobre esse decreto, destaca-se algumas ponderações. A primeira está relacionada ao fato do texto enfatizar que o abuso de substâncias é um problema de saúde pública, sendo os ministérios responsáveis pela implementação e formulação da política é o Ministério da Cidadania e o Ministério da Justiça e Segurança Pública. Isso mostra que a questão do tratamento está cada vez mais

retornando ao âmbito da justiça.

Outra ponderação de suma relevância está relacionada à reorientação da política, que tem como objetivo uma sociedade resguardada do uso e da dependência de drogas lícitas e ilícitas, com isso, o objetivo do tratamento dos usuários de álcool e/ou drogas passa a ser a conquista pela abstinência (QUINTAS & TAVARES, 2020). Além dessas ponderações, o decreto descreve a relevância das parcerias público-privadas, confirmando que a política nacional sobre drogas deve estimular e financeiramente – apoiar tanto o trabalho quanto a estrutura física das CT (BRASIL, 2019). De acordo com esse projeto, foram realizadas mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, em que a estratégia de redução de riscos e danos sociais e à saúde aparecem como meio para que o paciente alcance a abstinência (BRASIL, 2019).

Para uma eficácia nas práticas das políticas de atenção à saúde mental, como também as políticas sobre drogas, existe a necessidade de uma trabalho em rede, onde os representantes legais de cada prática política dialogem uns com os outros e com toda a sociedade, afim de buscarem mecanismos que subsidiem estratégias para a garantia da saúde mental e o cuidado aos que abusam de substâncias psicoativas visando a garantia de direitos e conseqüentemente uma vida digna.

Sluzki (2006), define uma rede de apoio social como a soma de todas as relações que um indivíduo considera importantes, ou definidas como distintas da massa desconhecida da sociedade. Essa rede contribui de forma significativa para a autoaceitação como indivíduo e para a sua autoestima. Os participantes contam com as pessoas no decorrer de seu tratamento e apoio em tempos de crise.

Segundo Ronzani, *et al.*, (2015), para compreender a rede de atenção aos usuários de drogas, é preciso emergir pela RAS, bem como pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Criada pelo Ministério da Saúde em 2011, através da portaria nº 3.088 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pode ser compreendida como fomentadora dos pontos de atenção para o atendimento a pessoas com problemas de saúde mental, incluindo os problemas decorrentes do álcool e/ou drogas no Sistema Único de Saúde -SUS- (BRASIL, 2011).

Referente à Atenção Básica em Saúde Ronzani *et al.*, (2015) traz que, a RAPS é formada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes Saúde da Família (ESF), que desenvolvem ações de promoção de saúde, prevenção e cuidado às pessoas em sofrimento mental e com problemas decorrentes do uso de álcool e drogas. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são os responsáveis pelo

matriciamento e partilha dos cuidados com as UBS e ESF. Possui também, equipes, redutores de danos e Consultório na Rua, os quais oferecem cuidados de saúde e ações de forma itinerante para pessoas que vivem em situação de rua, há também os locais destinados à socialização, produção e intervenção para a população em geral, chamados de Centros de Convivência e Cultura (BRASIL, 2011).

Em conjunto com os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a Rede Hospitalar, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) a AB e outros fazem parte da RAPS, juntos esses serviços tem o objetivo de estabelecer ações direcionadas à promoção, prevenção e cuidado voltados a saúde mental das pessoas, incluindo usuários de álcool e/ou drogas, articulando com os demais serviços quando houver necessidades (BRASIL, 2011).

Ronzani *et al.*, (2015), destacam que temos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e estes são considerados como uma rede de Atenção Psicossocial Estratégica, pois assiste pessoas com transtornos mentais, de maneira territorializada, a partir de projetos terapêuticos individualizado e com condução de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são classificados como: tipo I, para cidades ou regiões que possui uma população de 20.000 a 70.000 habitantes; tipo II, para cidades ou regiões 70.000 a 200.000 habitantes com funcionamento de segunda a sexta feira de 08h00min às 18h00min, podendo operar com um terceiro turno até as 21h00min; e o do tipo III, para cidades ou regiões com um número de habitantes superior a 200.000, com funcionamento de 24h, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

Há também os CAPS AD, que são específicos para o cuidado à pessoas que tenham problemas decorrentes do uso de álcool e/ou drogas, podendo ser do tipo II, para cidades ou regiões que tenham uma população acima de 70.000 habitantes e tipo III, para cidades ou regiões com população acima de 200.000 habitantes funcionando todos os dias 24h; e há também o CAPSi, que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou que são usuárias de álcool e/ou drogas. Esses funcionam em cidades ou regiões que tenham uma população acima de 150.000 habitantes, funcionando de segunda a sexta das 08h00min às 18h00min (BRASIL, 2011). Nas cidades que não são contempladas com o CAPS AD, os CAPS para transtornos mentais em geral, prestam assistência às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (RONZANI *et al.*, 2015).

A Atenção Residencial de Caráter Transitório é formada pelas Unidades de Acolhimento (UA), que são instituições que ofertam cuidados contínuos para usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social que precisam de um acompanhamento terapêutico ou protetivo transitório, como viver na rua, romper laços familiares e sociais e proteger a vida do usuário de ameaças e perigos. Há UA específicas para o acolhimento de pessoas adultas usuárias de álcool e/ou drogas e destinadas para jovens e adolescentes entre 12 e 18 anos. Constitui ainda como atenção em caráter transitório, as comunidades terapêuticas, que possuem serviços de caráter residencial transitório por até nove meses para usuários de álcool e/ou drogas com carências clínicas estáveis (BRASIL, 2011).

Ofertada através de serviços hospitalares por meio de leitos ou enfermarias especializadas em hospitais gerais, a Atenção Hospitalar oferta serviços para casos graves que tenham relação com transtornos mentais e o uso de álcool e/ou drogas, especialmente de abstinência e intoxicações graves que precisam de desintoxicação e em casos de comorbidades clínicas e/ou psíquica. O internamento se dá através de regime de curta ou curtíssima permanência (BRASIL, 2011).

Ao adentrar sobre a atenção de urgência e emergência, há o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os hospitais de atenção à urgência/pronto-socorro e as Unidades Básicas de Saúde quando viável. Os serviços citados, tem a responsabilidade de acolher, classificar os riscos e cuidar das situações de urgência e emergência (BRASIL, 2011).

Ao que se refere sobre as Estratégias de Desinstitucionalização, ofertam-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa, os quais visam assegurar aos usuários de drogas e pessoas com transtornos mentais de longa permanência uma atenção integral através de estratégias substitutivas, proporcionando autonomia e o desenvolvimento de cidadania por meio da inclusão social (BRASIL, 2011).

Constituídas por iniciativas intersetoriais de desenvolvimento de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, temos as Estratégias de Reabilitação Psicossocial. Por meio dessas atividades deve haver uma articulação da RAPS com artifícios comunitários que garantam a melhoria das condições de vida e a inclusão social de pessoas que fazem uso da rede (BRASIL, 2011).

Ronzani *et al* (2015), ressaltam que os dispositivos que compõem toda a rede devem ser compreendidos como articulações duradouras, com vistas à formação

continuada de vínculos para o cuidado.

O ACS é importante mobilizador desse trabalho em rede orientando a população sobre a RAPS, pois o ACS geralmente é o primeiro profissional da AB a ter contato com um usuário de álcool e/ou drogas e sua família. Batista e Souto (2017) destacam que:

Entre os profissionais da ESF com dificuldades em relação ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas é possível destacar o agente comunitário de saúde (ACS). Esse destaque justifica-se por ser este um profissional promotor da aculturação da equipe à comunidade e o articulador da integração entre ambas, e por ser quem busca ativamente as demandas locais por cuidado individual e coletivo. Como membro mais distal do sistema de saúde que entra em contato íntimo e direto com as pessoas na comunidade, o ACS é fundamental para o alcance dos objetivos da ESF (BATISTA; SOUTO, 2017, p. 130).

Nessa perspectiva, torna-se de suma importância uma educação permanente em saúde para os profissionais de saúde, inclusive para os ACS para que possam acolher e oferecer atenção aos usuários de álcool e/ou drogas. Fazendo assim, com que essas pessoas notem que a AB tem a capacidade de atendê-las com particularidade a respeito do consumo de álcool e/ou drogas, quando necessário.

## **2.2 DROGAS, DEPENDÊNCIA QUÍMICA E RELAÇÕES FAMILIARES**

O nome droga origina da palavra droog do antigo holandês, que tem significado de folha seca, nomeação que era designada anteriormente aos medicamentos feitos à base de vegetais (CEBRID, 2004). A Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD (2001), define droga como substância psicotrópica ou psicoativa capaz de modificar o funcionamento da atividade cerebral, podendo gerar distintas alterações no comportamento, no humor, na cognição e na percepção (WASHTON & ZWEBEN, 2009).

As drogas podem ser relacionadas em variados critérios, em relação a sua origem, são: - drogas naturais: são aquelas que sua extração ocorre exclusivamente da natureza, não tendo interferência química em sua composição, exemplo da maconha e do ópio; - drogas sintéticas: são aquelas que sua criação passa por um processo químico contendo substâncias artificiais, exemplo o ecstasy, LSD e metanfetaminas; - drogas semi sintéticas: são aquelas que são naturais, porém tem alteração em laboratório com introdução de substâncias químicas, exemplo do cocaína, crack e heroína (SUPERA, 2017).

No contexto elaborado pelo pesquisador francês Chaloult (1971), as drogas que agem no sistema nervoso central, são o conjunto mais utilizado, levando em consideração as práticas de comportamento e fisiológica no usuário ao ingerir, inalar ou injetar a droga, sendo elas: - depressoras: estas reduzem a atividade motora, fazendo o cérebro funcionar de forma devagar, provocando assim modificação quantitativa, são as chamadas psicodélicos, estes tipos de drogas causam sonolência, falta de memória, lentidão, ausência de coordenação motora, e outros.

Neste grupo encontram – se os barbitúricos, benzodiazepínicos, opiáceos e outros. Estimulantes: são drogas que agem aumentando a atividade cerebral, ocasionando alteração em todo o sistema; são conhecidas como psicoanalépticos, os efeitos que os usuários sofrem ao consumir essa droga vão desde estado de euforia, perda de sono e apetite. Englobam este grupo as anfetaminas, crack e cocaína. Perturbadoras: contrário ao grupo acima citado, as drogas que compõem este grupo, a alteração é qualitativa, provoca modificações na atividade cerebral fazendo com que o usuário tenha alucinações e delírios; são os chamados alucinógenos. Neste grupo tem-se o LSD-25, ecstasy, o cogumelo do gênero psilocybe e a maconha. (LARANJEIRA; ZANELATTO, 2013, p.46).

As drogas também podem ser classificadas como lícitas ou ilícitas, sendo consideradas lícitas as que podem ser vendidas de forma legalizada, tendo algumas restrições, já as ilícitas são as proibidas por lei. Contudo, algumas drogas consideradas lícitas, podem levar ao vício tanto quanto as ilícitas, tornando - se perigosas e maléficas à saúde (SENAD, 2010).

Culturalmente, a droga sempre esteve presente em várias circunstâncias importantes da sociedade; pois foi usada para diferentes finalidades: aproximação com Deus, integração a um grupo, demonstração de status social, alívio de tensões e dores, dentre outras.

Historicamente a relação entre o consumo de drogas e o homem acontece desde os tempos primórdios da humanidade, sem distinção de classe social, desde o consumo em rituais ao uso com intuito de “aliviar rapidamente o incômodo físico, psíquico ou a tensão social”. As drogas na antiguidade eram basicamente oriundas de plantas alucinógenas, as quais sempre fizeram parte da vida do homem. Segundo Carneiro *apud* Toscano Jr. (2001), em torno de 100 espécies de plantas alucinógenas foram descobertas na América e apenas 10 na Europa e Ásia juntas.

Na Idade Média, mais precisamente na Antiguidade Clássica, o uso de

substâncias psicoativas era usado em procedimentos médicos e em rituais profanos. Contudo, com a queda do Império Romano, buscando meios de sobreviver e refúgio contra as apropriações bárbaras que destruíram o antigo império, toda a população ocidental deixou as cidades e migraram para as províncias. Conseqüentemente, a esse acontecimento, somente por meio da doutrina cristã, a Europa encontrou-se dividida.

Relacionado a ações demoníacas, o uso de substâncias psicoativas usadas em rituais pagãos tornaram-se proibidas no sistema feudal sendo sujeito a penas capitais, aos que persistem em fazer manipulação de tais ervas eram constantemente indiciados por bruxaria. Farta em propriedade anticolinérgicas, a mandrágora (*Mandragora officinarum*) era a planta que os europeus medievais tinham mais conhecimento (MCKENNA, 1993).

Após o fim da Idade Média, através da expansão comercial realizada por meio das navegações, tiveram contato com substâncias que eram utilizadas na antiguidade como também as do Novo Mundo. Contudo as experiências científicas com as mesmas começaram a partir do século XVIII, sendo uma quantidade significativa de drogas produzidas gradativamente a partir dos alcalóides destas plantas.

Na civilização egípcia, as plantas mais usadas eram o cânhamo, a mandrágora, a datura e a papoula, essas substâncias psicoativas possuíam finalidades médicas e profanas. O povo desta civilização tinha conhecimento sobre o processo de fermentação das frutas desde 3000 a.C, tendo como substâncias mais consumidas por eles o ópio tirado da papoula, bem como o vinho e a cerveja (MCKENNA, 1993; ESCOHOTADO, 1996).

Já na Índia, as substâncias psicoativas utilizadas pelos hindus tinham propósitos religiosos e extáticos. Segundo McKenna (1993), cânhamo, conhecido por *ananda* foi oferecido aos hindus pelos deuses, fazendo-os nascer ao permitirem cair do céu gotas de ambrosia. A prática de fumar maconha e datura perdurou nos tempos iniciais das meditações budistas, e que de acordo com a mitologia hindu, quando era realizada meditação por Buda, gotas de orvalho desciam do céu em formato de daturas (Shultes *et al*, 1998). Esta civilização possuía o Soma, o deus-narcótico, o qual encarnava em bebida que tinha o mesmo nome (Escohotado, 1996).

Na China, o cânhamo foi utilizado em 4000a.C.. Apesar de pouco usada, esta planta tinha fins religiosos e ritualísticos. Sua principal utilidade era na fabricação de cordas e tecidos, através de suas fibras (SHULTES *et al.*, 1998).

De acordo com Toscano Jr. (2001), o cânhamo foi encontrado na China pela primeira vez há cerca de 4000<sup>a</sup>. C.. E no século XIX foi inserido na Europa por médicos ingleses que estiveram na Índia. Há indícios que os escravos africanos trouxeram a maconha para o Brasil e posteriormente foi disseminada por quase todo país e seu uso passou dos negros para os índios e brancos. Com fins religiosos os índios da Amazônia faziam uso de plantas alucinógenas, e sob efeito dessas substâncias os pajés ganhavam poderes telepáticos, divinatórios e lustrais. Há pelo menos 2000 anos a civilização amazônica conheceu a ayahuasca. Shultes *et al.*, (1998), destaca que os incas foram os propagadores da planta no meio das tribos amazônicas.

Ainda sobre o Brasil, segundo Carlini *et al.*, (1995), os remédios para aliviar problemas respiratórios tinham cocaína em sua formulação e que até o começo do século XX não constava informação acerca de abuso ou problemas com a cocaína. Contudo, a apreensão sobre o uso descontrolado dessa droga se inicia a partir de 1910-1920, com o uso não mais medicinal da cocaína, principalmente em São Paulo e Rio de Janeiro.

O espírito desafiador do Romantismo no século XIX, deu início ao consumo liberado das substâncias psicoativas, sendo estas usadas somente com finalidade de diversão. A época foi marcada pela liberalização da substância devido o aparecimento do vinho a base de folhas de coca, uso da maconha e abertura de salas para uso do ópio (*fumeries*), momento em que se formou o Clube dos Haxixins em 1842 como marco deste período, seu fundador foi o médico francês J.J. Moreau de Tours, um médico psiquiatra francês que usava o haxixe no tratamento da insanidade mental. O clube tinha participantes intelectuais como: Victor Hugo, Charles Baudelaire, Eugene Delacroix, dentre outros (ESCOHOTADO, 1996).

Segundo David Musto (2002), o caminho percorrido para disseminação das drogas nas sociedades ocidentais ocorreu da seguinte forma: primeiramente surgiu como remédios promissores, despertando um forte interesse na classe científica. E com as discussões empolgadas na academia, houve o despertar da curiosidade de todo público. Contudo, nessa nova área o uso das drogas foi pouco a pouco distanciando do discurso e manuseio médico. Tornando-se de uso recreativo e em busca de prazer.

A prática das referidas ações podem ter levado ao vício e acretado a dependência química, que segundo estudiosos da área, apontam que a dependência química se trata de um agrupamento de fenômenos fisiológicos, comportamentais e

cognitivos decorrentes do uso de uma ou várias substâncias psicoativas que possui uma relevância maior para um determinado sujeito, frente a outros hábitos que antes tinham mais importância.

Elaborado a partir dos estudos do psiquiatra britânico Griffith Edwards (1928-2012), nos anos setenta e oitenta, o critério contemporâneo sobre dependência química passou a ter influência nos mais importantes sistemas de classificação diagnóstica – CID e DSM (UNIAD, 2015).

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento retratada na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) em seu quinto capítulo, traz que a síndrome da dependência é a particularidade que aponta como sendo um forte desejo de consumir a substância de preferência (de forma constante, intensa, e por vez incontável). O CID – 10 é utilizado no Brasil pelo SUS, o mesmo engloba todas as enfermidades, e foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Para diagnósticos referentes ao consumo de substâncias psicoativas, e também bebidas alcoólicas, usa – se a letra F juntamente a mais dois números, sendo de 10 a 19. Esta definição são os códigos da CID-10 que faz indicação a qual substância psicoativa o transtorno está relacionada (SUPERA, 2017).

Conforme a CID-10, para diagnosticar a dependência química, é necessário o enquadramento em três dos comportamentos abaixo:

- Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- Uma síndrome de abstinência quando o uso da substância cessou ou foi reduzido;
- Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes são requeridas para alcançar efeitos originais;
- Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso de substâncias psicoativas;
- Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas.

Já o Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM) que tem sua origem inglesa, como o nome *Diagnostic and Statistical Manual*. O DSM-IV e o DSM-V são utilizados apenas para indicação de transtornos mentais e por possuírem itens mais minuciosos, são usados no âmbito da pesquisa. Este sistema de diagnóstico foi criado pela

Associação Americana de Psiquiatria (SUPERA, 2017).

Para detecção principalmente da dependência de álcool são utilizados os instrumentos ingleses CAGE, mais conhecido pela utilização extremamente simples e rápida (em média um minuto para aplicação e somatória dos pontos), podendo ser utilizado por qualquer profissional da área da saúde, assistência social e profissionais de outras áreas. Outro instrumento utilizado é o AUDIT, esse é conhecido pelas iniciais de seu nome original em inglês: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) que, traduzido para o português significa “Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool”, tendo seu significado na língua inglesa “auditar”. Assim, como o CAGE, é de fácil utilização, e também é considerado abrangente, pelo fato de detectar vários níveis de problemas associados a diferentes padrões de uso de álcool. (SUPERA, 2017). Assim, dependência química envolve o abuso de uma ou mais tipos de Substâncias Psicoativas (SPA), ou seja, toda droga que cause alteração no comportamento causando dependência, tais como: álcool, maconha, cocaína, crack, dentre outras.

Os autores KALINA & KOVADLOFF, (1983) definem a dependência química como o resultado de uma espécie de fuga dos problemas vivenciados no dia a dia do sujeito. Kalina (1987) ainda ressalta que na maioria dos casos, a origem da dependência química parte do meio familiar ou no meio onde o indivíduo está incluído, essa patologia não nasce com o indivíduo. Neste tipo de sofrimento, segundo o autor, há dois padrões de famílias predominantes chamadas simbióticas, que são aquelas onde um se intromete na vida do outro, não existe privacidade, nem liberdade para gerir sua própria vida. E as cismáticas, essas são caracterizadas por não existir invasão de um na vida do outro, porém só ocorre comunicação de forma individual, sem existência de diálogos entre os indivíduos ou conversas em família que não resultem em desavenças (AZEVEDO E SILVA, 2013).

Kalina (1990) sugere um estudo acerca da dependência química desde o começo da vida do indivíduo, a evolução de sua adolescência e seu convívio com o meio ambiente que está inserido. Sobre isso, Kalina (2000) retrata que a fase da adolescência é a mais vulnerável ao desenvolvimento da dependência química, pois é a período de resolução do processo simbiótico.

Nesse sentido, o autor destaca que, muitas pessoas, adolescentes e adultos, usam ou experimentam drogas em algum momento. No entanto, eles não se tornam viciados, aqueles que se tornam viciados em drogas são aqueles que têm uma

"constelação pré-viciante" (KALINA, 2000).

O argumento de Eduardo Kalina é que a intolerância ao fiasco, decepção, perda ou dúvidas constituem vários níveis e categorias de uma intolerância a limitação, a condicionalidade, ao abandono existencial. Ou seja, a insegurança para consigo mesma, o receio de ser arruinado mostra pela permanência com que se apresentam esse tipo de personalidade, sendo especificamente frágil a sustentação do ego do possível dependente químico. O mesmo autor ainda defende que, os pais estão voltados de forma exagerada para o trabalho, tendo pouco contato familiar, falta de interesse pela educação e olado afetivo de suas vidas. Salientando que:

Esta geração de estruturas vulneráveis produz danos mais graves nestas primeiras etapas, porque são elas que contêm o germe do fundamento da personalidade, estendendo-se aos estágios posteriores da educação, que nada mais é do que a formação caráter e sistema de valores ao qual a pessoa se conformará e tomará como guia na vida (KALINA, 1990).

Para Kalina (1990), a figura paterna é um fator chave para o aparecimento ou não de uma dependência química. O aparecimento ou não da dependência química na vida de uma pessoa pode estar ligado a figura paterna, pois para o autor no período inicial da vida de uma criança o papel paterno é importante para manter o equilíbrio no lar e ajudar na relação entre mãe e filho, construindo condições apropriadas para o desenvolvimento saudável da criança. Já em uma possibilidade de uma dependência química por parte do filho, a figura paterna possa ser que não tenha capacidade de sustentar as adversidades da esposa não reagindo à interação mãe e filho, evitando reconhecer as necessidades e carências de esposa e/ou filho.

Por isso, retratar sobre o uso de drogas no contexto familiar, nos possibilita falar que ao longo dos tempos, o conceito de família vem sofrendo alterações isso porque, variadas mudanças ocorreram em prol dos interesses e da nova direção da sociedade (MALUF, 2010). Família pode ser apontada como um agrupamento de pessoas que mantêm relações de convívio, crescimento e desenvolvimento, formado, geralmente, por membros que estão passando por diferentes fases do desenvolvimento humano (ELSEN *et al*, 2011). Nesse sentido, não apenas a figura paterna, mas quem assume a maternidade, quem deve se ocupar, se responsabilizar desde cuidados básicos de seus filhos como educação, lazer, e outros, até os cuidados mais complexos como uso/abuso de drogas que pode comprometer a saúde

dos filhos.

O uso de álcool e/ou drogas é realizado por um indivíduo, porém as consequências recaem por todo sistema familiar em várias dimensões, como: laços afetivos, situação financeira, psicológico e social, comprometendo os relacionamentos entre os familiares. A carga sofrida pela família de um usuário pode gerar por muitas vezes a exclusão social e o estigma, trazendo adoecimento de toda família.

Em seu artigo 20, inciso primeiro a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei nº 8742/93 (BRASIL, 1993), conceitua família como: “a unidade mononuclear vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes”. Contudo, de acordo a cada época, a família passa por várias mudanças ao que se refere a suas estruturas, na expressividade dos vínculos de convivência, de acordo às ideologias e grupos sociais. As abordagens contemporâneas no estudo da família têm definido seu objeto com base na premissa de que são diversos os tipos e as possibilidades de família nos tempos atuais (DESSEN, 2010).

Donati (2008), ressalta que a dimensão contemporânea da família, reconhece-se em suas particularidades, em seus princípios construtivos, em uma conexão social entre sujeitos sociais na medida em que atualiza ou gera um vínculo entre eles.

Payá (2016), ressalta a relevante ligação que a família possui entre o indivíduo e a sociedade, sendo fonte de aprendizado e de interação social fundamental. Para a autora, um entendimento acerca dos elementos que constituem essa relação para o campo de tratamento, bem como da prevenção, é incontestável. Assim, a família é vista como um grupo aberto, em que seus integrantes se relacionam, desenvolvem laços emocionais e dividem suas vivências e experiências. É na relação familiar que seus membros buscam segurança e lidam com consecutivos desafios para mudanças próprias e das transformações presentes no ciclo de vida no ambiente familiar (MINUCHIN, 2007).

No âmbito familiar, os membros partilham de sentimentos, princípios e regras. Os princípios aprendidos dentro do âmbito familiar possuem um importante papel, visto que são a base de cada membro da família. Neste sentido, não se aprende somente princípios na família, mas condutas, as quais serão de fundamental importância para a construção da identidade do indivíduo (KALINA *et al.*, 1999; SCHENKER, 2008).

Assim, referenciando-se ao uso/abuso de drogas Waidman *et al.*, (2006) destaca que a família está vivendo em uma conjuntura social em que a família é

considerada como a base de tudo para o ser humano, os cuidados em saúde não estão sendo mais direcionados somente à pessoa adoecida, mas à família e todos seus membros.

Ao tratar sobre o consumo de drogas, torna-se primordial considerar o enfrentamento da família, visando entender os prejuízos sociais, afetivos, laborais e orgânicos que abalam a vida e a performance familiar (VASCONCELOS *et al.*, 2012). Pois, o uso de drogas por um dos componentes da família além de poder acarretar um elevado sofrimento físico e psíquico ao usuário, pode causar sérios danos à sociedade e aos membros da família.

Isso porque, segundo Elsen *et al.*, (2011), no decorrer do tempo de convivência com um familiar usuário de drogas, a família tem a alternativa de procurar ajuda a fim de diminuir as dificuldades que aparecem durante a convivência, criando habilidades que contornam a situação. Contudo, essas nem sempre ajudam no relacionamento ou até mesmo na condução saudável da vida em família. Nessa perspectiva, na intenção de ajudar o familiar usuário de álcool e/ou drogas a família assume ações contrárias ao intuito de amparar o membro familiar, por exemplo de arcar com a obtenção de droga, achando que está afastando seu ente querido dos riscos iminentes. Visando intimidar o usuário, ocorre agressões físicas e verbais a fim de segurar o ente querido em casa, negando a realidade que a família enfrenta (SIQUEIRA *et al.*, 2012).

Além de sentir medos, incertezas, temores em vários sentidos, vergonha, culpa e principalmente impotência diante da situação que não obtém respostas, a família enfrenta um processo conflituoso, pois seus membros vivem em constante sofrimento, causando desordem em suas vidas nas áreas física, social, psicológica, financeira e emocional. (SIQUEIRA *et al.*, 2012).

Quando a família se torna adoecida em decorrência dos momentos de sofrimento e traumas vivenciados com o seu familiar usuário, essa família é reconhecida como codependente. Estando nessa condição a família necessita de apoio para poder conviver com seu familiar usuário de drogas, de forma mais instrumentalizada (ALVAREZ *et al.*, 2012).

Para uma melhor compreensão sobre a relação da família com um usuário de drogas, é essencial compreender a família e suas múltiplas particularidades. A melhor forma de iniciar a investigação sobre a temática família é compreender que nenhuma família vive perfeitamente, completa e realizada. Pois, no desenvolvimento de uma

família, sendo essa célula básica da sociedade, as pessoas passam por várias formas de conviver com seu familiar, podendo ser com maior ou menor sucesso. Isso, devido às suas funções básicas da família serem o de cuidado, socialização e educação, as quais são fundamentais para evolução humana, podendo essas funções serem evidenciadas de forma positiva, quando a família consegue cumprir estas funções, ou de forma negativa, quando não as realizam.

No Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa, a família passou de “Grupo de pessoas vivendo sob o mesmo teto (pai, mãe e os filhos)” para “Núcleo social de pessoas unidas por laços afetivos, que geralmente compartilham o mesmo espaço e mantêm entre si uma relação solidária” (HOUAISS & VILLAR, 2001).

A família é a primeira unidade de organização social formada por indivíduos que compartilham ancestralidade comum ou estão ligados por laços afetivos, foi formada há cerca de 4.600 anos. Originado do latim *famulus* que significa "escravo doméstico" o termo foi criado na Roma Antiga, servindo como base para a descrição de grupos que estavam sujeitos à escravidão agrícola. Basicamente, a família fundou sua organização no patriarcado, nascido do sistema de mulheres, filhos e servos submetidos ao poder restritivo e intimidador do pai que, segundo Friedrich Engels (2014), se incumbia desse núcleo e das posses e seu desenvolvimento, com uma subdivisão em quatro etapas, sendo: família consanguínea, família punaluaana, pré-monogâmica e a monogâmica, onde cada etapa possui características e especificidades. A etapa da monogamia foi adotada como meio de manter uma esposa para si, já que eram raras; etapa representada pelo casamento e procriação (BARRETO, 2013).

Referindo-se ainda à Antiguidade, destaca-se a falta de sentimentos entre os membros da família, que se uniam para conservar a propriedade de ofício geral e em caso de crise para preservar a honra e a vida. Contudo, ao longo dos séculos, no entanto, essa estrutura foi abalada e radicalmente mudada sua constituição (BARRETO, 2013).

O referido autor destaca que, a partir desse momento, houve uma grande influência do Direito Canônico nas estruturas das famílias, que passaram a ser formadas apenas por cerimônias religiosas. Destaca ainda que, o cristianismo fez do casamento um sacramento, sob as bênçãos do céu, homens e mulheres selaram a união e tornaram um único ser físico, e espiritualmente inseparáveis. Ambas as partes não podiam desmanchar o casamento, a separação só poderia acontecer somente

pela morte.

Segundo Áries (1978 *in* TORRES, 2010), a evolução da família medieval para a família do século XVII e para a família moderna durante muito tempo se limitou aos nobres, aos burgueses, aos artesãos e aos lavradores ricos. Ainda no início do século XIX, uma grande parte da população, a mais pobre e mais numerosa, vivia como as famílias medievais, com as crianças afastadas da casa dos pais. O sentimento de pertencimento à casa e à família não existia. Quando não necessitavam da ajuda das mães ou das amas, ingressavam na comunidade dos adultos, participando dos jogos e dos trabalhos. Havia pouco interesse pela família, como também pela educação (TORRES, 2010).

[...] uma realidade moral e social, mais do que sentimental. [...] A família quase não existia sentimentalmente entre os pobres, e, quando havia riqueza e ambição, o sentimento se inspirava no mesmo sentimento provocado pelas antigas relações de linhagem. (ARIÉS, 1978, p. 231 *in* TORRES, 2010).

Nos estudos de Áries (1978) sobre a *História Social da Infância e da Família* há uma oposição entre família e linhagem. A família não era constituída apenas pelos laços de sangue. A família daquela época correspondia a família conjugal moderna e a linhagem que era o outro grupo, estendia a sua solidariedade a todos os descendentes de um mesmo ancestral. A instituição familiar sofreu mudanças substanciais em sua estrutura, na medida em que sua função social foi aniquilada e restrita ao âmbito da domesticidade, que se refere ao contexto doméstico, da casa, do lar, analisa Costa (1998). Isto ocorreu na passagem do Feudalismo – quando a unidade de produção era o feudo e cuja organização do trabalho era realizada pelo conjunto da comunidade.

Predominava na família patriarcal burguesa o trabalho doméstico realizado de forma individualizada por cada mulher, no seu lar, restrita ao seu núcleo familiar, o qual passa a ser a unidade produtiva de bens essenciais para o sustento e consumo imediato de seus membros.

Na Idade Média, a família adquiriu caráter econômico e se converteu em unidade produtiva. Cada casa tornou-se em uma pequena oficina onde todos os membros da família podiam retirar sua subsistência (VENOSA, 2013).

O Brasil não se exonerou dessas mudanças. Em seu aclamado livro “Casa - - Grande & Senzala”, Gilberto Freyre traz um aprimorado retrato acerca da família tradicional brasileira, a qual foi influenciada pela colonização portuguesa. Freyre (2003) ressalta que a formação do patriarcado do Brasil foi em grande parte baseada

em raça e religião do que em condições econômicas, de experiência cultural e organizações familiares.

A casa-grande patriarcal era uma fortaleza, uma igreja, uma escola, uma fábrica, uma casa sagrada, um convento, um hotel e até um banco. Na hierarquia patriarcal, a memória das pessoas da família que havia morrido eram cultivadas sob os santos e acima dos vivos, através de retratos, tranças e cachos, em um culto doméstico que remetia aos antigos gregos e romanos (FREYRE, 2003).

Segundo Freyre (2003) foi a família a grande responsável pela colonização brasileira, isso porque era uma unidade de produção que fornecia o capital para o desbravamento do solo, a implantação de fazendas, a compra de animais para lavoura ou engenhos, e que constituía capital social politicamente aberto, através da aristocracia colonial mais poderosa já vista na América.

Laurentino Gomes (2013), enfatiza esse retrato, confirmando que a sociedade conservadora, católica e patriarcal de tradição cultural brasileira faz parte da herança ibérica e portuguesa. A rendição da mulher foi um traço característico que influenciou a arquitetura de casas, que tinha vidraças ao fundo, de onde as mulheres que nunca saíram de casa conseguiam observar as ruas sem serem notadas.

Já o modelo de família contemporânea começou no século XIX e antecedeu a Revolução Francesa e a Revolução Industrial, quando o mundo estava em constante estado de crise e renovação. Desde então, passou a enaltecer o convívio entre seus membros e a planejar um lugar onde houvesse a possibilidade de integrar emoções, esperanças e valores, permitindo que todos se sentissem no caminho da idealização de seu projeto pessoal de felicidade. Esse é o significado atual de família. Vale ressaltar que o Direito de Família é o direito mais avançado dos últimos tempos, pois este leva em consideração o foco nas relações interpessoais e acompanha as etapas da evolução social (BARRETO, 2013).

Pereira *apud* Dill e Calderan (2011):

[...] a evolução da família fazendo menção a três fases históricas, sendo elas: o estado selvagem, barbárie e civilização. No estado selvagem, os homens apropriam-se dos produtos da natureza prontos para serem utilizados. Aparece o arco e a flecha e, conseqüentemente, a caça. É aí que a linguagem começa a ser articulada. Na barbárie, introduz-se a cerâmica, a domesticação de animais, agricultura e aprende-se a incrementar a produção da natureza por meio do trabalho humano; na civilização o homem continua aprendendo a elaborar os produtos da natureza: é o período da indústria e da arte (PEREIRA *apud* DILL & CALDERAN, 2011, s/p).

Barreto (2013), destaca que, uma série de mudanças legislativas nesta instituição teve início em meados do século passado e colidiu com o advento da Constituição Federal de 1988. Desde então, surgiram muitas leis que levam em conta novas visões sobre a família e a sociedade. Devido a essa evolução humana, o que era aceitável no passado agora é abominado pela sociedade, como o poder do pai sobre a vida e a morte de seus filhos, ou a possibilidade de revogar o casamento se comprovar até a esterilidade. Nesse caminho da lei da evolução é preciso seguir as aspirações sociais, sob pena de se tornar letra morta. Por causa dessas mutações, houve situações em que é necessário amparo legal, como a união estável, a adoção, averiguação da filiação, a guarda compartilhada e o direito a visitas.

No entanto, ao entrar em vigor a Constituição Federal de 1988, houve um impacto significativo nessas percepções, por meio de enumerados princípios constitucionais que refletiam diretamente o Direito de Famílias.

Considerado por alguns doutores, como o princípio que reconhece a dignidade da pessoa humana, o artigo 1º, III da Constituição Federal, traz como ponto chave a transição do paradigma de família; “num único dispositivo espancou séculos de hipocrisia e preconceito” (VELOZO, 2015). Assim, com toda essa ordem de valores que a Carta Magna trouxe, o Código Civil, que tramitava no Congresso Nacional antes de sua promulgação, teve que passar por um “tratamento profundo” para que se ajustasse aos parâmetros constitucionais. Como ensina Maria Berenice Dias, “daí o sem-número de emendas que sofreu, tendo sido bombardeado por todos os lados” (DIAS, 2009). Para Dill e Calderan:

A mulher aos poucos foi conquistando seu espaço no lar e na sociedade. Aos poucos, passou a ser responsável pela manutenção do culto, iniciando assim, uma nova fase, e mesmo sem autonomia, começou a acumular funções, através de seu sacerdócio doméstico (DILL & CALDERAN, 2011, s.p).

A estrutura das famílias no Brasil, é muito similar com o que aconteceu em muitos outros países (PEREIRA, 2001; DIAS, 2018), teve mudanças ao longo dos anos, e é possível explanar seu processo evolutivo através de alguns fatores decisivos para a mudança de paradigma: longevidade, emancipação feminina, perda de poder do cristianismo, liberação sexual, impacto da mídia em massa, desenvolvimento científico com as perícias genéticas e descobertas na área da biogenética, a redução de famílias com o aprimoramento e disseminação de anticoncepcionais (PEREIRA, 2001).

A Constituição Federal brasileira afirma que a família é a base da sociedade e goza de proteção especial do Estado e, para os fins desta proteção, reconhece a união estável entre homem e mulher como entidade familiar, compreendendo também como integrante desta entidade, a comunidade formada por um ou outro dos pais e seus descendentes (ART. 226, § 3º e 4º, da CF/88).

Diniz (2014), traz que o Código Civil e a lei nº 9.278/96 referente a União Estável que dispõe o § 3º do art. 226 da Carta Magna, admiti como família aquela resultante do casamento e como entidade, não só a resultante da união estável, mas também a comunidade monoparental, constituída por qualquer um dos pais e seus descendentes independentemente da existência de o vínculo matrimonial que o gerou.

Nogueira define o termo família como:

A família é uma sociedade natural formada por indivíduos, unidos por laço de sangue ou de afinidade. Os laços de sangue resultam da descendência. A afinidade se dá com a entrada dos cônjuges e seus parentes que se agregam à entidade familiar pelo casamento (NOGUEIRA, 2005, s/p).

Pode-se considerar a família como sendo a unidade social mais antiga da sociedade. Antes de o homem ser organizado em comunidades sedentárias, ele era constituído como um grupo de pessoas relacionadas por um ancestral comum ou por casamento, nesse contexto todos os membros da família possuíam obrigações morais entre si, sob a direção do "patriarca", juntando na mesma comunidade todos os seus descendentes, que compartilhavam uma identidade cultural e patrimonial, que com o crescimento territorial e demográfico desses "clãs", essas entidades familiares começaram a se unir, formando as primeiras tribos, grupos sociais compostos por corporações de grupos descendentes (CUNHA, 2009).

O conceito de família a partir do que está instituído na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e consagrado pelo Código Civil de 2002 (BRASIL, 2002) o qual trouxe significativas mudanças na dinâmica familiar. A Constituição Federal no art. 229 estabelece que os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos e para a efetivação de todos os direitos fundamentais à convivência familiar é assegurada. Em consonância com o que está posto na Constituição Federal, o art. 19 do Estatuto da Criança e Adolescente dispõe que "[...] toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta" (BRASIL, 1990).

Já no atual Código Civil em seu Art. 1.723. é reconhecida como entidade familiar a união estável entre o homem e a mulher, configurada na convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família (BRASIL, 2015).

O conceito de família está distante de um modelo idealizado e dos conceitos de família da contemporaneidade que evidenciam que há vários tipos de família, em que pais e mães desempenham papéis diferentes em contextos culturais diferentes, mas existe a presença de uma mulher e/ou homem exercendo papéis maternos e paternos.

O censo ainda apontou que a maioria no país é de famílias formadas por duas ou mais pessoas com laços de parentesco (87,2%), mas há também os que vivem sozinhos (12,1%) e as pessoas que moram juntas sem nenhum laço de parentesco (0,7%). Os números apontam algo que os brasileiros já conhecem bem: famílias se formam quando há vontade de duas ou mais pessoas permanecerem juntas (IBGE, 2010).

Donati (2008) é outro autor que traz contribuições sobre o tema família. O referido autor, traz a tese que a família é um fenômeno *sui generis*, ou seja, é um fenômeno universal, porém com suas particularidades, peculiaridades e unicidade. Em suas teses, o autor ainda traz que a família possui vínculos próprios, corroborado por antropologia cultural, sendo que as personalidades de relacionamentos são articuladas em volta dos pilares da relação entre gêneros e entre gerações.

Sendo assim, a benevolência associada à família é declarada pela humanidade sobre si mesma e disseminada de geração em geração pela respectiva família, recordando ao mundo o seu princípio, a sua própria individualidade.

A particularidade referida aos vínculos familiares encontra-se no reenvio próprio da solidariedade identitária, que demanda de relações consistentes (DONATI, 2013a). Para o autor essa solidariedade é desenvolvida em uma conjuntura de uma linguagem cultural, denominada pelo autor de amor em perspectiva generativa, em outras palavras, que não tenha origem somente biológica, mas psicológica e social, ocorrendo assim o “circuito da descendência-aliança-descendência” (DONATI, 2013a, p. 32).

Partilhando dos movimentos das relações sociais, nas últimas décadas a família tem passado por sucessivas mudanças, integrando um procedimento social com alterações de grande relevância. Diante de tempos agitados socialmente e

culturalmente falando, a família dedica-se em organizar-se sobre questões reais que vêm sendo alteradas no meio sócio-cultural. Por isso, os autores Donati & Scabini, (1995); Donati, (1998a) ressaltam que a família vem respondendo a restrições externas e, simultaneamente, adequando-se a elas, a família busca novas maneiras de se estruturar, fazendo com que, de certa forma, se estabeleçam.

Assim, pode-se dizer que a família é uma realidade social, são vínculos entre indivíduos ou indivíduos relacionados. A relação acontece através de um nexo que a institui. Esse nexo é um elo específico que torna esses indivíduos relacionados a uma realidade social ou outra (DONATI, 2006). A pergunta que também pode-se considerar é o que a faz tornar-se família e não algo social? A resposta pode ser dada ao estabelecer quais ligações determinam uma realidade social própria a qual poderia denominar família, seguindo o pensamento de Donati (2003), que considera a família como realidade social feita por pessoas relacionadas de acordo com seu sexo e, portanto, relacionadas de acordo com as gerações (DONATI, 2003).

É através do pensamento de Donati (2003), sobre o argumento acerca da definição da realidade social que é a família, que se retoma as reflexões de antropólogos e sociólogos, que se dedicaram à pesquisa de campo, especificando o sentido do grupo família, comprovando-a como um fenômeno universal, em qualquer tipo de sociedade, com universo de culturas, com estrutura social básica, identificado socialmente, estruturados a partir das relações de homem, mulher e filhos, unidos por uma vida comum (LÉVI-STRAUSS, SPIRO E GOUGH, 1987).

Especialistas têm voltado cada vez mais a atenção para o estudo sobre família. Em várias áreas o tema tem crescido de forma significativa trazendo contribuições de inúmeros trabalhos levando a importantes debates.

Nos anos 80, mais precisamente na Europa e nos Estados Unidos, e posteriormente em todo mundo, estudos sobre a temática começaram a aumentar. A maior parte desses estudos tratavam acerca da importância da família, ponderando que a família é uma instituição funcional ao conforto das pessoas e para alcance de sucesso na sociedade e na educação das novas gerações. Também, admitiam que a família é fundamental para o progresso das pessoas em várias fases e situações de suas vidas. Contudo, na maioria dos estudos, alguns aspectos significativos sobre a verdade familiar devido à ausência de mecanismos para analisar e compreender de forma adequada o que estivesse fora da estrutura familiar. De fato, a família possui uma integridade supra-funcional, destaca Donati (2008).

Para o autor, a família não se encontra para atender certas atribuições sociais, mas sim é uma gama ilimitada. Portanto, a família tem um relacionamento social pleno, isto significa que existe implicação em todas as áreas da vivência humana (DONATI, 2008).

Várias funções que antigamente eram específicas da família começaram a ser desenvolvidas por instituições públicas e privadas, isso aconteceu devido ao crescimento operacional e organizacional da sociedade. Entretanto, a existência da família se dá numa essencial veracidade acerca do delineamento da personalidade humana e social, tal verdade é que a representação da família é vista como a mais forte, sólida e importante durante a vida social, desde o princípio da história humana até a atualidade (DONATI, 2008).

Contudo, Donati (2012) introduz algo mais na definição das relações interpessoal familiar. Isso porque, percebe-se que no século passado houve uma modificação cultural na compreensão sobre o valor das pessoas e na necessidade por identificar a sua dignidade, a solidariedade materializada na prática e na promoção do respeito e liberdade nas sociedades.

Assim, fica articulada a percepção própria desta organização social - rede de relações fundamentada em vários vínculos entre sexos e gerações – a qual é realizada através da existência de quatro componentes interrelacionados: dom (amor verdadeiro), reciprocidade, sexualidade e generatividade. A relação familiar tem um significado específico que condiciona uma relação restrita com a vida de cada pessoa, onde cada uma está posicionada em uma parte da existência por meio de sua família, em um lugar no espaço e no tempo no curso das gerações, em uma posição existencial, onde necessitam uns dos outros, existindo a necessidade e o dever de cuidar dos familiares definido nas atribuições que culturalmente referidas à família. As ligações estão respaldadas no coração das pessoas, na sua privacidade, de onde surgem as práticas livres como: amor, serviço, lealdade, cooperação, cuidado, solidariedade.

Ainda sobre o tema família, pode-se afirmar que:

A família é o sistema no qual todas as transformações acontecem e reverberam. É a unidade social básica e primária que possibilita condições de sobrevivência, como proteção, cuidados, socialização e apoio emocional. Ainda que sua função seja clara, sua configuração é mutante, adequando-se às necessidades culturais ao longo do tempo. (CARNEIRO, 2007 in PAYÁ & ALELUIA, 2017, p.16)

Para Payá (2010a), a definição de família é levada em consideração devido às variadas funcionalidades disciplinadoras reconhecidas por seus membros acerca de seus papéis no meio familiar, as incompatibilidades de comportamento, a dedicação e angústia perante o ambiente, e que conseqüentemente colaboram a fim de que o grupo siga ativo e em contínua modificação, admitindo socialmente um papel que possa conceber e propagar crenças, valores e costumes da cultura familiar.

O tratamento de usuários de álcool e/ou drogas e de seus familiares seguem os principais mecanismos que regem os princípios do SUS, sendo conduzidos pelas atuais políticas de saúde mental (SOUZA *et al.*, 2012).

Contudo, para um efetivo tratamento da dependência química é preciso uma série de técnicas e ações que busquem desenvolver a redução ou abstinência do uso de drogas, trazendo melhorias na qualidade de vida do usuário e conseqüentemente de toda sua família e sua vivência em sociedade (RIBEIRO & LARANJEIRA, 2012).

A convivência com um usuário de álcool e/ou drogas traz algumas conseqüências para aqueles que vivem mais próximos, podendo apresentar sintomas físicos e/ou psicológicos. Por esse motivo, os familiares desses são um público de elevada vulnerabilidade, carente de atenção e cuidados individualizados.

Mesmo com o adoecimento sofrido pelos familiares de usuários de drogas em decorrência da convivência conflituosa com seu ente querido, o tratamento da dependência química ainda é voltado com maior intensidade para o usuário (BORTOLON, *et al.*, 2013).

Nessa perspectiva, entende-se que para manutenção da saúde dos membros da família, é necessário que no meio familiar ocorram várias relações que beneficiem sua organização e reorganização.

### **2.3 FAMÍLIA COMO FATOR DE RISCO E PROTEÇÃO E SUA IMPORTÂNCIA NOTRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

A família é considerada como a principal condição básica para existência da sociedade e formação das relações de convívio social. É através da relação em família que se conhece o indivíduo social, criando conexões emocionais, dividindo histórias e vivências subjetivas (UNA/SUS, 2013).

Abrangendo várias áreas do convívio social, atualmente o uso, abuso e

dependência de álcool e/ou drogas é amplamente reconhecida sua relação com a doença, violência, criminalidade e pobreza. Schenkerl e Minayo (2003), destacam que são influem na convivência, nos hábitos e costumes da família.

Desta forma, é importante que na formação do indivíduo a maneira como ele é educado pela família, ficando aos pais a responsabilidade especialmente, na proteção contra os fatores de risco relacionados às drogas.

Porém, da mesma maneira que a família é a base para uma formação de relações saudáveis entre seus integrantes, as famílias disfuncionais são capazes de acarretar regras divergentes de acordo com a postura dos responsáveis para com os seus filhos. Estas disfunções acontecem em maior número de casos a aqueles que faltam habilidades na criação dos filhos, diminuindo as oportunidades de propagação de fatores de proteção (SCHENKER & MINAYO, 2004).

Segundo Orth e Moré (2004), o primeiro e principal grupo que é acometido devido ao uso de álcool e/ou drogas por um de seus membros é a família, essa conduta provoca vários danos para a saúde de todos os que convivem com este membro, fragilizando as relações dos mesmos. Todavia, é de total relevância compreender a família como fator de risco e/ou de proteção diante a complexidade da dependência química.

Como fator de proteção, Payá e Figlie (2010), destacam que frente a essa problemática a família admite seu papel de cuidar e recuperar as perspectivas de saúde para os integrantes da família ofertando uma conjuntura para mudanças ou solução de problemas. Ao que tange sobre fatores de risco para tal situação, estes podem estar ligados por exemplo aos relacionamentos conflituosos entre seus integrantes, acontecimentos que envolvam violência física dos pais diante dos filhos, entre outros (PAYÁ, 2016).

Assim, a família do usuário de álcool e/ou drogas torna-se de fundamental importância no processo de recuperação do seu familiar. Estudos apontam que, no decorrer do adoecimento do dependente químico, dentre outros fatores, o que o incentiva ao uso da droga e as possíveis recaídas são a incapacidade da família em

enfrentar as atitudes de seu familiar usuário de álcool e/ou drogas, necessitando também a família de ser acolhida e acompanhada (PAYÁ, 2016). Pois, os integrantes da família sofrem com situações de angústia, medos, dúvidas e variados sentimentos no decorrer do tratamento de seu familiar adoecido, conseqüentemente necessitando de momentos que possam ser ouvidos, ajudados e também tratados.

A dependência química é um problema de saúde pública que atinge diferentes classes sociais. Essa condição patológica não escolhe raça ou condição social, mas pode ser afetada por características genéticas e escolhas pessoais. O tratamento deve ser com medicação e psicoterapia, sob orientações profissionais. Quando iniciado, existem dificuldades em continuar o tratamento, pois este pode ser influenciado por diversos fatores. Contudo, o apoio familiar é um fator de proteção ou não nesses casos.

O ambiente familiar, por sua vez, pode ser protetor para os dependentes químicos, como também pode ser um ambiente que provoca o abandono precoce do tratamento. As famílias que estão mais envolvidas no tratamento e usam o calor emocional podem motivar os pacientes a continuarem o tratamento. Por outro lado, a retirada prematura do tratamento está associada a famílias hostis que não tentam entender as causas que levam ao abuso de álcool e/ou drogas (TISSOT, 2006).

O apoio familiar é de suma importância para o tratamento da dependência química. A influência positiva da família no tratamento inclui a capacidade de ouvir os profissionais que tratam os pacientes, estar pronto para participar do tratamento com os pacientes, esquivar-se de boicotar o processo de tratamento, motivar os pacientes buscando tratamento para o mesmo através da visualização de problemas e através da compreensão da doença (HERZOG; WENDLING, 2013). Os autores ainda destacam que na maioria dos casos a falta de informação nem sempre deixa a família pronta para ajudar. Nestes casos, a família desempenha um papel contrário ao pretendido; não se envolvendo com o tratamento; retirando o dependente químico do tratamento antes do prazo; distorcendo o problema: a dependência química como falta de amor; considerando o dependente como o único problema e infantilizando o mesmo; através da superproteção; tomando todas as decisões por ele.

Maciel *et al.*, (2013), ressaltam que a dificuldade de participar do tratamento de dependentes químicos também está relacionada ao impacto que as famílias sentem quando os membros se tornam dependentes químicos. Esse impacto ocorre nas

esferas emocional, socioeconômica e jurídica; causando doenças mentais e físicas; violência doméstica, física e psicológica, e desenvolvendo a codependência.

Deve-se reconhecer que os familiares também são acometidos pela dependência química de um membro mesmo que não sejam usuários. Essas pessoas podem ter sua qualidade de vida reduzida, além da possibilidade de desenvolver transtornos psiquiátricos. Sentimentos de desesperança devido à crença de que a situação não mudará e que o usuário está preso no vício. Além disso, familiares próximos devido ao desânimo podem ser propensos à depressão e ansiedade. Isso ocorre principalmente com níveis graves de desespero. Os profissionais de saúde também devem considerar os membros da família no decorrer do tratamento e seu risco de suicídio (ARAGÃO; MILAGRES; FIGLIE, 2009).

Segundo Souza, *et al.*, (2006), o ambiente de recuperação se dá através das relações dos familiares, amigos e outras pessoas importantes para o usuário. É preciso que as famílias se libertem de preconceitos e procurem informações com conteúdos relacionados à patologia e, com isso, consigam manejar melhor as articulações que possam ocorrer com o usuário. O envolvimento da família no tratamento já é algo pactuado e mencionado por diversos autores que enfatizam e compartilham um pensamento certificado de que todos, dentro do sistema familiar, estão conectados e a mudança de comportamento do usuário acarretará em melhorias para toda a família (AZEVEDO E SILVA, 2013). Kalina (1999, *apud* MOREIRA, 2004, p. 84) compactua com esse pensamento quando enfatiza que:

A família está sendo focalizada em diversas modalidades de tratamento em saúde. A importância da sua colaboração para adesão e manutenção de programas já oferecidos, foi mencionada e estudada em diversos trabalhos científicos, principalmente no que se refere à saúde mental (Kalina, 1999, *apud* MOREIRA, 2004, p. 84).

Sharanck e Olschowsky (2007) consideram a família como uma unidade que cuida da saúde e da doença de seus membros. Assim, o tratamento não se limita a internações e medicamentos, mas sim a ações e procedimentos que buscam à reintegração familiar, bem como à melhoria da qualidade de vida do paciente e da família.

Os familiares são uma parte extremamente importante no tratamento da dependência química, no qual deve ser incluída o máximo de pessoas desde a família principal até a família extensa. Quanto mais cedo os familiares forem inseridos no

tratamento, maiores serão as chances de adaptação e participação do usuário (SEADI; OLIVEIRA, 2009).

O apoio familiar prestado durante um momento crítico pode não ser reconhecido pelos dependentes no momento. Mais tarde, porém, a criação de um ambiente familiar solidário e sem julgamentos, é sentida por esses dependentes, que o apoio de familiares mesmo em meio às dificuldades. Notam que a família é a base para estruturar as mudanças de vida. Além disso, com a perda de noção de seus atos causada pelo abuso de álcool e/ou drogas, o dependente químico também perde alguns valores, como honestidade, humildade e sinceridade. Esses valores podem ser resgatados posteriormente, com o decorrer do tratamento e o apoio dos familiares (SILVA, 2012).

Para ajudar e apoiar o dependente químico, os familiares devem entender a dependência química como uma doença. É preciso também reconhecer a importância do tratamento para a abstinência, além de reconhecer a eficiência dos programas médicos voltados para essa problemática, como as oficinas terapêuticas ofertadas nos CAPSad. Em relação a esse programa, os familiares "destacaram o impacto positivo do CAPS em seu tratamento e trajetórias de vida, melhorando a harmonia familiar, estabilizando e reduzindo episódios de transtornos mentais, diminuindo os malefícios do consumo de drogas" (AZEVEDO; MIRANDA, 2011, p. 341).

Os profissionais de saúde devem informar os familiares, dar condições "de acesso das famílias ao serviço através de suporte financeiro", garantindo-lhes que "seu membro dependente químico será bem acolhido nos serviços de saúde, além de ofertar apoio familiar através de outros recursos" (MACIEL *et al*, 2013, p. 193).

Assim, a família estando próxima do dependente químico, também é alvo de cuidados e necessita de tratamento para administrar os conflitos decorrentes da proximidade com seu ente querido. Estando, portanto, melhor preparados para apoiar o seu familiar adoecido. Além disso, é de suma importância que a família participe ativamente do tratamento, comparecendo às reuniões e recebendo informações que ajudem a compreender a doença e a proteger o paciente de recaídas e permanência no vício.

Evidentemente que grande parte das famílias que se deparam com uma situação de dependência química em seu meio que ela pode vir a se abalar devido ao sentimento de não saber enfrentar situações decorrentes do uso/abuso de drogas,

principalmente os problemas que necessitam de seu confronto, como: as recaídas, os desentendimentos relacionais, a violência, a admissão do uso/abuso de drogas, e principalmente a não aceitação do tratamento, fazendo com que esses conflitos enfraqueçam a estrutura familiar.

As famílias tendem a adotar alguns ajustes ao passarem por um momento crítico. Segundo Zampieri (2004), em um momento crítico as famílias podem adaptar-se perante as mudanças, ou expressarem dificuldades frente a esta situação, revelando comportamentos característicos de codependentes.

O termo codependência surgiu nas décadas de 40 e 50 simultaneamente com a organização do AA (Alcoólicos Anônimos), quando as esposas de usuários de álcool tiveram atenção de profissionais de saúde que perceberam que tais mulheres demonstravam atitudes específicas, diferentemente de esposas de homens não usuários de álcool. Nessas décadas, o nome utilizado para se tratar da codependência era “coalcoólatra”, nome esse que a muitos não agradava (ANDERSON, 1994; GÓMEZ *et al.*, 2003). Pois, essa nomenclatura sugeria que os familiares tivessem culpa ou fossem corresponsáveis pela situação que seu familiar se encontrava.

No ano de 1970, época em que o uso de drogas e de álcool passou a ser denominados de dependências químicas, com a descrição de síndrome da dependência química, a expressão codependência também começou a ser instituída (HUMBERG, 2004).

Segundo Bettie, 2010:

A palavra codependência apareceu na área de terapia no fim da década de 70. Embora várias pessoas possam reivindicar isso, a palavra despontou simultaneamente em vários centros de tratamento de Minnesota, de acordo com informações da clínica psicológica Sondra Smalley, um expoente no campo da codependência. (BETTIE, 2010, p. 39).

De acordo com o aumento de pesquisas nesta área, o termo passou a ser usado para denominar parentes de doentes crônicos, filhos de usuários de álcool e pais de filhos com comportamentos alterados. Para Beattie (2007), uma das justificativas etiológicas, é a notória convivência de codependentes com pessoas que são dependentes física ou quimicamente de alguma substância e/ou alguém. A autora ainda traz que na década citada a concepção sobre codependência era que os considerados codependentes tinham suas vidas desordenadas devido a sua convivência com usuário de álcool.

Contudo, o significado de codependência nesse período foi ampliado, apesar de ter seu conceito inicial ligado à dependência química, as definições sobre codependência se difundiram, passando a ter relação com processos interpessoais disfuncionais comprometendo a dinâmica e particularidade familiar. Assim, codependência passou a ser um termo usado não somente a familiares de usuários de álcool, mas se expandiu para pessoas que se encontram em relacionamento doentio e dependente. Nessas situações, a pessoa tem seu relacionamento como a base de tudo em sua vida, vivenciando a dependência, o intenso, torna-se necessário e doentio (BEATTIE, 2010; FERREIRA & TANAJURA, 2012).

Assim, codependência é uma conduta adotada por dependências em pessoas e coisas fora de si mesmo; incluindo negligência e diminuição de sua própria identidade. Criando assim, o falso self, aflorando por meio de práticas compulsivas, vícios e más disfunções que levam ao aumento da alienação da identidade verdadeira, aderindo sentimentos de vergonha (WHITFIELD, 1991).

A manifestação dessa conduta é caracterizada: “a codependência pode ser de personalidade ou como patologia da relação de um sistema.” (Zampieri, 2004, p.134) É considerado pela autora na segunda hipótese, tipos de padrões de atividade, que acontece, indispensavelmente em intersistemas, referindo-se a alguns subgrupos, como: codependência conjugal, familiar, grupal, social, institucional e sexual. Tomando a responsabilidade da vida da outra pessoa, inclusive, em todas as áreas, o codependente torna-se obcecado a resgatar e proteger a pessoa problemática, e não analisa se todo seu empenho realmente está contribuindo para o bem-estar do indivíduo que ela protege.

A autora Beattie (2010), conceitua codependente como o indivíduo que deixa o comportamento de outra pessoa interferir no seu, e é obcecada em dominar o comportamento dessa outra pessoa. Caracterizado por Zampieri (2004), a codependência é um transtorno emocional típico de pessoas ou parentes que vivem com usuários de drogas, jogadores patológicos, e de indivíduos com transtorno de personalidade. Considerado como uma manifestação psicológica intra e interpessoal abalando o emocional, o físico e profissional de inúmeras pessoas (MARTINS *et al.*, 2001).

Na área acadêmica, o assunto codependência teve seu conceito evoluído em três relevantes vertentes: revisões que contribuam no conceito como quadro de

diagnóstico; revisões que proponham desconsiderar o conceito; e pesquisas para promoção e aprovação de mecanismos que consigam ter um conceito e diagnóstico de codependência (MILLER, 1994; MARTINS *et al.*, 2011).

Apesar da comunidade científica não reconhecer a codependência como doença, essa situação é capaz de desencadear manifestações patológicas, podendo ser de cunho físico ou psicológico, necessitando de atenção e acompanhamento profissional, de forma que a análise do quadro seja o passo inicial para uma assistência adequada.

Desse modo, algumas definições são apresentadas para o termo codependência, porém destaca-se as que discorrem acerca de um distúrbio psicológico e comportamental semelhante à dependência química, ou um distúrbio de personalidade (ZAMPIERI, 2004; TOFFOLI *et al.*, 1997).

Para Carvalho *et al.*, (2011), a codependência evidencia foco contínuo no outro (no dependente químico, processo em que o amor se mistura à dependência), com atitude de abnegação e alta resposta emocional (dificultando a comunicação familiar). Um dos motivos para a presença deste fenômeno é que, em geral, o codependente foi alguém que viveu um relacionamento parental conflituoso na sua família de origem, assumindo desde cedo responsabilidades não adequadas à sua idade e/ou à sua situação sociocultural.

Assim, desde a infância, o codependente foi ensinado e incentivado a cuidar, a apoiar os outros. A partir disso, pode-se deduzir que, quando adulto, ele tentará implementar o que aprendeu desde a infância: a cuidar. Então, precisa de alguém que necessite de seus cuidados. Esse é o principal motivo da necessidade de tratar a família e/ou cônjuge do dependente químico: se a família não for tratada, se não tiver consciência da complexidade do problema pode inconscientemente estimular uma recaída ao vício do seu ente querido dependente químico, mantendo o funcionamento anterior e perpetuando a homeostase do sistema, conforme preceitua (CARVALHO *et al.*, 2011)

Gameiro (1998), chama esse fenômeno de "deserto emocional" - o momento em que o usuário de álcool ou droga deixa de usar e não precisa mais de tanta atenção da família que, por sua vez, pode entrar em processo de crise, pois um membro pode ficar deprimido por o sentimento de estranheza que pode se instalar na família. Todos os aspectos citados justificam a importância e a necessidade de incluir a família no

tratamento da dependência química.

Assim, frente à complexidade da dependência química, surgem novas demandas terapêuticas que abrangem o trabalho com a rede social do dependente químico. Entre suas justificativas, notou-se que é difícil mudar apenas pacientes identificados, mas trabalhar com diferentes relações grupais familiares mostra uma direção promissora, e sua eficácia tem sido demonstrada satisfatória (BRASIL, 2004; LIMA, 2009). Porém, há poucos profissionais que consideram os membros da família como fundamentais no tratamento, sendo assim um recurso ainda pouco explorado (BRASIL, 2004; LIMA, 2009).

Algumas atividades podem ser desenvolvidas com a família a fim de obter êxito no tratamento do dependente químico, como de toda família, tais como: - grupos abertos ou fechados podem ser organizados em quatro, seis ou dez reuniões com duração de 5 meses a 1 ano; semanal ou quinzenal, com duração de 1 a 2 horas; participação de dependentes químicos e pelo menos um familiar, amigo ou pessoa de sua rede social. - Terapia Comunitária Integrativa (TIC), que desperta reflexões sobre frases padronizadas (como o ditado) e acerca de comportamentos causa e efeito, sejam eles automáticos, repetitivos, retraídos, estagnados (congelantes) ou de liberdade. E isso se faz trocando experiências de vida, assegurado pelas regras e base teórica desta intervenção.

Assim, baseado em Paulo Freire (2005), traz o conceito de praticar o diálogo, a troca, a reciprocidade, ou seja, ter o tempo para falar e o para escutar, o de aprender e o de ensinar – sem deixar de lado a consciência crítica, o bom senso e a tolerância (MORAES, 2008).

Moraes (2008), defende a tese de que os familiares de dependentes químicos precisam de assistência e podem se beneficiar de um grupo de apoio, partindo do princípio de que a família é um elemento importante na criação da rede de apoio ao dependente químico, uma vez que a família é afetada por o comportamento de seu familiar após o consumo de substâncias psicoativas, interferindo em sua saúde mental.

Para adentrar nesse tema é importante trazer uma definição baseada na operação básica e no processo desses grupos. Roehe (2005), Vidal (1991), argumentam que ajuda mútua é a definição mais adequada. No entanto, Vidal (1991) propõe uma consolidação entre duas expressões, baseando em Sant'Anna (2010): a

primeira é que o Grupo de Auto Ajuda (GAA), na medida em que mantém total autonomia em relação às instituições e profissionais, não recebe contribuições de fora (financiamentos, doações, empréstimos e/ou presentes), ou seja, o grupo se ajuda e o segundo são os grupos de ajuda mútua, porque baseiam seu trabalho na reciprocidade (os participantes que são voluntários e leigos se ajudam trocando experiências). Já Richardson e Goodman (1983), definem o GAA como “grupos de pessoas que pensam ter um problema em comum e se reúnem para fazer algo a respeito”.

Os grupos de apoio ou autoajuda são caracterizados por oferecer suporte para que um determinado grupo de pessoas consigam lidar com problemas associados a situações de crises comuns, transições da vida, dificuldades decorrentes de um problema ou uma doença específica (GUANAES & JAPUR, 2001). Por isso, esses grupos são frequentemente direcionados a pessoas com problemas semelhantes que desejam compartilhar experiências pessoais nas quais um processo coeso e solidário foi desenvolvido.

Entre os efeitos positivos levantados pelos participantes de grupo de apoio: melhora nos recursos sociais, maior nível de conhecimento sobre os temas discutidos no grupo, maior capacidade de lidar com as situações da vida, melhora da autoconfiança, redução do medo e da ambiguidade, alívio do desespero emocional e redução do desalento (SCHOPLER & GALINSKY, 1993).

Os mesmos autores destacam que tais organizações reduzem o isolamento social, aumentam e disseminam conhecimento, melhoram a qualidade de vida, treinam membros para melhorar as estratégias de enfrentamento e resolução de problemas, defendem a mudança social e promovem direitos específicos.

O GAA pioneiro no mundo foi Alcoólicos Anônimos AA, fundado em 1935 em Akron, Ohio, Estados Unidos por dois usuários de álcool. Os dois se ofereceram para tratar alcoolatras no Hospital Municipal de Akron, onde concluíram com sucesso seu estágio e formaram o primeiro grupo de AA, e a primeira publicação do livro em 1939 (AA, 1939/1994) escrito por Bill W, reconhecido como big book (grande livro) e dando nome à comunidade (EDWARDS *et al.*, 2005; SANTA'ANNA, 2010).

Após a experiência positiva do A.A, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, quando eles cruzaram as fronteiras dos Estados Unidos da América o número de GAA aumentou consideravelmente. O Programa de 12 passos, que é um

conjunto de princípios de natureza espiritual, desde então foi adaptado, com a permissão do escritório Mundial de Serviço de A.A, para vários propósitos, não necessariamente ao alcoolismo (SANTA'ANNA, 2010). Surgindo assim, vários GAA que contribuem para a vida das pessoas tidas como codependentes, que são indivíduos que estão diretamente relacionados aos dependentes em álcool e/ou drogas, que são claramente afetados física e mentalmente por viver com essa pessoa (por exemplo: amigos e família). Na maioria das vezes, as pessoas subconscientemente apoiam e encorajam o comportamento dos dependentes porque é muito difícil para eles pedir e aceitar ajuda.

Arantes e Oliveira (2016), sublinham que no grupo todos são considerados como corresponsáveis por identificar e satisfazer as suas necessidades e de mudar o meio em que vivem. São pessoas que foram sujeitas a alguns comportamentos que voltam a ter autonomia com uma vida saudável e livre de dependências, construindo assim uma rede de solidariedade. Abordar ou lidar com diferentes tipos de problemas e como as pessoas (leigas) podem desenvolver compreensão e estratégias para superar problemas, Roehe (2005) destaca a necessidade de estudar o GAA para fornecer material para esclarecimentos à sociedade sobre como os grupos funcionam. O autor cita a precariedade do serviço público de saúde e a pobreza de grande parte da população brasileira, situações que fazem necessário pensar que os GAA podem ser importantes aliados de uma rede efetiva de serviços de saúde. Embora estritamente falando, de acordo com Edwards e Marshall (2005), os grupos de autoajuda (GAA) não se configuram como um “ambiente de tratamento”, são uma fonte de ajuda muito importante.

Não estão inseridos nas políticas públicas como dispositivo formal da rede de atenção, pois, segundo Lima e Braga (2012), não foram criados pelo Estado, mas são uma das formas de participação da sociedade na referida rede de atenção, sendo considerados como organizações que desenvolvem apoio familiar, nas quais são incentivadas as interações sociais com o objetivo específico de reabilitar ou apoiar pessoas com os mesmos problemas. Pereira e Souza (2010) declararam que na organização do grupo há espaço para todos falarem e há um momento para todos comentarem sobre as pessoas do grupo, trocando experiências, comentários e sugestões. Schopler & Galinsky (1997), destacam que aos GAA tem sido ofertada uma limitada atenção para uma sistemática avaliação dos processos e dos resultados

conduzidos por cada grupo.

Grupos de apoio e associações de pacientes, são na maioria enquadrados no perfil do terceiro setor com finalidades não econômicas e autônomas, ou seja, atendem às necessidades da população e complementam as ações do Estado (TENÓRIO, 2003).

Assim, os GAA, segundo Sant'Anna (2015), não se veem como fonte de solução para o problema da dependência química ou outros transtornos relacionados à compulsão. Os membros reconhecem que foram bem-sucedidos em lidar com seus próprios problemas, mas em nenhuma circunstância compartilham a que sua visão terapêutica deve ser universalmente adotada.

No Brasil existem GAA espalhados por todo o território, sendo alguns: - Alcoólicos anônimos (A.A.) – pessoas com problemas com o álcool, - Narcóticos anônimos (N.A.) – pessoas com problemas com droga e álcool, - Jogadores anônimos (J.A.) – pessoas com problemas com jogos, - Al-Anon – para familiares de pessoas que têm problemas com o álcool, - Nar-Anon – para familiares de pessoas que têm problemas com drogas e álcool, - Amor exigente (AE) – para familiares de pessoas que têm problemas com drogas e álcool e com pessoas com comportamentos inadequados.

Destaca-se ainda a necessidade de empenhos para identificar e manter lideranças do setor, além de ações de capacitação para os gestores responsáveis pela estrutura administrativa desses grupos, bem como investigações capazes de monitorar e divulgar os trabalhos realizados.

### 3 DESCREVENDO O CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Neste capítulo está descrito todo o percurso metodológico, tendo como contribuição os autores: Minayo (1991), (2007), (2010); Gil (2008), Pereira (2019), Thiollent (2007), Freire (1991), (2005), (DANTAS & LINHARES, 2014), dentre outros, com intuito de descortinar todo o caminho da pesquisa.

Para construção desta dissertação, utilizou-se a pesquisa documental aliada ao estudo de caso exploratório. Segundo Gismália Marcelino Mendonça (2013) e Raupp e Beuren (2006), a pesquisa documental é elaborada a partir de fontes de informações, nas quais são organizadas, conferindo-lhe uma nova importância como fonte de consulta.

Para a análise documental, inicialmente foram organizados e definidos os documentos para leitura, segundo critérios da análise de conteúdo para interpretar e criar inferências, foram também identificados os conceitos e termos para análise e interpretação à luz da base teórica escolhida.

Para alcance dos objetivos traçados, este projeto tem caráter qualitativo. Essa abordagem propõe buscar a “relação da qualidade dos fatos e fenômenos, bem como encontrar na parte a compreensão e a relação com o todo; a interioridade e exterioridade como constitutivas dos fenômenos” (MINAYO, 2007, p. 24).

Para desenvolver esse trabalho, alguns métodos foram utilizados. Inicialmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica que segundo Gil (2008) esse tipo de pesquisa é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, configurando-se assim, como exploratória. Sobre a pesquisa exploratória Pereira (2019) caracteriza como sendo uma pesquisa que busca examinar/explorar um fenômeno pouco conhecido, possibilitando a sua familiarização.

Foi utilizado o procedimento de estudo de campo que Gil (2008), destaca como a procura por aprofundamento de uma realidade específica, tendo sua realização feita através da observação direta das atividades do grupo pesquisado e de entrevistas com informações para captar as explicações e interpretações que aconteçam naquela realidade.

Visando responder à questão de pesquisa deste trabalho, foi utilizada a pesquisa de intervenção, a qual se configura como parte das ciências sociais que busca a solução de possíveis problemas encontrados através de instrumentos

interdisciplinares (MINAYO, 1991). Consistiu em pesquisa de intervenção do tipo pesquisa-ação, que segundo Thiollent é:

[...] um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com a ação ou com resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. (THIOLLENT, 2007, p.16)

O trabalho foi realizado em duas etapas, sendo: Etapa 1 - pesquisa bibliográfica, Gil (2008), com inventário realizado no periódico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); inventário realizado na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDBT); no portal da SciELO; no repositório da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR); no repositório da Institucional da Universidade de Brasília (UNB) e no portal NEPAS – ABCS Health Sciences. Com os descritores de busca: agentes comunitários de saúde, familiares de usuários de álcool e outras drogas e drogas, usuários de drogas e estratégia de saúde da família - ESF.

Na Etapa 2, com a autorização número 5.185.597 em 23/12/2021 do Conselho de Ética e Pesquisa (CEP), foi iniciado o projeto de intervenção, que objetivou compreender as principais dificuldades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, nas áreas de abrangência em duas Estratégias Saúde da Família-ESF do município de Guanambi-Bahia. O referido projeto teve como metodologia o círculo de cultura, Freire (1991); em que foram trabalhados temas que envolvem a questão da pesquisa. Sendo aplicada a entrevista semiestruturada, Laville & Dionne, (1999); composta por um questionário com perguntas abertas e/ou fechadas, Cervo & Bervian (2002); por fim ancorado as análise de dados em Bardin (2011).

Dessa forma, a escolha metodológica expressiu “fundamento teórico pertinente”, além de ter propiciado a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2010).

### **3.1 LÓCUS E PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Guanambi, cidade localizada na região Sudoeste da Bahia, distante a 796 km da capital com uma população estimada para 2020 de 84.928 pessoas, segundo

dados do IBGE (IBGE 2020). O *lócus* da pesquisa foi a ESF 1, a qual foi se deu pelo fato de conter um maior número de ACS participantes da pesquisa. A escolha pelas duas ESF ocorreu pela proximidade territorial das unidades de saúde onde funcionam as ESF que participaram do estudo. O acesso as ACS para conhecimento e desenvolvimento da pesquisa deu-se em momentos previamente marcados, seguindo as normas de decreto municipal nº 521 sobre a pandemia de COVID – 19, que “Dispõe sobre a adoção de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo CORONAVÍRUS no âmbito do município de Guanambi, e estabelece outras providências” (DECRETO 521, DE 27 DE OUTUBRO DE 2021/GUANAMBI/BA).

As unidades básicas de saúde onde estão localizadas as ESF, possuem estruturas similares, devido ao fato do município aderir a padronização do Ministério da Saúde para construção de unidades de saúde. Ficando as unidades com a seguintes estruturas: Unidade de Saúde 1 - sala de espera, recepção, sala de dentista, sala de vacina, farmácia, sala de curativo, consultório de enfermagem, consultório médico, almoxarifado, sala de esterilização, sala de reunião, copa e ao redor de sua estrutura um amplo espaço. A unidade constituída por muros altos e grades na frente e parte das laterais. A ESF 1 é composta por 4 Agentes Comunitárias de Saúde, uma recepcionista, uma enfermeira, uma médica, um dentista, uma assistente de dentista, uma técnica em enfermagem, e uma profissional de serviços gerais.

A Unidade de Saúde 2 - por ser uma unidade de saúde de porte dois, ou seja, funciona duas equipes de ESF em um mesmo espaço, tendo além mais salas, um espaço mais ampla, possui: sala de espera, recepção, 2 salas de dentista, 1 sala de vacina, 1 farmácia, 1 sala de curativo, 2 consultórios de enfermagem, 2 consultórios médicos, 1 almoxarifado, 1 sala de esterilização, 1 sala de reunião, 1 sala de procedimentos, 1 sala de nebulização, 1 copa e ao redor de sua estrutura um amplo espaço, sendo a unidade constituída por muros altos e grades na frente. A ESF 1, que funciona na unidade de saúde 2, é composta por 2 Agentes Comunitárias de Saúde, uma recepcionista, uma enfermeira, uma médica, um dentista, uma assistente de dentista e uma técnica em enfermagem. A ESF 2, que funciona na unidade de saúde 2, é composta por 2 Agentes Comunitárias de Saúde, uma recepcionista, um enfermeiro, uma médica, uma dentista, uma assistente de dentista e uma técnica em enfermagem. Sendo a profissional de serviços gerais, a vacinadora e o atendente de farmácia para as duas unidades de saúde. Também há nessa unidade uma coordenadora geral para as duas unidades de saúde.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, CEP (Autorização 5.185.597 em 23/12/2021), para iniciação do trabalho interventivo, a pesquisadora encontrou em contato via aplicativo com uma das ACS de uma das ESF 1 e solicitou que a mesma perguntasse as demais agentes- suas colegas de unidade -se seria possível uma reunião na mesma semana para apresentação do projeto, visto que a pesquisadora já havia no decorrer do mestrado sinalizado para as ACS que seriam convidadas a participarem da pesquisa e também feito levantamento de questões que as mesmas gostariam de debater referentes ao tema da pesquisa. Também foram contactadas as ACS da ESF 2. As agentes de saúde logo responderam e demonstraram muito entusiasmo para participar da pesquisa, bem como o tema da pesquisa.

Assim, foi agendado para o dia 08/03/2022 às 16h00 min na ESF 1 para serem informadas sobre o mestrado, o TCLE, o tema e os objetivos da pesquisa, bem como data para início do desenvolvimento do projeto de intervenção e coleta de informações sobre possíveis temas a serem abordados nos encontros. Os quais foram sinalizados por elas: dependência química, atendimento do ACS a familiares de usuários de álcool e/ou drogas, pontuando suas dificuldades e relacionando com as políticas públicas e a assistência a usuários de álcool e/ou drogas e sua família, as drogas no meio familiar, melhorias em seu trabalho junto a familiares de usuários de álcool e/ou drogas, bem como traçar estratégias na busca de redes de apoio.

Destaca-se que o número de agentes para a pesquisa eram 6, contudo uma das agentes não pôde participar do projeto por ter sido desligada do programa poucos dias antes do início dos encontros.

Para construção dos quadros contendo os dados das ACS participantes da pesquisa, foi atribuído a elas nomes que homenageiam mulheres que se destacaram na saúde pública do Brasil. A escolha dos nomes ocorreu através de similaridade de características entre as homenageadas e as participantes da pesquisa.

**Quadro 2** - Caracterização das ACS participantes da pesquisa.

<b>Nome fictício</b>	<b>Idade</b>	<b>Grau de escolaridade</b>	<b>Tempo de serviço como ACS</b>
Ana Neri	55 anos	Técnico em Enfermagem	22 anos
Maria Deane	44 anos	Ensino médio	16 anos
Zilda Arns Neuman	43 anos	Técnico em Enfermagem	16 anos

Nise da Silveira	46 anos	Técino em contabilidade	16 anos
Celina Turchi	50 anos	Superior	22 anos

Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme explicitado no quadro acima, as 5 agentes de saúde que concordaram em participar desta pesquisa de forma voluntária se enquadraram nos critérios de inclusão a seguir: O critério de inclusão dos colaboradores Agentes Comunitários de Saúde (ACS): a) profissionais concursados atuantes em duas Estratégias Saúde da Família - ESF no município de Guanambi/BA; as quais fazem fronteira geográfica. b) por pertencerem a estratégias de saúde da família que estão localizadas em bairros com contraste financeiro.

E o de exclusão foi posto como critério, o pertencimento das Agentes Comunitários de Saúde às demais Estratégias Saúde da Família. Em tempo, é importante salientar que com o propósito de assegurar o sigilo os nomes das colaboradoras desta investigação interventiva foram substituídos por nomes fictícios, os quais as mesmas deram autonomia à pesquisadora escolher. Salienta-se ainda que as colaboradoras assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando uma via em posse da agente e a outra em posse da pesquisadora.

No decorrer do desenvolvimento da pesquisa, riscos poderiam surgir. Devido a pesquisa envolver seres humanos um risco que poderia ocorrer é a quebra de sigilo, ainda que de forma involuntária. Quanto a esse risco, neste estudo, foi assegurada a garantia de privacidade dos dados pessoais dos participantes da pesquisa, isto é, os dados e documentos serão anonimizados antes de serem encaminhados pela equipe responsável pelos cuidados das participantes do estudo para qualquer outra instância, ou outros pesquisadores (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens III.2.i e IV.3.e). Para mitigar os riscos, foram buscados meios de sanar a problemática através de documentação, diálogos, entre outros meios para contornar a situação.

Como risco, também poderia ocorrer algum constrangimento pelo fato de as participantes terem que relatar sobre episódios de seu cotidiano de trabalho referente ao tema da pesquisa durante os encontros de desenvolvimento do projeto de intervenção. Se ocorresse, as participantes seriam encaminhadas a um apoio psicológico com a profissional Marlúcia Malheiros Souza CRP 03 14555 CPF 029.010.245-64, especialista em Saúde da Família pela ESP/SESAB, endereço: Rua

Sebastião Boa Sorte, 64 Bairro Santo André.

Também poderia ocorrer como risco o cansaço físico, visto que a realização dos encontros ocorreram em um período no horário de trabalho das participantes, podendo surgir a desistência de participação na pesquisa. Por isso, alguns cuidados foram levados em consideração, começando pela escolha da metodologia, definindo métodos que proporcionaram uma expressão e fala livre, sem invasão da privacidade das participantes, considerando os limites de cada uma. Para resolução desse possível risco a entrevista poderia ser realizada em duas etapas.

Outro risco que foi considerado durante a pesquisa de campo foi o vírus do novo CORONAVÍRUS, o qual está causando a pandemia do COVID-19 no mundo, instaurada no Brasil desde março de 2020. Assim, seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados foram tomados de acordo com o decreto municipal, que dispõe sobre a adoção de medidas temporárias e emergenciais de prevenção e de contágio pelo CORONAVÍRUS no âmbito do município de Guanambi. Diante deste risco, as medidas de prevenção como o distanciamento social, uso de máscara e de álcool em gel foram asseguradas no momento do desenvolvimento da pesquisa. Caso ocorresse alguma suspeita de participante com sintomas, esta não participaria temporariamente dos encontros e seria solicitado a suspensão temporária da mesma, bem como solicitação para realização de teste da COVI-19.

A fim de garantir o bom andamento da pesquisa, a universidade forneceu apoio em todo período do desenvolvimento da pesquisa, de acordo com as necessidades. Por fim, está sendo assegurado que as informações colhidos na pesquisa sejam usados somente com a finalidade prevista no seu protocolo e conforme acordado no TCLE.

Sobre a coleta de informações que mensurasse as famílias que convivem com usuários de álcool e/ou drogas em seu contexto familiar, foi realizada através das fichas cadastrais das ACS, tomando como base de dados as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Através da busca no referido sistema, foi possível mensurar os seguintes dados:

**Quadro 3** – Dados mensurados através da coleta no SIAB.

<b>Nome fictício</b>	<b>Equipe a qual pertence</b>	<b>Número de famílias</b>	<b>Número de famílias que tenham usuário de álcool ou drogas</b>
Ana Neri	ESF 1	190	4
Maria Deane	ESF 1	244	8
Nise da Silveira	ESF 1	276	9
Celina Turchi Martelli	ESF 1	246	24
Zilda Arns Neuman	ESF 2	209	5

Fonte: Elaborado pela autora.

### **3.2 PLANEJAMENTO, CONSTRUÇÃO E EXECUÇÃO DOS ENCONTROS INTERVENTIVOS**

Para o planejamento e construção dos encontros interventivos foram consideradas as necessidades das ACS já sinalizadas em contatos no decorrer do mestrado, bem como no encontro para explanação dos detalhes para aplicação do projeto de intervenção.

Assim, foi realizado o círculo de cultura e no último encontro foi feita a entrevista semiestruturada ver em (APÊNDICE A) que os autores (LAVILLE & DIONNE, 1999) ressaltam como o tipo mais usado de entrevista, a qual será executada, por meio de questionário com perguntas abertas e/ou fechadas, que “[...] refere-se a um meio de obter respostas às questões por uma fórmula que o próprio informante preenche” (CERVO & BERVIAN 2002, p. 48).

Destaca-se que o contato com as ACS participantes da pesquisa se deu já desde a construção do projeto de pesquisa. Contudo, foi com a aprovação do projeto no comitê de ética que ocorreu o contato da mestrandia com uma das ACS solicitando um momento para poder ter uma pequena reunião com vistas a ser passado sobre o projeto de intervenção.

A referida reunião foi caracterizada como primeiro contato oficial em 08/02/2022, com participação da coordenadora da unidade de saúde e 4 ACS, pois duas justificaram a ausência.

Este momento foi para a transmissão aos participantes sobre o mestrado, o projeto de intervenção, sobre o Comitê de Ética, os termos para assinatura e firmar dias e horários para realização dos encontros, firmou-se que os encontros aconteceriam nas quintas-feiras das 14:00 às 16:00h, exceto se houvesse alguma demanda que as ACS necessitasse participar.

Através de todo planejamento, os encontros ocorreram conforme detalhamento a seguir:

#### ENCONTRO 01

<b>Dia:</b> 15/02/2022	<b>Local: Estratégia de Saúde da Família 1</b>
<b>Duração: 2h</b>	<b>Das 14:00 às 16:00h</b>
<b>Responsável</b>	Mônica Xavier Santana Rodrigues. <b>Orientação:</b> Prof <sup>a</sup> Dr <sup>a</sup> Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres
<b>Objetivo específico</b>	Proporcionar aos participantes um momento de interação e troca de saberes.
<b>Meta</b>	Incentivar a participação dos 7 ACS no desenvolvimento da Oficina “O Agente Comunitário de Saúde e o trabalho interventivo a familiares de usuários de álcool e/ou drogas em Estratégias Saúde da família em Guanambi-Bahia”. Bem como subsidiar material para produção de uma cartilha interventiva para uso do trabalho do ACS com familiares de usuários de álcool e/ou drogas.
<b>Metodologia:</b>	Círculo de Cultura
<b>Atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do projeto de intervenção aos participantes;</li> <li>- Explicar a metodologia do projeto, ressaltando sobre o círculo de cultura;</li> <li>- Falar sobre o produto final que será uma cartilha para uso deles no trabalho com familiares de usuários de álcool e/ou drogas;</li> <li>- Firmar acordo sobre dias e horários dos encontros da oficina;</li> <li>- Entrega, leitura e assinatura do TCLE e do termo de autorização para uso de depoimentos.</li> <li>- <b>Dinâmica:</b> Construção e diagnóstico de saberes sobre o tema drogas/dependência química.</li> <li>- <b>Vídeo: Família, filhos e drogas</b></li> <li>- Discussão sobre o vídeo;</li> <li>- Leitura e debate do artigo: Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família.</li> <li>- Lanche</li> </ul>

**Encontro 01:** O encontro iniciou com explicação sobre o MPIES, logo em seguida foi falado sobre o projeto de intervenção, sobre o Comitê de Ética. Em seguida houve a leitura do TCLE e assinatura do mesmo. Iniciou-se a aplicação do projeto com uma dinâmica sobre os conhecimentos/o que leva a dependência química e as dificuldades sobre dependência química e seu tratamento. Tanto para o usuário quanto para a família. Para isso foi utilizado uma cartolina com duas colunas, uma com a questão do que é a dependência química e outra com as dificuldades sobre o

tema.

Finalizada a dinâmica foi relatado pelas participantes sobre seu conhecimento e dificuldades acerca da dependência química em relação ao trabalho com familiares e também com o usuário da substância. Em sequência foi passado um vídeo intitulado: Família, filhos e drogas. Dando sequência às atividades, foi lido o artigo Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. O encontro foi finalizado com um lanche para integração com as Agentes Comunitárias de Saúde.

## ENCONTRO 02

<b>Dia:</b> 23/02/2022	<b>Local: Estratégia de Saúde da Família 1</b>
<b>Duração: 2h</b>	<b>Das 14:00 às 16:00h</b>
<b>Responsável</b>	Mônica Xavier Santana Rodrigues. <b>Orientação:</b> Profª Drª Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres.
<b>Objetivo específico</b>	Refletir sobre o atendimento do ACS à familiares de usuários de álcool e/ou drogas, pontuando suas dificuldades e relacionando com as políticas públicas e a assistência a usuários de álcool e/ou drogas e sua família.
<b>Meta</b>	Potencializar o trabalho interventivo de 50% dos ACS participantes, junto a familiares de usuários de álcool e/ou drogas.
<b>Metodologia:</b>	Círculo de Cultura
<b>Atividades</b>	<b>Dinâmica:</b> Entrevistando o problema. (Mapa cognitivo); - <b>Slides:</b> Debate sobre trechos dos artigos: 1 - Políticas públicas de atenção aos usuários de drogas no contexto brasileiro: revisão narrativa de literatura. 2 - Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. - Estudo de caso; - Discussão sobre conteúdo abordado. - Lanche

**Encontro 02:** O segundo encontro representa a temática: O atendimento do ACS aos familiares de usuários de álcool e outras drogas pontuando, suas dificuldades e relacionando com as políticas públicas e assistência ao usuário de álcool e/ou drogas e sua família. Metodologia: Círculo de Cultura, que estão fundamentados em uma proposta pedagógica, cujo caráter radicalmente democrático e libertador propõe uma aprendizagem integral, que rompe com a fragmentação e requer uma tomada de posição perante os problemas vivenciados em determinado contexto (FREIRE, 1991).

O segundo encontro teve como objetivo refletir sobre o atendimento do ACS aos familiares de usuários de álcool e outras drogas, pontuando, suas dificuldades e relacionando com as políticas públicas e assistência ao usuário de álcool e outras drogas e sua família. Foi iniciado o encontro com compartilhamento do slide, pontuando para as participantes as atividades que seriam desenvolvidas no dia.

Em seguida houve uma breve recapitulação sobre o encontro passado, falando sobre os temas discutidos. Posteriormente, foi realizada uma dinâmica com intuito de aprofundar o debatesobre o tema enfrentado, bem como colocar as trabalhadoras frente a problemática afim de discutir suas causas e possíveis soluções.

Foi entregue às participantes uma folha com duas colunas: uma de causas para as dificuldades no trabalho com usuários de álcool e/ou drogas e seus familiares e outra com possíveis soluções para essas dificuldades, de acordo com os seus conhecimentos. E fazendo um comparativo com as políticas que as ACS conhecem e o que foi trabalhado na semana anterior. Posteriormente, foi usado slides para debater de trechos sobre os artigos: - Políticas públicas de atenção aos usuários de drogas no contexto brasileiro: revisão narrativa de literatura e - Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde.

### ENCONTRO 03

<b>Dia:</b> 09/03/2022	<b>Local: Estratégia de Saúde da Família 1</b>
<b>Duração: 2h</b>	<b>Das 14:00 às 16:00h</b>
<b>Responsável</b>	Mônica Xavier Santana Rodrigues. <b>Orientação:</b> Prof <sup>a</sup> Dr <sup>a</sup> Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres
<b>Objetivo específico</b>	Demonstrar para o ACS a importância da família no tratamento da dependência química de seu familiar.
<b>Meta</b>	Impulsionar 50% dos ACS a incentivar as famílias na participação no tratamento da dependência química de seu familiar.
<b>Metodologia:</b>	Círculo de Cultura

<b>Atividades</b>	<p>- Assistir aos vídeos relacionando com o conhecimento que os ACS tem sobre as consequências das drogas no meio familiar, a codependência e grupos de apoio;</p> <p>- Responder as perguntas norteadoras:</p> <p>1 – Sabiam sobre as consequências das drogas no meio familiar?</p> <p>2 – Sabem o porquê a maioria das famílias são reféns de seu familiar usuário?</p> <p>3 – Conhecem algum grupo de apoio que oferece suporte para familiares de usuários?</p> <p style="padding-left: 40px;">- <b>Vídeo: 1- O que as drogas causam na família.</b></p> <p style="padding-left: 40px;">- <b>2 - O papel da família no tratamento da dependência química</b></p> <p style="padding-left: 40px;"><b>Slides:</b> Codependência e grupos de apoio.</p> <p>- Entrega de lista com nomes dos grupos e um pouco sobre cada um.</p> <p>- Discussão sobre conteúdo abordado, respondendo as perguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais as consequências das drogas no meio familiar?</li> <li>• Porque a maioria das famílias são reféns do seu familiar usuário?</li> <li>• Conhecem algum grupo de apoio que oferece suporte para familiares de usuário, chegaram a participar alguma coisa?</li> </ul> <p>- Lanche</p>
-------------------	---

**Encontro 03:** Trabalhando a temática: A importância da família no tratamento da dependência química e contextos que ajudem no tratamento, o terceiro encontro iniciou-se com o compartilhamento dos vídeos: O que as drogas causam na família e O papel da família no tratamento da dependência química.

Em seguida foram compartilhados slides sobre a temática Codependência e grupos de apoio, com explanação dos conceitos e abordagens para esclarecimentos sobre a temática. Após a o compartilhamento das ideias, foi entregue uma lista para conhecimento das ACS com nomes de grupos de apoio, suas filosofias, localização do grupo na cidade.

Por fim, houve uma discussão geral sobre todos os temas que foram trabalhados no encontro, tendo os principais pontos identificados pelas participantes a partir das perguntas norteadoras:

- Quais as consequências das drogas no meio familiar?
- Porque a maioria das famílias são reféns do seu familiar usuário?
- Conhecem algum grupo de apoio que oferece suporte para familiares de

usuário, chegaram a participar alguma coisa?

Metodologia: Círculo de Cultura, que estão fundamentados em uma proposta pedagógica, cujo caráter radicalmente democrático e libertador propõe uma aprendizagem integral, que rompe com a fragmentação e requer uma tomada de posição perante os problemas vivenciados em determinado contexto (FREIRE, 1991).

O encontro foi finalizado com o lanche para interação das participantes.

#### ENCONTRO 04

<b>Dia: 17/03/2022</b>	<b>Local: Estratégia de Saúde da Família 1</b>
<b>Duração: 2h</b>	<b>Das 14:00 às 16:00h</b>
<b>Responsável</b>	Mônica Xavier Santana Rodrigues. <b>Orientação:</b> Profª Drª Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres
<b>Objetivo específico</b>	Articular estratégias para o ACS trabalhar de forma interventiva a família de usuários de álcool e/ou drogas.
<b>Meta</b>	Buscar 2 redes de apoio para o trabalho do ACS junto a familiares de de usuarios de álcool e/ou drogas.
<b>Metodologia:</b>	Círculo de Cultura
<b>Atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dinâmica:</b> Linha do tempo – nosso lugar na história.</li> <li>- <b>Vídeo:</b> Dependência química e intervenção familiar</li> <li>- Aplicação da entrevista semiestruturada, através do questionário de perguntas abertas/fechadas.</li> <li>- Discussão sobre conteúdo abordado</li> <li>- Lanche</li> </ul>

**Encontro 04:** Com a metodologia do círculo de cultura e o tema – Trabalho em rede para desenvolvimento do trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, o quarto encontro foi iniciado com uma dinâmica denominada “Linha do tempo – nosso lugar na história”. Que é a linha do tempo, do antes e do depois. Mostrar que cada um tem uma história singular, mas que semelhante a história de muitas outras pessoas e que essas histórias de vida fazem parte de um todo.

Foi dada a cada participante uma folha de papel e solicitado que elas escrevessem o que absorveu das temáticas desde o primeiro encontro e em seguida foi compartilhado o que cada uma escreveu na folha. Posteriormente, foi compartilhado com vídeo que abordou sobre Dependência química e intervenção familiar, onde buscou-se assimilar o trabalho interventivo às famílias através das imagens do vídeo, realizando discussão sobre todo o conteúdo.

Em seguida foi aplicada a entrevista semiestruturada, através do questionário

de perguntas abertas/fechadas. O encerramento ocorreu com as falas das participantes pontuando o que acharam do projeto de intervenção, bem como os agradecimentos da mestrandia pela colaboração das ACS no projeto de pesquisa.

O encontro foi finalizado com o lanche para encerramento dos encontros, e entrega de lembrancinhas para as participantes como forma de agradecimento pela participação no projeto de pesquisa.

### ENCONTRO 05

<b>Dia: A definir</b>	<b>Local: Salão Paroquial de Guanambi/BA</b>
<b>Duração: 2 h</b>	<b>Das 09:00 às 11:00h</b>
<b>Responsável</b>	Mônica Xavier Santana Rodrigues. <b>Orientação:</b> Profª Drª Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres
<b>Objetivo específico</b>	Demonstrar os resultados e entregar a cartilha para os partici-Pantes e demais ACS do município (pós-defesa).
<b>META</b>	Estimular no âmbito nacional e local criações de treinamentos para os ACS sobre seu trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas.
	Confraternização
<b>Atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Slides:</b> Demonstração dos resultados;</li> <li>- <b>Vídeo:</b> Drogas x família</li> <li>- Apresentação da cartilha (produto final)</li> <li>- Lanche</li> </ul>

**Encontro 05:** Será realizado pós defesa um encontro para apresentação dos resultados da pesquisa para toda categoria de Agente de Saúde do município de Guanambi/Bahia, bem como apresentação da cartilha para os mesmos.

Com uso de slide para compartilhamento do material, vídeo “Drogas x família” para complementar o debate sobre o tema e finalizando com entrega da cartilha para uso dos ACS em seu trabalho com familiares de usuários de álcool e/ou drogas. E por fim, um lanche para interação dos participantes.

### 3.3 CARACTERIZANDO O CÍRCULO DE CULTURA

Com o intuito de debater assuntos temáticos, foi utilizada a metodologia do círculo de cultura que foi criado por Freire (1991), e está ancorado em um projeto pedagógico, de cunho democrático e libertador que sugere uma aprendizagem integral, rompendo fragmentos para uma conquista de posição frente às adversidades

vividas em determinado contexto (DANTAS & LINHARES, 2014).

Os círculos de cultura sistematizados por Paulo Freire (1991) partem de uma proposta pedagógica, cujo caráter radicalmente democrático e libertador sugere uma aprendizagem integral, que rompe com a fragmentação e solicita uma resposta aos problemas vivenciados em determinado contexto. Para Freire, essa concepção proporciona a horizontalidade no relacionamento professor-aluno e a valorização das culturas locais, a oralidade, contrariando em seu caráter humanista, a visão elitista da educação (DANTAS & LINHARES, 2014).

Segundo as autoras, o círculo de cultura foi concebido na década de 60, tendo em sua composição trabalhadores populares, que reuniam-se sobre a orientação de um coordenador, objetivando o debate de conteúdos temáticos, de interesse dos trabalhadores.

Eles emergiram no contexto das experiências de alfabetização de adultos no Rio Grande do Norte e em Pernambuco e Movimentos de Cultura Popular. Não tinham como objetivo central a alfabetização, e sim a expectativa de ajudar as pessoas a aceitarem sua dignidade como seres humanos e a perceberem-se como portadoras de sua própria história e cultura, e possibilitando uma ampliação acerca da realidade. Nesse contexto, propõem uma prática pedagógica comprometida com a emancipação de mulheres e homens destacando a relevância do aspecto metodológico na prática pedagógica, sem subestimar o conteúdo específico que media a ação, permitindo que o aluno se conscientize, por meio do diálogo e o desvelamento da realidade com suas interconexões culturais, sociais e político-econômicas.

Respeito ao aluno, conquista da autonomia e dialogicidade, são os princípios metodológicos do círculo de cultura, os quais foram sistematizados por Freire, podendo ser didaticamente edificados em momentos como: a investigação do universo vocabular (DANTAS, 2010), do qual são extraídas palavras geradoras (FREIRE, 1991).

### **3.4 ANÁLISE DE DADOS**

A análise de dados ocorreu por meio da análise de conteúdos, que Bardin (2011, p.15) caracteriza:

Enquanto método se torna um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, com a função primordial de desvendar crítico

(BARDIN, 2011, p.15).

Conseqüentemente, esse processo de análise é organizado em três etapas. A primeira etapa é chamada de pré-análise, na qual foi organizada o material a ser analisado, com o objetivo de sistematizar as ideias, compondo assim a pesquisa. Nesta fase, algumas regras devem ser assistidas, como: completude, para que o tema possa ser abordado sem ignorar uma única parte; representatividade com amostras significativas do universo investigado; homogeneidade dos dados e a relevância de alinhar os documentos aos objetivos da pesquisa e exclusividade, onde um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria (BARDIN, 2011).

A segunda etapa é chamada de exploração dos materiais, essa é a etapa que constituiu a definição das categorias, bem como identificação das unidades que correspondem à seção de conteúdo, que é considerada a unidade básica para categorização. A categoria no geral, reflete a realidade em momentos específicos de forma resumida (BARDIN, 2011).

Do ponto de vista da análise de conteúdo, as categorias são consideradas uma classe que agrupa certos elementos com características comuns. A seleção das categorias é baseada em critérios semânticos (temas), sintáticos (verbos, adjetivos e pronomes), léxico (sentido e significado das palavras) e expressivos (transições na linguagem e na escrita) (BARDIN, 2011).

Esse processo reúne grandes volumes de dados organizados em duas etapas: inventário (com ênfase em elementos em comuns) e classificação (separando os elementos e definindo a organização) (BARDIN, 2011).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos dados, nesta fase foi realizado o tratamento dos resultados para posterior interpretação. Na interpretação dos dados, o pesquisador precisa voltar ao referencial teórico, para embasar sua análise e dar sentido à interpretação (BARDIN, 2011).

Após a transcrição das entrevistas, as respostas foram organizadas de acordo com as perguntas aplicando a análise cromática, com vistas a garimpar os dados obtidos. Para a análise cromática, foi feita as seguintes etapas: transcrição da gravação dos encontros; impressão das transcrições, primeira leitura das mesmas; escolha de três cores de marca texto; marcação no papel das falas que se enquadravam nas possíveis categorias após leitura do referencial teórico. Depois dessa etapa, os dados foram reorganizados no computador, cada categoria uma cor

para melhor visualização, os quais após nova organização e junção de informações emergiram as três categorias que retratam os resultados obtidos nesta pesquisa.

Desse modo, associando aos objetivos ao material coletado foram consideradas as seguintes categorias para análise:

- Dificuldades do trabalho do ACS no atendimento a familiares de usuários de álcool e/ou drogas;
- Trabalho em rede como facilitador do atendimento do ACS com familiares de usuários de álcool e/ou drogas;
- Educação Permanente em Saúde no trabalho interventivo do ACS com familiares de usuários de álcool e/ou droga.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram do estudo O Agente Comunitário de Saúde e o trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas em estratégias saúde da família em Guanambi – Bahia, 05 Agentes Comunitárias de Saúde pertencentes a duas ESF, sendo quatro da unidade ESF 1 e uma da ESF 2, sendo destas 100% do sexo feminino e na faixa etária dos 40 aos 59 anos. Quanto ao grau de escolaridade, 80% (3) das participantes possuem o ensino médio completo, 10% (1) possuem o terceiro grau completo e 10% (1), possui curso de ensino técnico profissionalizante.

O perfil das profissionais participantes da pesquisa está de acordo com o perfil descrito na literatura, que traz a obrigatoriedade deste profissional de morar na própria comunidade que atua, ser representativo e ser uma pessoa conhecida e de confiança da comunidade, ser maior de 18 anos, além de ter total disponibilidade de tempo para o desenvolvimento de suas atividades em regime integral (BRASIL, 2002b).

Sobre o nível de instrução, percebe-se que a grande maioria das ACS possuem o ensino médio completo, exigência mínima para desempenho dessa função (DAVID & MOTA, 2010; BRASIL, 2009b).

Ressalta-se ainda o tempo de trabalho como ACS que teve variação entre 16 a 22 anos, e pode-se também observar que todas as profissionais que participaram desta pesquisa iniciaram trabalhando em outra unidade de saúde, tendo atualmente uma variação de tempo em suas novas unidades de 5 a 9 anos. Foi observado que as ACS realizam interações com as famílias, discutem sobre o cotidiano, acerca do dia a dia, das condições de saúde e doença, bem como realizam orientações e repassam informações sobre o funcionamento dos serviços de saúde da unidade a qual pertence (SCHMIDT & NEVES, 2010).

É notório que as ACS possuem percepções sobre o trabalho que desempenham, assim como admitem a relevância de seus serviços para a prevenção de doenças e promoção da saúde de familiares de usuários de álcool e/ou drogas, bem como do próprio usuário. As ACS entrevistadas relataram a dificuldade em desenvolver atividades de caráter educativa ou preventiva em conjunto com outros profissionais da ESF ao que tange o tema dependência química.

A seguir, serão apresentadas as três categorias temáticas que emergiram após a análise dos dados: “Dificuldades no trabalho do ACS no atendimento a familiares de usuários de álcool e/ou drogas; Trabalho em rede como facilitador do atendimento do

ACS junto a familiares de usuários de álcool e/ou drogas; Educação Permanente em Saúde (EPS) no trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas”.

#### **4.1 DIFICULDADES NO TRABALHO DO ACS NO ATENDIMENTO A FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS**

Por conta da crescente prevalência de transtornos mentais no mundo, principalmente no que se refere ao uso abusivo de substâncias psicoativas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que sua gestão na Atenção Primária à Saúde (APS) é essencial para facilitar o acesso dos pacientes aos serviços (OMS, 2011).

Considerada como a principal forma de atuação da APS no país, a ESF caracteriza-se pelo trabalho em equipe multidisciplinar e próximo aos usuários, com potencial de resolutividade da ação. Tendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como principal elo entre os serviços de saúde e a comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O uso de drogas é reconhecido como uma questão social e de saúde pública de grande preocupação global, intrincada e desafiadora devido ao seu impacto nos indivíduos, famílias e sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Os Agentes Comunitários de Saúde são profissionais dinâmicos que motivam a população e contribuem para a melhoria da saúde da comunidade em que trabalha. Assim, tornam-se atores fundamentais nas ações que afetam o desenvolvimento psicológico, físico, econômico, político e social da população. Esses trabalhadores, tiveram sua profissão regulamentada em 10 de julho de 2002, pela lei 10.507, estabelecendo que os ACS são responsáveis pelo acompanhamento de 750 pessoas determinadas de acordo com a área de abrangência da unidade de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Destaca-se que ao desenvolver o seu trabalho o ACS traz consigo novos desafios, o que implica na necessidade de aprofundar os estudos sobre variados temas. Isso pode ajudar a compreender melhor as implicações do trabalho do ACS na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), o que, por sua vez, contribuirá para debates e ações no seu cotidiano de trabalho. Além disso, os desafios enfrentados

por esses profissionais não se limitam ao setor de saúde, mas problemas e agravamentos causados por fatores como violência, abuso de álcool e/ou drogas, desemprego e fome exigem empenhos intersetoriais mais eficazes.

Outro aspecto importante do trabalho da ACS envolve limites de atuação, que por muitas vezes ditado por regulamentos locais ou pelo fato de que a família ou a pessoa que recebe assistência não está comprometida com a saúde de si ou de seus familiares. Esse comportamento de transferência de problemas de saúde para os profissionais, principalmente os ACS, que estão em constante contato com a comunidade dificulta a ação pois essa categoria profissional pode não conseguir implementar propostas direcionadas de prevenção e promoção da saúde.

Os ACS são conduzidos e norteados à execução de suas ações de acordo com as normas emanadas do Ministério da saúde. Muitas vezes, ao permitir a adaptação às realidades locais, esses profissionais trazem uma gama de atributos muito mais ampla do que o sugerido pelos programas que regem seu trabalho.

Os ACS realizam um trabalho específico com as famílias em sua área de atuação, conhecem as condições de vida, saúde e doenças ao adentrarem as casas dos moradores da comunidade. Esse trabalho se torna ainda mais específico se for em uma família de usuário de álcool e/ou drogas, pois esse assunto exige um conhecimento mais amplo desse profissional, por se tratar de um tema de extrema complexidade.

Estes profissionais reconheceram a relevância do trabalho desenvolvido, bem como seu caráter positivo. Debateram e visualizaram orientações e ações em prol do trabalho interventivo junto aos familiares de usuários de álcool e/ou drogas como essencial para garantir o atendimento a esse público, e o fato de não existir outros profissionais que desempenham as mesmas atividades. Destacaram suas dificuldades no trabalho com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, e o desejo de poderem fazer mais em prol desse público.

As falas mostraram que os ACS sentem dificuldades em desenvolver seu trabalho frente a familiares de usuários de álcool e/ou drogas e bem como falta de ação resolutiva e apoio dos profissionais da UBS. Isso foi citado como fator negativo e inibidor para o desenvolvimento do trabalho da categoria destacando os problemas associados ao mau atendimento e ao déficit na prestação do serviço como se vê nos textos das entrevistas:

Falta de retorno do CAPS AD. Pois, eu fui lá levar o menino, mas nunca

tive um retorno do CAPS AD para falar sobre ele. [...] (Zilda Arns, 2022).

A demora para o atendimento e controlar o usuário [...] (Zilda Arns, 2022).

Falta de apoio do poder público. Na verdade, existe o apoio, mas não é suficiente (Ana Neri, 2022).

A abordagem de pessoas que usam drogas (substâncias psicoativas), ilícitas, geralmente não difere muito entre as diferentes drogas, principalmente no cenário da atenção básica, pois a atuação dos profissionais de saúde nesse cenário deve seguir alguns princípios básicos, principalmente a criação de um bom vínculo terapêutico e o manejo das comorbidades que possam existir.

Por isso, Laranjeira *et al.*, (2011), destaca que é importante que o processo de entrada desse público ao sistema tenha uma avaliação adequada, estabelecendo um diagnóstico do problema. Isso pode ser alcançado por meio de ferramentas para monitorar, avaliar e mensurar o comportamento de abuso de substâncias. Os serviços que operam com longas filas de espera tendem a ser menos eficientes porque as pessoas que usam álcool e drogas, principalmente os dependentes de crack, são muito difíceis de gerenciar enquanto estão na fila de espera. Deve-se dar preferência a formas que incentivam e apoiam os usuários assim que passem pela porta de entrada do serviço, ou seja, integrando o chamado sistema drop-in em outros países, ou “porta aberta” aqui no Brasil. Conseqüentemente, o ideal é que o serviço proporcione um contato inicial veloz para que os pacientes permaneçam motivados a buscar o tratamento.

Nas falas das ACS fica constatado que não existem, no cotidiano dos serviços de saúde, ações de controle em saúde, busca ativa de pessoas em situação de vulnerabilidade e riscos, muito menos ações de enfrentamento da problemática dependência química junto a comunidade e demais setores da sociedade.

O tema dependência química se configura como um tabu, tanto por familiares e usuários, quanto por profissionais de saúde. Apesar de os ACS ser comprometidos na produção do cuidado em saúde, estes profissionais optam por não discutir essa questão com as famílias, seja por acreditarem que seria uma invasão de privacidade, ou por não se sentirem seguros (BATISTA & SOUTO, 2017).

Segundo os autores, sobre a atenção aos dependentes químicos, os ACS enfrentam um conflito entre a percepção leiga e a ciência, o que pode atrapalhar sua

perspectiva acerca do processo saúde-doença em questão, comprometendo a integridade do cuidado.

Dessa forma, revelam-se lacunas na atenção à saúde desses usuários, desvendando importantes limitações dos serviços de saúde frente à demanda real, que se perpetuam como doenças socialmente cristalizadas e tradicionalmente movidas pela exclusão, caracterizada e, em certo ponto, pela negação desse problema no campo da saúde. Se os ACS, que pertencem à comunidade em que atuam, deparam-se com dificuldades para atender às necessidades de saúde dos usuários em relação ao uso de drogas, as barreiras para que outros profissionais do grupo atendam a tais demandas são ainda maiores. Os depoimentos evidenciam:

Poucos profissionais acessíveis para a demanda. Dificuldade no serviço que é lento (Maria Deane, 2022).

Não existe acolhimento para a família. Há demora (ANA NERI, 2022).

Fica claro que as ACS entendem que existem diferenças nas orientações e informações prestadas durante as visitas domiciliares na perspectiva de outros cuidados profissionais. Mencionam a importância do acolhimento, vínculo e humanização nos serviços e relatam que essas práticas são carentes no atendimento de outros profissionais da UBS, o que reflete as dificuldades na realização de suas atividades na comunidade. Do ponto de vista da ACS, a falta de acolhimento e a demora no atendimento estão relacionados ao despreparo dos profissionais no atendimento.

Segundo Mendes (2011), a APS de qualidade só existirá se atender a três funções básicas: resolutividade, comunicação e responsabilidade. Uma função de resolutividade específica ao nível de atenção primária à saúde, significa que ela precisa ser resolutiva e capacitada, cognitiva e tecnicamente sintonizada, a fim de resolver 85 % ou mais dos problemas da população. [...]. As responsabilidades implicam o conhecimento e o relacionamento próximo nas pequenas áreas de saúde da população cadastrada e a expressão das responsabilidades econômicas e sanitárias para com elas.

As falas das participantes remetem ao acolhimento, que segundo a PNH, trata do acolhimento o qual se baseia na premissa de confortar, aceitar, ouvir, receber e dar crédito a alguém. O acolhimento denota um ato de aproximação, portanto significa

que estamos com alguém, e o que se aproxima desse tema sinaliza a lógica da inclusão (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, Torres (2006) afirma que, ao acolher o usuário de álcool e/ou drogas, é preciso levar em conta a posição do sujeito, pois a ambivalência, a motivação flutuante e o imediatismo são componentes importantes. A autora complementa dizendo sobre há importância do acolhimento em todos os momentos em que o serviço está em funcionamento.

Reconhecer a necessidade de acolhimento na prática profissional com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, bem como as demais carências apontadas pela ACS como necessários para a intervenção, representa a possibilidade de edificar relações e prestar cuidados que levem em conta: a família e suas histórias; o reconhecimento de seus projetos de vida, possivelmente perdidos pelo enfrentamento do vício de seu ente querido; fortalecer a autonomia do familiar usuário; e a busca por um caminho em direção ao cuidado partilhado com diversos serviços da rede de atenção psicossocial. Sobre isso, comentaram:

Abordar o tema com a família ou o próprio indivíduo, pois eles não aceitam falar sobre o assunto [...] (Zilda Arns, 2022).

Resistência da família em assumir o problema, e eu não ter embasamento para conversar com ela (Nise da silveira, 2022).

O uso de substâncias psicoativas é uma prática milenar e existe em diversas culturas desde a antiguidade. Depende de cada comunidade e cultura, tempo, conhecimento e objetivos. O uso e abuso é bastante obvio e comum, independente de ser droga legal ou ilegal. Este problema é um problema de saúde pública no Brasil e internacionalmente devido aos seus efeitos sobre o usuário, família e comunidade.

Nos últimos anos, muito se tem escrito sobre as características das drogas, início e uso de drogas, redução de danos, estratégias inovadoras, fatores de risco e proteção, controle epidemiológico, descriminalização do uso e importância do trabalho com a família.

Contudo, mesmo com esses estudos Payá (2017), ressalta que a negação do problema vale tanto para o membro usuário quanto para o familiar. Trata-se de um mecanismo que contribui para a manutenção da conduta adicta, acobertado por sentimentos de vergonha, medo e culpa.

A autora ainda traz que, muitas vezes, esses sentimentos resultam do fato de a família demorar muito tempo para admitir o problema e procurar ajuda externa e profissional. Nesse mesmo levantamento, familiares relataram ter o conhecimento do consumo de drogas pelo paciente por um tempo médio de 9 anos.

A compreensão das ACS sobre as atitudes familiares é consistente com a afirmação de Vasconcelos *et al.*, (2015) quanto à existência de interferências no contexto familiar e sofrimento emocional dos familiares quando se deparam com esse problema no dia a dia. Assim, uma nova perspectiva de entendimento faz-se necessária com uma visão diferenciada acerca da família, na condição de familiares de dependentes químicos, que precisam de um acolhimento diferenciado, ponderando todos os contextos da situação que os mesmos encontram. Dessa forma, a ACS reconheceu a impotência dela diante aos familiares de usuários de álcool e/ou drogas, o que se destaca como necessidade de conhecer o contexto em que a família vive e sua história.

Segundo Batista e Souto (2017), os ACS podem ser identificados entre os profissionais da ESF que introduzem dificuldades para cuidados referentes à usuários de álcool e/ou drogas. Esse destaque faz sentido porque esse profissional promove a socialização da equipe na comunidade e é um facilitador colaborativo entre os dois, pois busca atender às necessidades locais de cuidado pessoal e coletivo. Como membro mais próximo do sistema de saúde com acesso à comunidade o ACS é fundamental para os objetivos da ESF. Os autores ainda destacam que, os ACS compreendem suas limitações técnicas e identificam a importância de qualificar para o atendimento referentes a usuários de álcool e/ou drogas, entendendo que é possível prestar uma assistência melhor do que está sendo ofertado.

Na prática a convivência com esses familiares muitas vezes causa insatisfação entre os profissionais de saúde, o que decorre da dificuldade de se alcançar um resultado satisfatório em curto prazo. Levando os profissionais a questionamentos e percepções sobre a falta de preparo para lidar com os familiares de usuários de álcool e/ou drogas.

Para Laranjeira *et al.*, (2011), [...] o contato contínuo com esse campo de atuação também compreende o despertar no profissional sentimentos intensos e ambivalentes, o que prejudica seus valores e crenças. Frustração, raiva, desamparo, desânimo e decepção são sentimentos comuns que podem ser evocados em quem trabalha no campo da dependência química.

Uma ACS relatou que: Buscar o acompanhamento na rede. Oriento e encaminho a família, mas ela fica sem resposta quando precisa de atendimento mais especializado (Celina Turchi, 2022).

A fala da ACS relata a necessidade de realização de orientações à família para buscar por acompanhamento na UBS como referência para seu cuidado à saúde. Isso é corroborado pelas evidências da AB ser sua referência no requisito relacionados a álcool e/ou drogas. Nesse sentido, Ronzani *et al.*, (2009) identificam a AB como um importante espaço de detecção, prevenção e intervenção em casos de uso abusivo de álcool e/ou drogas. Soma-se a isso que os custos são reduzidos e ações de comportamento estigmatizados são menos prováveis.

Porém, a inclusão dos usuários de álcool e/ou drogas em atendimentos de saúde mental existentes na unidade de saúde é de suma importância para o acolhimento dessas pessoas. Mostrar para eles que unidade de saúde é um lugar que pode atender às suas necessidades. Significa também estar aberto para se conectar com alguém, como afirmam Batista e Souto, (2017) que geralmente é encaminhado aos serviços especializados pelos profissionais da AB.

A esse respeito, Lancetti e Amarante (2009) afirmam ainda “ a ESF é, por assim dizer, um Programa de Saúde Mental” (LANCETTI; AMARANTE, 2009, p. 692). Os autores destacam ainda que, no formato de trabalho da referida equipe, o tratamento é continuado, o acolhimento é realizado - elemento essencial nas práticas de saúde mental - sendo desenvolvidas ações coletivas que ativam a participação dos indivíduos. Ou seja, não há como negligenciar a estreita relação entre ESF e saúde mental.

Também é necessário trabalhar com outros serviços de rede comunitária, o que ressalta a importância do trabalho intersetorial na busca pelo atendimento das necessidades das populações que fazem uso de álcool e/ou drogas. Vale destacar que essa massa é o foco de atenção do SUS e de outras políticas (educação, assistência social, segurança etc).

Mendes (2011), ressalta que uma APS de alta qualidade só é alcançada quando seus sete atributos são totalmente respeitados. Primeiro contato significa disponibilidade e uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema que requer atenção médica. A continuidade implica a existência de cuidados rotineiros pela equipe de saúde e sua utilização consistente ao longo do tempo, em um ambiente de confiança recíproca e uma relação humanizada entre equipe de

saúde, indivíduos e famílias. Integridade significa que a equipe de saúde presta um conjunto de serviços que atendem às necessidades da população cadastrada nas áreas de promoção, prevenção, tratamento, atenção, reabilitação e responsabilidade de prestação de serviços em outros pontos de atenção à saúde. Cuidado e reconhecimento adequados dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam a doença.

A coordenação refere-se à capacidade de garantir a continuidade do cuidado por meio da equipe de saúde, identificando problemas que exigem monitoramento contínuo e de acordo com as funções do centro de comunicação RAS. A orientação familiar envolve considerar a família como uma questão de cuidado. Isso requer interação da equipe médica com essa unidade social e conhecimento completo dos problemas de saúde da unidade. A orientação comunitária significa reconhecer as necessidades das famílias a partir do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem. Isso requer uma análise situacional das necessidades de saúde da família a partir de uma perspectiva populacional. A competência cultural requer relações horizontais entre as equipes de saúde e as comunidades que respeitem a origem cultural e as tendências de indivíduos e famílias.

Frente a este cenário da condição de trabalho do ACS e dos entraves desse público em relação ao acesso aos serviços de saúde, percebeu-se a efetividade do trabalho desenvolvido pelos profissionais Agentes Comunitários de Saúde, partindo desde o conhecimento do território, cadastramento familiar e o desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Destaca-se que dentre todos os profissionais da ESF o ACS, é o real conhecedor da condição de saúde e doença dos moradores da comunidade, pois desempenha seu trabalho diretamente com a família no lar. Porém, pelo fato de estarem constantemente na comunidade com as famílias, eles estão mais predispostos a lidar com reclamações contra o serviço sendo colocados pelos profissionais de saúde, usuários e eles próprios na posição de mediadores para o desarranjo que ocorre nas relações entre a população e a UBS.

A segunda categoria surgiu através das respostas enfáticas das ACS sobre as dificuldades que as mesmas encontram em realizar seu trabalho com os familiares de usuários de álcool e/ou drogas. Sendo intitulada.

## **4.2 TRABALHO EM REDE COMO FACILITADOR DO ATENDIMENTO DO ACS JUNTO A FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS**

Payá (2017), expõe que a comunidade e o tipo de rede de apoio familiar são essenciais e devem ser classificados em qualquer proposta de tratamento ou ação pública. É importante refletir criticamente sobre as condições das famílias brasileiras, levando em conta a cultura de cada região, como lidam e entendem os problemas relacionados ao abuso ou dependência de substâncias. Em geral, a desigualdade social em uma cultura individualista em que as diferenças dificilmente são toleradas, algumas normas são respeitadas enquanto outras são desqualificadas, leva e mantém relações de dominação e poder em qualquer território brasileiro.

Para Payá (2017) expressa que as diferenças econômicas, étnico-raciais, religiosos e/ou afetivo-sexuais, além de contribuir significativamente para a manutenção da desigualdade, promovem a violência interna (psíquica), opressora e externa (expressa, contra os outros), incrementam o trabalho de aconselhamento ou terapêutico com os familiares, é importante mapear o contexto social, ou seja, entender quais as normas sociais que regulam o funcionamento da família e que as expectativas colocadas no tratamento e compreensão do problema apresentado são, em parte, mantidas pelos valores sociais. aspectos, que nem sempre são examinados com suficiente atenção

A política de saúde atual enfatiza a importância da definição de serviços para a integralidade do cuidado. Os empenhos nacionais para o estabelecimento de uma malha de Apoio Psicossocial (RAPS) no campo da saúde mental estão alinhados com as recomendações das agências internacionais de saúde para o estabelecimento de serviços comunitários vinculados a outras ferramentas de saúde e proteção social nas áreas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

As Agentes Comunitárias de Saúde reverberaram em suas falas a necessidade de um trabalho em rede e ao mesmo tempo pontuaram a carência desse trabalho no atendimento a familiares de usuários de álcool e/ou drogas, bem como do próprio usuário.

Em primeiro lugar o diálogo, ouvir a situação do caso. Procurar a unidade de saúde um atendimento diferenciado para ele. Buscar apoio da rede e visitar mais a família. Orientar sobre cuidados, verificar se está indo às consultas (Zilda Arns, 2022).

O trabalho em rede, o encaminhamento quando usuário quer ser tratado por conta própria. Quando ele quer ele mesmo se reconhece, que ele é doente, que ele precisa ser tratado e muitas vezes ele pede ajuda. [...] (Ana Neri, 2022).

A inclusão da família no tratamento do dependente químico é um problema de saúde pública. À medida que as famílias se modernizam, as práticas de intervenção precisam se deslocar para adequações que considerarem a inclusão e a asserção de direitos a todo tipo de configuração familiar. Embora as famílias que enfrentam problemas de dependência tenham características semelhantes, “suas particularidades devem ser levadas em conta para um bom resultado intervencionista, caminho que exige medidas políticas e sociais por parte das autoridades competentes e dedicação, estudo e tempo de todos os lados” (ANDOLFI, 1995. In: PAYÁ, 2017).

Em primeiro lugar, deve-se entender que as famílias, entre outras perdas, sofrem de uma condição que prejudica seu bem-estar físico e emocional, e que constituem a base social básica e primária das transformações pessoais e familiares e refletem no sistema em que todas as mudanças ocorrem e reverberam transformações. Esta é a principal unidade social que determina as condições de sobrevivência (PAYÁ, 2017).

Foi percebido pelos agentes de saúde que os problemas com drogas não afetam apenas as pessoas que fazem uso das drogas, mas também aos que lhes são próximos. Isso porque, interfere nas relações emocionais, comprometem as relações sociais e enfraquecem os laços familiares e muitas vezes rompem com vínculos afetivos. Assim, é de fundamental importância que haja uma rede de assistência aos familiares, a fim de manter e fortalecer essas relações e deve-se reforçar e demonstrar a importância da presença dos familiares no serviço informando-os de que são parceiros e co-responsáveis do usuário. E que é através desta participação que se alcançará um compromisso de um efetivo tratamento: através da interligação e da necessária responsabilidade.

Oriento a procurar a UBS e outros serviços da rede (Maria Deane, 2022).

Eu acho que falta esse apoio sim né? Abraçar mesmo pra depois chegarem todos os lados, e o trabalho em rede é outro setor principal também abraçar mesmo a causa, falta de interesse eu acho que eles não têm esse interesse de abraçar a causa quando você leva o problema (Celina Turchi, 2022).

Tanto os agentes comunitários introduzidos na rede de Programas de Saúde

da Família (PSF) quanto os mais recentes programas de "consultórios de rua" - que contam com equipe móvel, profissionais de saúde mental, atenção básica e pelo menos um profissional da área assistencial, realizando uma rotina de atividades e intervenções psicossociais e educacionais na rua com usuários de drogas - tendem a ampliar o acolhimento e o acesso a usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social e podem ser recursos úteis na mobilização e conscientização sobre a busca por atendimento, bem como a busca ativa de pacientes que não aderem ao tratamento em centros especializados (LARANJEIRA *et al*, 2011).

Porque não temos um suporte necessário para esses casos prioritários (Nise da Silveira, 2022).

Buscar o acompanhamento na rede (Celina Turchi, 2022).

Ressaltamos a importância de compreender esse fenômeno em uma perspectiva ampla, pois a racionalidade política postula que os determinantes do uso de drogas são de ordem social e cultural, em que os direitos de cidadania e acesso à saúde devem ser respeitados de forma adequada. O desafio para a saúde pública, que hoje se interessa tanto pelo uso de drogas quanto pela violência como fatores de risco para a qualidade de vida, é chegar a um referencial de reflexão e ação que integra o individual e o coletivo.

A política adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro no âmbito da problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas é baseada na atenção aos direitos de cada cidadão, entendendo que esta lógica deve permear todo o planejamento das ações dos envolvidos na atenção integral ao usuário.

O decreto nº 7.179, publicado em 20 de maio de 2010, constitui um plano integrado de combate ao crack e outras drogas, com políticas públicas nesse sentido e compromissos nacionais no chamado "combate às drogas".

O referido decreto, nacionalmente falando, ainda parece ter pouca repercussão na ESF.

Preparar a família em uma intervenção com a rede de apoio (Celina Turchi, 2022).

Estratégia é criar uma rede de apoio a esse usuário onde ele possa socializar, interagir e ter um trabalho e um lazer para ele (centro de recuperação para internar). (Celina Turchi, 2022).

Enfatiza-se que cada membro da família e a história familiar individual merecem um programa de tratamento adequado às suas necessidades e circunstâncias (PAYÁ,

2017).

Segundo Silva (2011), rede de atenção à saúde é a representação de uma malha que se conectam e interligam os serviços de saúde de um determinado local sistematicamente organizado para que os variados níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam interligados e adequados para prestar um atendimento ao usuário e para promoção da saúde.

Os usuários de álcool e/ou drogas necessitam de ampla rede de atenção, dependendo da complexidade de cada caso, sendo que o tratamento é de longo prazo, pois é uma doença crônica que leva a recaídas. No entanto, o trabalho em rede é um grande desafio para os profissionais de saúde em geral, principalmente na dependência química. Reconhecer a complexidade dessas atividades e integrar essas práticas são empenhos que merecem incentivo para uma maior chance de sucesso (LARANJEIRA *et al.*, 2011).

Para Ronzani, (2010) os serviços de ABS, como as Unidades Básicas de Saúde e a Estratégia Saúde da Família podem ter papel fundamental na assistência e reinserção social de pacientes com transtornos mentais e usuários de álcool e/ou drogas, pois possibilitam o acompanhamento e a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, principalmente aqueles que não procuram os CAPS. A autora ainda destaca que, as ações de saúde mental na atenção básica devem ser pautadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, seguindo o modelo de organização em rede, com base territorial, atuação transversal com outras políticas, natureza multiprofissional., interdisciplinar e intersetorial.

Em consonância com o princípio da integralidade, reconhece-se que a multifatorialidade dos problemas decorrentes do uso de álcool e/ou drogas requer uma variedade de intervenções que, por sua vez, exigem a ampliação da cobertura e do escopo de atuação dos profissionais de saúde para atender às necessidades dos profissionais de saúde e as necessidades dos usuários. Apesar de existirem alguns conflitos ideológicos, o foco passou a se concentrar nas ações de prevenção ao uso de drogas, na reabilitação psicossocial dos usuários e na abordagem da redução de danos como filosofia de trabalho (BRASIL, 2004).

A recomendação do Ministério da saúde é que o atendimento aos usuários de álcool, crack e outras drogas seja realizado em todos os níveis de atenção do SUS, pois o objetivo é edificar uma rede de atenção à saúde mental diversificada em que os usuários, ao acessarem ao sistema, conte com diferentes locais de suporte para o

seu problema (BRASIL, 2004).

Ronzani *et al.*, (2017), salientam que, a rede de apoio ao dependente químico deve ser entendida como a totalidade dos serviços e modalidades assistenciais do SUS, especialmente das Redes de Saúde (RAS), e a RAPS, a rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e com a complementação de recursos de cuidados comunitários, que são entidades não governamentais de base comunitária, como associações, agências de assistência social e outras.

A Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas enfatiza que o fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária é interligada à rede de serviços sociais e de saúde é um compromisso que deve ser firmado como forma de enfrentar coletivamente as situações relacionadas a essa problemática. Fortalecer o caráter de rede é uma forma de dar suporte integral aos usuários de álcool, crack e outras drogas, pois é a rede em constante interação, que gera acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reabilita e reconstitui, permitindo alternativas eficazes de enfrentamento (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, a efetividade da articulação dos profissionais constituintes da rede é essencial, pois promove a responsabilização terapêutica em parceria, bem como a promoção de práticas em um espaço que não leve à fragmentação do cuidado abrindo caminhos para a clínica ampliada.

Quanto a terceira categoria, as participantes da pesquisa demonstraram um descontentamento frente a carência de treinamentos sobre a temática do estudo. Surgindo assim, a necessidade da construção da categoria a seguir.

#### **4.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS) NO TRABALHO INTERVENTIVO À FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS**

O SUS foi organizado segundo os princípios da equidade e da integralidade da atenção, visando o desenvolvimento de ações e serviços no âmbito da prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde e recuperação. Foi um feito fruto do movimento da reforma sanitária, expresso na Constituição Federal de 1988. Desde então, diversos desafios surgiram para promover as mudanças necessárias para tornar a saúde um direito universal

Um dos desafios é a formação de pessoal de saúde, pois o SUS é responsável pela organização e formação de pessoal. Conseqüentemente, garantir a qualificação desses profissionais em uma perspectiva de cuidado integral para melhorar sempre a prática é uma tarefa difícil, pois implica repensar incessantemente a forma de ensinar e aprender (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Falar sobre educação para o trabalho no SUS significa pensar em educação em saúde. De acordo com o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), educação em saúde refere-se à organização e produção de conhecimentos relacionados à formação e desenvolvimento para o desempenho das atividades em saúde, o que inclui práticas pedagógicas, diretrizes pedagógicas e currículo de orientação (BRASIL, 2009).

Estimular a discussão sobre o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas provoca a necessidade de repensar a forma como se ensina e se aprende a saúde. Nesse sentido, a proposta é pensar a Educação Permanente em Saúde (EPS) para compreender como esse tipo de educação pode contribuir para a transmutação das práticas profissionais e institucionais. Sobre isso, as participantes da pesquisa apontaram:

Sim. Pois, precisamos de capacitação mensal (Zilda Arns 2022).

Pois é um tema que necessita de treinamentos e como educadores e motivar nas atividades que deparamos (Maria Deane, 2022).

Ajuda a ser apto a lidar e conduzir o serviço com conhecimento e direcionar para resolução (Maria Deane, 2022).

Somos prejudicados nas orientações sobre o tema. Com a capacitação facilitaria mais o conhecimento sobre o assunto e melhoraria o trabalho (Ana Neri, 2022).

Educação permanente, é definida como uma série de atividades educacionais que visam encontrar alternativas e soluções para transformar as práticas de saúde por meio de soluções colaborativas. Tornou-se uma estratégia para alcançar o desenvolvimento das relações de trabalho e a educação, contribuindo para melhorar a qualidade do atendimento (BRASIL, 2004).

A Educação Permanente em Saúde é uma combinação de saúde e educação, que forma um quadrilátero de aprendizagem incorporando educação, cuidado, gestão e controle social. No ensino, consiste na educação formal, educação em serviço,

educação continuada trabalho relacionado à gestão do setor e prática profissional e serviço (CECCIM, 2008). As dificuldades na aplicação dos princípios e diretrizes do SUS não se devem apenas à falta de comprometimento político das lideranças, da incompetência e falta de controle social efetivo, mas também à descontinuidade em longo prazo do processo motivacional e educacional sentido por muito tempo pelos profissionais da saúde, especialmente da atenção primária à saúde.

Ceccim & Feuerwerker, (2004), salientam que a importância do quadrilátero de formação se deve à importância da integração, que pode ser uma experiência inovadora com o objetivo de relacionar a formação dos profissionais das reais necessidades de saúde. Os referidos autores destacam que, é de responsabilidade tanto do Sistema Único de Saúde quanto dos estabelecimentos formadores “[...] coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social [...]” (CECCIM & FEUERWERKER, 2004, p.5).

Pensando nas vivências, investir nos processos de formação dos profissionais do SUS, principalmente do Agente Comunitário em Saúde é um desafio necessário para a qualificação profissional, melhoria da qualidade dos serviços prestados e acesso ao direito constitucional à saúde. Intervenções dessa magnitude vão além da prática profissional, possibilitam mudanças e ressignificação.

Os depoimentos a seguir corroboram isso:

Porque nos dá uma segurança e habilidades específicas frente ao problema (Nise da Silveira, 2022).

Conhecimentos técnicos, encorajamento perante o usuário e a família (Nise da Silveira, 2022).

Para Ceccim e Ferla (2008), a prática de ensino-aprendizagem produz conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo as experiências desses atores como base de interrogação e mudança.

Ceccim & Feuerwerker (2004, p.7), ressalta que o trabalho na área da saúde “[...] é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial”. Assim, a área da saúde carece de educação permanente, visto que “a incorporação de novidade tecnológica é

premente e constante, e novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade tecnocientífica, social e ética do cuidado, do tratamento ou do acompanhamento em saúde”. As diretrizes em vigor para fazer esse processo funcionar incluem o treinamento de profissionais da saúde e a identificação de necessidades e oportunidades para melhorar a capacitância de resolução de problemas do serviço. Na mesma medida, inclui o desenvolvimento da educação popular, estendendo a gestão social acerca das políticas públicas, entendendo as necessidades de saúde de cada território e transferindo-a para a ótica da educação permanente.

A educação permanente também pode ser vista como um desdobramento da Educação Popular, que acredita que a realidade da ação e do serviço está em contínuo fluxo. Esse tipo de estudo se concentra em políticas de perfil profissional e de serviço e na promoção da autonomia e da mudança institucional. Discute-se o cotidiano do trabalho em saúde, experimentação e construção-reconstrução em tempo real, ao vivo e ininterrupto (CECCIM, 2005).

O autor ressalta que a EPS é “como vertente pedagógica” na qual “[...] os serviços são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz de adesão dos trabalhadores nos processos de mudanças no cotidiano” (CECCIM, 2005a, p.161). Tendo a saúde assim, um desafio de adicionar o processo educativo à rotina de trabalho.

Nessa perspectiva, a educação permanente incentiva a reflexão no mundo do trabalho e pode colaborar para a melhor qualidade da assistência integrando os princípios e valores do SUS nas ações de saúde – com uma atenção integral, humanização do cuidado, bem como reconhecer da autonomia e direitos dos usuários dos serviços de saúde. A formação desse aprendizado é fundamental para novas formas de fazer saúde. Sobre isso, acrescentam:

Porque nós ficamos sem segurança para falar com a família (Celina Turchi, 2022).

Porque nós adquirimos conhecimento e aprendizagem de como solucionar (Celina Turchi, 2022).

A política de Educação Permanente em Saúde configura-se como uma aprendizagem centrada no trabalho, entendendo que o trabalhador tanto sofre intervenções quanto influencia esses processos de produção, tanto por interesses

particulares quanto para satisfação de necessidades de saúde. Diferentemente de ser um “um fora” ou externo ao trabalho, o trabalhador é parte constitutiva deste, desempenhando papel preponderante no desenvolvimento de políticas públicas (MERHY *et al*, 2013).

O Ministério da Saúde em setembro de 2003, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde, apresentou e aprovou a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde”. Esta visa atender aos requisitos da NOB / RH-SUS, propondo estabelecer relações orgânicas entre estruturas de gestão da saúde (práticas de gestão e organização em rede), estabelecimentos de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e prestação de serviços), órgãos de controle social (conselhos de saúde, movimentos sociais e educação popular) e os serviços de atenção (profissionais e suas práticas). Como ferramenta de gestão, elegeu o Pólo de Educação Permanente em Saúde: exemplos regionais de articulação interinstitucional para gestão da educação em serviço (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

Esse novo modo de construir saúde, orientado por Ceccim, engloba a definição de território que “não é físico ou geográfico”, é o “da saúde e o do trabalho”, sendo um recurso para a “construção da integralidade, da humanização e da qualidade da atenção e gestão [...]”, e de “afirmação da vida pelo desenvolvimento dos usuários e da população em matéria de saúde” (Ceccim, 2005a, p.174). Isto significa ter, um local aberto com eficácia para desenvolver uma pedagogia no cotidiano dos serviços; ativando o “[...] aprender a aprender: experimentação e compartilhamento de problematizações e práticas de pensamento em ato” (Ceccim, 2005a, p.175).

O autor pondera que a EPS é compreendida como, “a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise”, a qual só é possível “[...] pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano” e Ceccim (2005b, p.161).

Diante dos depoimentos, é cada vez mais necessário pensar em processos formativos que respondam às demandas destacadas pelos profissionais, como sugerido pela EPS, e que levem em conta o contexto social, econômico e político em que estão inseridos. Assim, a EPS facilita o acesso a conhecimentos e a troca de informações sobre conteúdos relacionados ao tema álcool e outras drogas. Bem como

materias informativos que abordem sobre temas que contemplem a questão do uso/abuso de drogas e os enfrentamentos que os familiares encontram para lidar com seus familiares. Materias estes que podem de maneira substancial contribuir para um trabalho interventivo junto a uma categoria como a dos ACS. Com esse intuito foi construída uma cartilha interventiva como consta no item a seguir.

#### **4.4 CARTILHA INFORMATIVA SOBRE O TRABALHO INTERVENTIVO DO ACS COM FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS**

Como produto final da pesquisa, foi criada uma cartilha de caráter interventivo com orientações para o trabalho do ACS com familiares de usuários de álcool e/ou drogas no desenvolvimento de suas atividades em sua área de atuação.

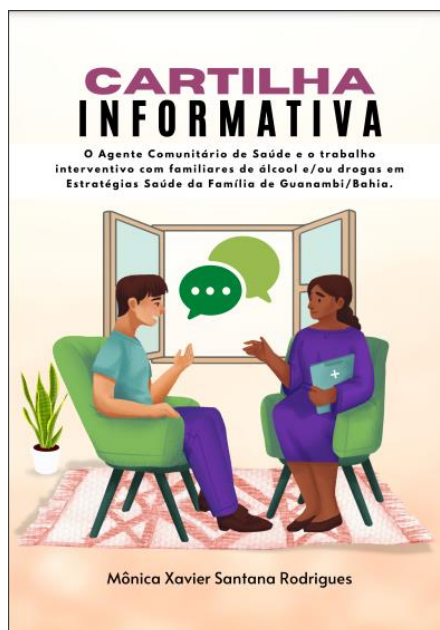
A referida cartilha é produto do Mestrado Profissional em Intervenção Educativa e Social/MPIES. O material elaborado trata-se de uma proposta interventiva de cunho informativo para Agentes Comunitários de Saúde, possibilitando abordar a partir de diversos aparatos bibliográficos como: Diehl *et al.*, (2011); Amarante, (2017); Kalina, (1987) e (1999); Payá (2016) entre outros, a contextualização básica sobre saúde mental, drogas e sua classificação, entendimento sobre a dependência química e a codependência, redes de atenção e, sobretudo, a importância da família no tratamento da dependência química, pontuando também alguns suportes que podem contribuir para o tratamento, bem como uma melhor convivência com seu ente querido. O público alvo foi selecionado pelo fato de a pesquisadora fazer parte da categoria acima citada.

A elaboração dessa cartilha informativa como produto do mestrado, tem como objetivo contribuir com o trabalho do ACS com familiares de usuários de álcool e/ou drogas. A partir do estudo teórico, supõe-se que a cartilha, além de facilitar o trabalho do ACS, despertará a discussão acerca da importância da família no tratamento da dependência química, podendo promover a reflexão sobre uma temática de extrema importância.

A cartilha informativa apresenta-se como um meio de construção do conhecimento (SANTOS & PRAZERES, 2021) tanto para os ACS, quanto para os familiares. Com um caráter dinâmico e de fácil compreensão, a leitura da cartilha possibilitará diversas reflexões e constantes atualizações para o público alvo mencionado. E por fim, buscou-se contribuir para a melhor compreensão dos ACS e

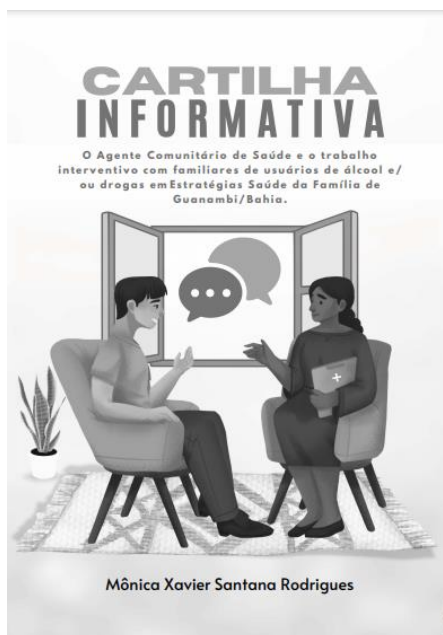
familiares de usuários de álcool e/ou drogas a respeito da temática.

**Figura 1 – Capa da cartilha informativa**



Fonte: RODRIGUES (2023)

**Figura 2 – Contracapa**



Fonte: RODRIGUES (2023)

Figura 3 – Sumário

<h1>Sumário</h1>	
CARTILHA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	06
<b>1 CONHECENDO UM POUCO SOBRE AS TEMÁTICAS</b> .....	<b>07</b>
1.1 Saúde mental.....	07
1.2 ESF no tratamento de demandas que envolvem contextos familiares.....	08
1.3 Drogas.....	08
1.4 Classificação (do ponto de vista legal) .....	09
1.5 Como a droga age no sistema nervoso da pessoa.....	10
<b>2 ENTENDENDO A DEPENDÊNCIA QUÍMICA</b> .....	<b>11</b>
2.1 Sobre os níveis de consumo .....	12
2.2 Dependência química no contexto familiar .....	13
2.3 Família como fator de risco e proteção .....	13
2.4 Codependência e intervenções as famílias .....	14
2.5 A importância da família no tratamento da dependência química .....	15
<b>3 COMO PROCEDER QUANDO HÁ SUSPEITA OU PROBLEMA INSTALADO</b> .....	<b>17</b>
3.1 Tipos de tratamento .....	18
<b>4 GRUPO DE APOIO, AUTOAJUDA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO</b> .....	<b>21</b>
4.1 Quando a internação do dependente químico pode ser necessária .....	23
4.2 Tipos de internação .....	24
<b>5 LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS</b> .....	<b>25</b>
<b>TELEFONES ÚTEIS</b> .....	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>27</b>

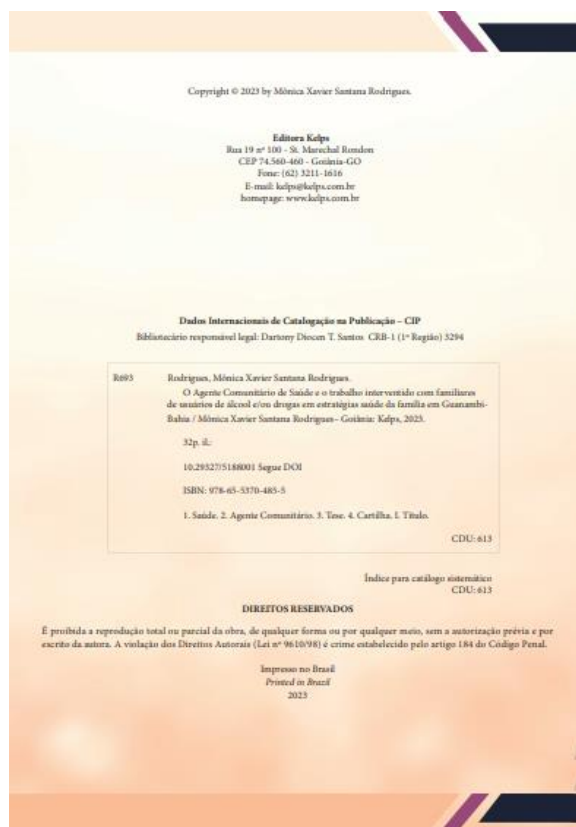
Fonte: RODRIGUES (2023)

Figura 4 – Imagens da cartilha interventiva



Fonte: RODRIGUES (2023)

**Figura 5 – Ficha catalográfica**



Fonte: RODRIGUES (2023)

Destaca-se que a inserção do ISBN<sup>1</sup> e o DOI<sup>2</sup> na cartilha, conforme ficha catalográfica, a assegura validade acadêmica. A produção da cartilha como produto final do Mestrado Profissional em Intervenção Educativa e Social (MPIES), institui-se de grande importância, dada a escassez de materiais de apoio para desenvolvimento dos ACS sobre a temática em estudo.

A cartilha pode ser acessada através do seguinte link: [https://drive.google.com/file/d/14CV4I2I8drw8Zw\\_\\_r0swOGVg3K-2YUYB/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/14CV4I2I8drw8Zw__r0swOGVg3K-2YUYB/view?usp=sharing) e também está virtualmente disponível no site da Editorial Kelps.

<sup>1</sup> A sigla ISBN representa o nome International Standard Book Number, o que significa, em uma tradução livre, algo como Padrão Internacional de Numeração de Livro. O ISBN serve para identificar e individualizar livros segundo título, autor, país, editora e número de edição.

<sup>2</sup> O *Digital Object Identifier*, ou sejam o Identificador de Objeto Digital (DOI), um padrão utilizado para a identificação de objetos digitais com o objetivo de identificá-lo de forma única na rede.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise do discurso das ACS sobre o trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas compreende-se que as principais dificuldades das ACS são: realização de abordagem para falar do tema tanto para familiares quanto para o usuário, o reconhecimento por parte da família e do usuário acerca da doença, apoio da unidade de saúde no acolhimento e acompanhamento de usuários e familiares, carência do trabalho em rede, falta de treinamentos que abordem a temática em questão. Ressalta-se que o fato das ACS reconhecerem suas dificuldades diante de familiares de usuários de álcool e/ou drogas, bem como do próprio usuário, torna essa ação um passo importante e um terreno altamente promissor para uma maior agilidade na resolução destas dificuldades.

Na Política Nacional da Atenção Básica (2017), a AB é identificada como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, é orientadora do cuidado e é vista como reguladora dos procedimentos e serviços disponíveis na rede. Na AB circulam todos os ciclos de vida e as suas peculiaridades que lhes são pertinentes. Refletir sobre a AB é falar de uma acolhida que está fincada nos territórios e que, por meio da ESF, garante uma proximidade com a população assistida. Na ESF, os ACS são os profissionais que assumem essa maior capilaridade pois, adentram as casas das pessoas, conhecem seus núcleos familiares e percebem suas dinâmicas, identificam problemas sociais e sanitários, são “elos” entre as equipes de saúde e a população. Assim, foi possível analisar que mesmo com todos estes mecanismos de ações em seu cotidiano em sua área de abrangência, sobre o trabalho com familiares de usuários de álcool e/ou drogas as ACS não conseguem desenvolver atividades que levem a uma intervenção efetiva na vida desse público.

Constatando assim, que a assistência prestada pelas ACS aos familiares de usuários de álcool e/ou drogas tem se mostrado “despotencializada”, visto que as ACS encontram-se desprovidas de capacitação sobre temas que envolvem o assunto dependência química, para lidar constantemente com o problema, o que evidencia a falta de recursos para sua própria formação. Reconhecem a necessidade de trabalhar o assunto com os familiares de usuários de álcool e/ou drogas, mas encontram dificuldade em abordar o assunto durante as visitas, refletindo insegurança diante de um assunto polêmico e alegando ser tabu para a grande maioria dos moradores da

comunidade.

No decorrer do desenvolvimento do trabalho, pesquisas foram feitas e uma delas foi sobre a lei 10.216 de 6 de abril de 2001, marco legal da reforma psiquiátrica, ratificou historicamente as diretrizes básicas que constituem o sistema único de saúde; assegurando aos usuários serviços de saúde mental -e, também, aqueles que sofrem de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas- a universalidade de acesso aos serviços de saúde e o direito à atenção, bem como sua integralidade; valorizando a descentralização do modelo de atendimento, determinando a organização dos serviços mais próximos de interação social de seus usuários, formando redes de atenção mais atentas às desigualdades existentes, ajustando suas ações de forma equânime e democrática às necessidades da população. Já a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi possível constatar ainda através de pesquisas, que a assistência a usuários de álcool e/ou drogas, bem como de seus familiares deve ser ofertada em todos os níveis de atenção, priorizando os cuidados em aparatos extra-hospitalares, como os Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), necessitando ainda estar introduzida nas ações da Estratégia Saúde da Família e no cotidiano de trabalho dos componentes da equipe, inclusive do ACS. Porém, tais práticas não foram evidenciadas na pesquisa, visto que as participantes encontram demasiadas dificuldades em desenvolver seu trabalho com familiares de usuários de álcool e/ou drogas.

Então, fica claro que a RAPS ainda não funciona como esperado. Ferramentas como educação permanente em saúde e apoio matricial foram mencionados. Isso pode ser muito útil para profissionais que enfrentam desafios como os encontrados pelo ACS em seu cotidiano de trabalho. Vale destacar que a capacitação, além de fornecer embasamento teórico e técnico para o trabalho, contribuirá para a desmistificação acerca da temática.

Sabe-se que muitos usuários e familiares não chegam à ESF e muitas vezes o ACS é o primeiro profissional que identifica o uso de drogas ou as dificuldades que a família está enfrentando com um familiar usuário. Contudo, estes profissionais encontram limitações ao exercer um trabalho de qualidade com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, como as constatadas na pesquisa, sendo: por não ter uma

qualificação adequada as ACS não se sentem preparadas para realizar abordagem ao público em questão, também não sentem segurança em realizar encaminhamentos para serviços de rede, por acreditarem que a rede de serviço não funciona, ainda colocaram como limitação a falta de segurança para falar com a família, também como suporte necessário para esses casos prioritários e mais a falta de qualificação sobre a temática.

Assim, fica evidente a necessidade de uma política de educação permanente voltada para as ACS a fim de aumentar as possibilidades para um trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas. Para as ACS, a aprendizagem permite superar as limitações da prática tradicional e demarca a produção do conhecimento. As mesmas se reconhecem como objeto de ação e a formação configura-se como meio de acesso à profissionalização e de mobilidade social. Dessa forma, a qualificação profissional torna-se um meio para que as ACS ganhem o direito de exercer suas atividades, tendo controle sobre seu exercício e abrindo oportunidades de mobilidade social dentro do sistema.

Diante disso, conclui-se que investir na capacitação desses profissionais é um recurso adequado e de grande importância, que pode melhorar sua atuação, visto que o ACS é uma figura com grandes possibilidades e pode colaborar, sobretudo, no trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, bem como no acompanhamento dos próprios usuários da comunidade, no tratamento desses usuários e na sua reinserção social.

O papel do ACS na implementação da educação em saúde é fundamental. Estudos mostram que o ACS desenvolve diretrizes baseadas na educação popular. Assim, o ACS possui o potencial educativo capaz de alcançar sua qualificação profissional, pois na maioria das investigações há lacunas e insuficiência no seu conhecimento sobre a temática em questão, o que evidencia a necessidade de ponderar acerca de percepções e atuação sob variados ângulos de seu trabalho (DAVI, 2017).

Destaca-se ainda que a construção dessa pesquisa, configurou-se como uma importante ferramenta para conhecer materiais científicos que abordassem sobre o tema em questão. Este estudo constatou que a literatura sobre determinados temas que envolvem a questão da pesquisa não cresceu como esperado, considerando que este tema é essencial para o desenho de políticas públicas de tratamento e prevenção do uso de álcool e/ou drogas. Assim, torna-se necessário mais investimentos neste

campo para gerar conhecimento na área.

Pela relevância do assunto seria de se esperar encontrar dados capazes de subsidiar reflexões teóricas sobre a questão da pesquisa e que colaborasse ou contestasse hipóteses acerca do trabalho do ACS com familiares de usuários de álcool e/ou drogas. Essas informações são necessárias para produzir evidências científicas que possam ajudar a entender melhor o assunto e apoiar o desenvolvimento de uma abordagem mais abrangente para enfrentar o estigma associado ao uso de álcool e/ou drogas.

Vale ressaltar, que tais achados devem ser compreendidos dentro das limitações deste estudo. Visto que ao optar por uma investigação de um tema tão específico e carente de fontes, depara-se frente a informações restritas que dificultou o embasamento teórico da referida pesquisa. Espera-se com a cartilha, fruto do produto final dessa pesquisa, colaborar com o trabalho interventivo do ACS com familiares de usuários de álcool e/ou drogas.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S.; **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(11):2309-2319, nov, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 22 de set de 2022.
- ALVAREZ, S. Q. *et al.*, Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 102-108, 2012.
- ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde: possibilidades de mudança.** Londrina: UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.
- ALONSO, C. M. C; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. **Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese.** RevSaude Publica. 2018;52:14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PjNYDyTH3wkVvffVP9cG8Sc/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 13/08/2022
- AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. Rede Como Transconceito: Elementos Para Uma Demarcação Conceitual no Campo da Saúde Coletiva. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, p.-, 2016.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- AMARANTE, P.. **Saúde mental e atenção psicossocial.** 4ª. edição, 2ª.reimpressão Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.
- AMARANTE, P.; Costa, A. M. **Diversidade cultural e saúde.** Rio de Janeiro: CEBES; 2012. (Coleção temas fundamentais da reforma sanitária; n. 10).
- ANDOLFI, M. A; ANGELO, C.; MENGHI, P.; NICOLO-CORIGLIANO, A. M. **Por trás da Máscara Familiar.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1983.
- ANDOLFI, M. A.; O casal em crise. São Paulo. Summus, 1995. In: PAYÁ, R. **Intervenções Familiares para Abuso e Dependência de Álcool e Outras Drogas.** São Paulo: Roca; 1ª edição. 2017.
- ANDRADE, T. M. **Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.
- RIES, Philippe. **História social da criança e da família.** Tradução Dora Flaksman. Rio de Janeiro: LTCVALLE, 1978. In TORRES, C. R. de O. V. **“Por um céu inteiro” : crianças, educação e sistema prisional.** 2010. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação, Salvador, 2010.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista.** São Paulo: UNESP, 2003.
- BACHILI, R.G., S., A.J., S., W. C. **A identidade do Agente Comunitário de Saúde:**

uma abordagem fenomenológica. *Ciência Coletiva*. 2008;13(1):51-60.

BARDIN, L.. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BARRETO, L. S. **Evolução histórica e legislativa da família**. In: EMERJ. 10 Anos do Código Civil Aplicação, Acertos, Desacertos e Novos Rumos. Rio de Janeiro, RJ: EMERJ Publicações, 2013. v. 1, p. 205-214. ISBN 978-85-99559-15-4.

BARROS, D.F.; BARBIERI, A.R.; IVO, M.L.; SILVA, M.G. **O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde**. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2010;19(1) Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09.pdf> .Acesso em: 19 de jan. de 2022.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica** (J. A. d'Avila Melo, trad.). In P. Amarante (Org.). Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BATISTA, K., & SOUTO, B. G. A.. **Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde na atenção a usuários de drogas**/Perceptions and practices of community health workers in the care of drug users. *ABCS Health Sciences*, 42(3), 129-136.doi:<https://doi.org/10.7322/ABCSHS.v42i3.1072>. (2017).Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876222>. Acesso em: 17 de jul de 2022.

BEATTIE, M.. **Co-dependência nunca mais**. Rio de Janeiro, Nova Era, 2007.

BOLONHEIS, R., R. C. M., & BOARINI, M. L. (2015). **Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas**. *História, Ciência e Saúde*, 22(4), 1231-1248. doi: 10.1590/ S0104-59702015000400005

BORTOLON, C., MACHADO, C. A. FERIGOLO, M., BARROS, H. M. T. **Abordagem Motivacional para familiar de usuário de drogas por telefone**: um estudo de caso. *Contextos Clínicos*, Porto Alegre, v. 6, n.2, p. 157-163. 2013.

BORTOLON, C., *et al.* **Abordagem Motivacional para familiar de usuário de drogas por telefone**: um estudo de caso. *Contextos Clínicos*, n. 6, p. 157-163, 2013. Disponível em: <https://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2013.62.08>. Acesso em: 04/08/2022.

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. **Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde**: uma revisão da literatura. *Revista Ciênc. Saúde coletiva*. 2008;13(1):259-68. Repositório Institucional da Fiocruz. Disponível em:<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/20415/Concepcoes.pdf?sequence=2&isAllowed=y> Acesso em: 25/08/2022.

BRASIL, Ministério da Economia. **Análise das políticas públicas sobre drogas no**

**orçamento federal (2005-2019).** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1739-analisepoliticasdrogas.pdf> Acesso em: 29/11/2022.

BRASIL, **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997.

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília; 1998.

BRASIL . Ministério da Saúde. **LEI No 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL . Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.197, de 14 de outubro de 2004.** Redefine e amplia a Atenção Integral para usuários de Álcool e Outras Drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL . Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde.** Brasília. Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 20 de jan de 2022.

BRASIL . **Lei n. 11.350, 5 out.** 2006b. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional n. 51, 14 fev. 2006.. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20 de jan de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. **Portaria nº. 648/GM.** Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br>. Acesso em: 18 de jan. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Diário Oficial da União, Brasília, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 12 de set de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política. Nacional de Atenção Básica. Portaria nº**

**2.436, de 21 de setembro de 2017.** Revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br> Acesso em: 19 de jan de 2022.

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] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Agente Comunitário de Saúde.** Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 1ª edição. Brasília, 1991. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_acs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf). Acesso em: 19 de jan de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Programa Saúde da Família.** Disponível em: <http://www.portalsaude.gov.br> Acesso em 17 de jan. de 2022.

BRITO, R. S.; FERREIRA, N.E.M.S.; DOS SANTOS, D.L.A. **Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 5, n. 1, p. 16-21, 2014.

BUENO, R. C. **O pensamento de Franco Basaglia e a estrutura da desinstitucionalização na Psiquiatria Democrática Italiana vistos por um brasileiro.** [Dissertação de Mestrado] Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: [http://www1.pucminas.br/documentos/rinaldo\\_conde.pdf](http://www1.pucminas.br/documentos/rinaldo_conde.pdf) Acesso em: 30/11/2022.

CAMPOS, G. W. S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPOS, F. E. de. **A desprecarização é urgente.** *Radis – Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n.46, p.8-10, jun. 2006.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

CARNEIRO, A. L. M. **O agente comunitário e o usuário de álcool: discursos sobre a concepção e a assistência na Atenção Básica.** [Dissertação de Mestrado] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-06062016-201522/pt-br.php> Acesso em: 15/06/2021.

CANTILLANO, E.M.C. Análise crítica da conceituação predominante sobre atenção médica primária. In: **Medicina social, aspectos históricos e teóricos.** São Paulo: Global, 1983. p.181-205.

CEBRID - CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas Entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras 2004.** CARLINI, E. A. et al, Secretaria Nacional Antidrogas. 2004.

CARLINI E. A. et al. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (Cebrid/Unifesp), Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), 2001.

CAVALCANTI, A. C. S. **Desafios no cuidado psicossocial aos usuários de substâncias psicoativas pelos agentes comunitários de saúde no território.** [Dissertação de Mestrado]. Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2022. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/49290/1/Desafioscuidadopsicossocial\\_Cavalcanti\\_2022.pdf](https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/49290/1/Desafioscuidadopsicossocial_Cavalcanti_2022.pdf) Acesso em: 15/10/2022.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. **Metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.**

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário.** *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.9, n.16, p.61-177, 2005a.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Riode Janeiro, v.10, n.4, p.975-86, 2005b.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação Permanente em Saúde.** In: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde.* 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV. 2008. p. 162-168.

CHALOULT, L. Une nouvelle classification des drogues toxicomanogènes. *Toxicomanies*, 4(4): 371-375, 1971.

CHIAVERNI, D. H. (Org.). (2011). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup.1, p. S7-S27, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Nota Técnica 06/2006 - **Para Entender o Pacto pela Saúde. Notas Técnicas para o ano 2006.**

Disponível em: <http://www.conass.org.br/?> 2006. Acesso em: 12 de set de 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Atenção Primária à Saúde - Propostas. **Consensus - Jornal do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 31, n. 6, out./Nov. 2007. Disponível em: <http://www.conass.org.br>. Acesso em: 12 de set de 2022.

COSTA, B. **Convivência com usuários de drogas: experiências de familiares com comportamentos de codependência**. [Dissertação de Mestrado]. Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá, 2012. Disponível em: <http://repositorio.uem.br:8080/jspui/bitstream/1/2359/1/000213667.pdf> Acesso em: 22/06/2021.

DAL POZ, M.R. **O agente comunitário: algumas reflexões**. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

DANTAS, V. L.; LINHARES, A. M. B. **Círculos de Cultura: problematização da realidade e protagonismo popular**. II Caderno de Educação Popular em Saúde. 1ª Edição. Ministério da Saúde. 2014.

DESSEN, M. A. **Estudando a Família em Desenvolvimento: Desafios Conceituais e Teóricos**. PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2010, 30 (núm. esp.), 202-219. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/R498b6yFx3wnG7ps8ndBFKb/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15/07/2022.

DELGADO, P. G. **Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [ 4 ]: 1103-1126, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/cztTZ4bkqsHZMZXXG5bKm7g/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 13/09/2022.

DEMARZO M.M. *et al.*, **Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina**. Rev Bras Educação Médica 2012; 36(1):143-148.

DINIZ, M. H. **Curso de Direito Civil Brasileiro – Vol. 4 / Direito das Coisas – 28ª Ed.** 2014.

DINIZ, E. De C. M.. **A importância da família no tratamento para dependência química**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed.06, Vol. 10, pp. 05-19. Junho de 2019.

DIEHL, A.. *et al.*, **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Ed Artmed, 2011.

DILL, M. A.; CALDERAN, T. B. **Evolução histórica e legislativa da família e da filiação**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 85, fev 2011. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura%20&artigo\\_id=%209019](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura%20&artigo_id=%209019)>. Acesso em: 28/08/2022.

DIMENSTEIN, M.D.B. (1998). **O psicólogo em Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais.** Estudos de Psicologia. 3(1): 53-81.

DONATI, P. **Família no século XXI: abordagem relacional.** São Paulo: Paulinas, 2008.

DONATI, P. (2006). **La soggettività sociale della famiglia: perché e comedobbiamo ripensare la politica familiare.** Anthropotes, 22(2), 271-295.

DONATI, P. (2013a). **La famiglia, il genoma che fa vivere la società.** Soveria Manelli, Itália: Rubbetino.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e Sociedade.** 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DRULLA, AG; ALEXANDRE, AMC; RUBEL, FI; MAZZA, VA. **A visita domiciliar como ferramenta ao cuidar familiar.** Cogitare enferm. [Internet] 2009;14(4) Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br>. Acesso em: 19 de jan de 2022.

ELSEN, I.; SOUZA, A. I. J. de; MARCON, S. S. (Org.). **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas.** Maringá: EDUEM, 2011.

ENGELS, F., Leandro Konder (Tradutor). **A origem da família, da Propriedade Privada e do Estado.** Editora : BestBolso; Edição de bolso. Rio de Janeiro, 2014.

ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas.** Madrid: Alianza Editorial; 1996

ESPÍNOLA, F.D.S; COSTA, C.C. Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Rev. Odontol.** Univ. São Paulo. 2006;18(1):43-51.

FERREIRA, Maria; TANAJURA, Ana. **Co-dependencia: uma questão de gênero?**- Trabalho de conclusão de especialização – Maio, 2012.

FERNANDES, A; STEIN, A; T; GIUGLIANI, C. **Conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde sobre crack e outras drogas.** Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/118227> Acesso em: 23/06/2021.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos.** v. V. Rio de Janeiro: Editora ForenseUniversitária; 2004.

FOUCAULT, M. **História da loucura.** 2ª edição. Editora Perspectiva, São Paulo, 2019.

FLIGLIE, N.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química** (2 ed.). São Paulo: Roca. 2010.

FRANCO, J. L. F.; **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).** Módulo da Especialização em Saúde da Família. UNA – SUS/UNIFESP Disponível em:

[https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade13/unidade13.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade13/unidade13.pdf) Acesso em: 13/09/2022.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 48 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários na prática educativa**. 69ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

FREYRE, G.. **Casa grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. 52.edição comemorativa. São Paulo: Global, 2003.

FURTADO, J. P., & CAMPOS, R. O. (2005). **A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática dos novos serviços**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 8(1), 109-122

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRIFFITH, E.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O Tratamento do Alcoolismo**, Published by Artmed (2005)

GRADELLA, O. J. **Hospital psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão psiquiátrica hospital: (re)affirmation of the exclusion**. Universidade Estadual Paulista -UNESP – Bauru. Psicologia & Sociedade; 14 (1): 87-102; jan./jun.2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/YxhhBcTG8yQ78SyHHthSnqg/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12/08/2022.

GONÇALVES, C.R. *et al.*,. Recursos Humanos: Fator Crítico Para As Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 26-34, 2014.

GAMEIRO, A. **Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal - 1985, 1991, 1997**. Mem Martins: Hospitalidade, 1998.

GOMES. K.O. *et al.*,. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Cien Saude Colet** 2011;16(Supl 1):881-892.

GUANAES C, Japur M. **Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais em contexto institucional: Análise do manejo terapêutico**. **Psicologia: Reflexão e Crítica** 2001; 14:191-9.

GUANAES, C.; JAPUR, M. **Sentidos de doença mental em um grupo terapêutico e suas implicações**. **Psicol.: Teor. Pesqui.**, v.21, n.2, p.227-35, 2005.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de

Janeiro: Objetiva, 2001.

HUMBERG, L. V. **A Falta de Holding da Sociedade Contemporânea e o Aumento das Personalidades Dependentes**, in, Segal, A.; Vilutis, I. (org.), Colóquio Freudiano, Teoria e Prática da Psicanálise Freudiana. São Paulo, Via Lettera, 2001.

JUNQUEIRA T.S, et al., Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa Saúde da Família: desafios estratégicos. **Rev Bras Educação Médica** 2009;33(1):122-133.

KALINA E. *et al.* **Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.

KALINA, E.. **Psicologia do Fumante**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

KALINA, E.. **Psicologia: Teoria e Prática** 1999, 1(1): 57-72.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. (2009). **Saúde Mental e Saúde Coletiva**. In:G.W.S. CAMPOS, *et al.* (eds.) Tratado de Saúde Coletiva.2 ed. São Paulo,Hucitec.

LARANJEIRA, R.; DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C. (e colaboradores). **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Artmed Editora. São Paulo, 2011.

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano V, n.1, p. 121-128, jan./mar. 2004.

LAVILLE, C.; DIONNE, Je. **A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte (MG): UFMG, 1999.

LÉVI-STRAUSS; G., K; SPIRO, M. (s/d). **A Família como Instituição**. (Santos, R.S., Trad.). Porto, Portugal: RES., 1987.

LIMA, D. P.; LEITE, M. T. D. S.; CALDEIRA, A. P. Redes de Atenção à Saúde: A Percepção dos Médicos Trabalhando em Serviços de Urgência. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 65-75, 2015.

LIMA, H. de P., & BRAGA, V. A. B. (2012). **Grupo de auto-ajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool**. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 21(4), 887-895

LINARD, A. G. *et al.* **Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família**. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.32, n.3, p. 546-553, 2011.

LOPES, M. C. DE L.; MARCON, S. S. **Assistência à família na Atenção Básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde**. *Revista Acta Scientiarum. Health Science*. Maringá, v. 34, n. 1, p. 85-93, Jan.-June, 2012. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7624> Acessoem:

15/09/2022.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto** - São Paulo. Ribeirão Preto, 2004, 154 p. Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde Pública. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-25062004-121856/pt-br.php> Acesso em: 12/08/2022.

MADISON, D. L. The case for community-oriented primary care. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 249, n. 10, p. 1279-82, 1983.

MALUF, A. C. DO R. F. D. **Novas modalidades de família na pós modernidade**. 2010. Tese (Doutorado) – Curso de Direito, Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, SÃO PAULO 2010.

MENEZES, M. S. C. De. **O que é Amor Exigente**. 42ª edição. São Paulo: Edições Loyola, 2020.

MATTA, A. da; GONÇALVES, F. L., & BIZARRO, L. (2014). **Desvalorização pelo atraso, dependência química e impulsividade**. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(2), 217-230.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2009. p. 43-68.

MARTINS, D'ANGELO, R. M; MONTANEZ, M.C.M; Gomez, Benedito J; Peralta YFS. **Codependencia y sus instrumentos de evolución: um estúdio documental**. *Aval Psicol.* 2001;10(2).

MENDES, E. V. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E.V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. **Revisão bibliográfica sobre as redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília,

Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, G. M. **Manual de normalização para apresentação de trabalhos acadêmicos**. 3. ed. Salvador: Editora Unifacs, 2013b. p. 7-8.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. **Educação permanente em saúde em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde**. Porto Alegre; 2013. (Texto escrito como contribuição para o DEGES/SGTES/ MS).

MERHY, E. E., FRANCO, T. B. (2013). **O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado**. In Trabalho, produção de cuidado e subjetividade: textos reunidos (pp. 230-249). São Paulo: Hucitec.

MINAYO, M. C. S. **Abordagem antropológica para avaliação de políticassociais**. Revista de Saúde Pública, 1991.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINUCHIN, S.; FISHMAN, C. H. **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MINUCHIN, S. (2007). Prefácio. Em M. P. Nichols & R. C. Schwartz, **Terapia familiar: conceitos e métodos** (7a ed.) (M. A. V. Veronese, Trad.) (pp. v-vii). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original dessa edição publicado em 2006).

MILLER, W. R; ROLLNICK S.; BUTLER, C. **Entrevista Motivacional no Cuidadoda Saúde**. Ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MORAES, Leila Memória Paiva. Atenção de enfermagem ao familiar do dependente químico: grupo como estratégia do cuidar. Fortaleza, 2008. 242p. **Tese** (Doutoramento em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br>. Acesso em: 17 de out. de 2022.

MOTTA, L.C.S; BATISTA, RS. Revista Brasileira de Educação Médica. 206 39 (2) : 196 – 207 ; 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 12/09/2022.

MURDOCK, G. P. Social Structure. New York MacMillan Company, 1949 *in*

ALMEIDA, M. W. B. DE. **Lewis Morgan: 140 anos dos Sistemas de Consanguinidade e Afinidade da Pessoa Humana (1871-2011)**. **Revista Cadernos de Campo**, São Paulo, n. 19, p. 1-384, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Monica%20Xavier/Downloads/45193-Texto%20do%20artigo-53932-1-10-20121001.pdf> Acesso em: 13/08/2022.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. da S. **O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun, 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0308/pdfs/IS28\(3\)078.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0308/pdfs/IS28(3)078.pdf). Acesso em: 15/07/2022.

NOGUEIRA, M. B. **A Família: Conceito E Evolução Histórica E Sua Importância**. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/18496-18497-1-PB.pdf>>. Acesso em: 12/08/2022.

NOTO, A. R. & CARLINI, E. A., 1995. **Internações hospitalares provocadas por drogas: Análise de sete anos consecutivos (1987-1993)**. *Revista ABP-APAL*, 17:107-114.

NUNES, M.O. *et al.*, **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico**. *Cad saúde pública*. 2002;18(6):1639-46

NUTTING P. A; WOOD, M.; CONNER, E.M. Community- oriented primary care in the United States. A status report. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 253, n. 12, p. 1763-1766, 1985.

OHARA, M. Y. O Emprego da informação no sistema de trabalho da equipe saúdeda família. São Paulo, 2012. **(Mestrado)** Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3136/tde-16112012-094102/publico/ERRATA\\_DISSERTACAO.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3136/tde-16112012-094102/publico/ERRATA_DISSERTACAO.pdf) Acesso em: **14/09/2022**.

OLIVEIRA, M. P. *Et al.*, Cuidado às adolescentes grávidas: perspectiva e atuação de agentes comunitários de saúde. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 1, p. 76-81, 2015.

OLIVEIRA, Carolina Santos; SILVA, Rodrigo Sinnot. A importância da família no tratamento do dependente químico. **Revista de Psicologia**, vol. 16, nº 25, ano 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 12/09/2022.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. **AlmaAlta**: OMS, 1978.3 p. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf;jsessionid=91FB71C8EEBB179742D2BEE15667AED1?sequence=5](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=91FB71C8EEBB179742D2BEE15667AED1?sequence=5). Acesso em: 02/08/2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**. Traducción al castellano del Dawson Report on

the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920. Geneve, 1964. (Publicación Científica, n.93).

PAIM, J.S., Vieira, da S.L.M. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Revista Desigualdades e Iniquidades em Saúde**. Boletim do Instituto de Saúde Volume 12 - Número 2 - Agosto de 2010 ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PAIVA, F. S.; COSTA, P. H. A. Da. **Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil**: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [ 3 ]: 1009-1031, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/L9WtcPLSHMBMdjLc3LCz3Ms/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 13/09/2022.

PARKER, A.W.; WALSH, J. M.; COON, M. A normative approach to the definition of primary health care. **Milbank Memorial Fund Quartely**, New York, v. 54, n. 4, p. 415-438, 1976.

PAYÁ, R. A dependência química na visão sistêmica. In: **Intercambio das psicoterapias: abordagens e transtornos**. São Paulo, 2010a.

PAYÁ, R. **Intervenções Familiares para Abuso e Dependência de Álcool e Outras Drogas**. São Paulo: Roca; 1ª edição. 2017.

PAYÁ, R. (Org.) **Intercâmbio das Psicoterapias**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N. B. (2010). **Filhos de dependentes químicos**. In N.B. FIGLIE, S. BORDIN; R. LARANJEIRA (Orgs.), **Aconselhamento em dependência química** (pp. 362-376). São Paulo: Editora Roca

PAYÁ, R.; FIGLIES, N. B. **Abordagem familiar em dependência química: aconselhamento em Dependência Química**. 2. Ed. São Paulo: Roca, 2010.

PEREIRA, R. da C. **Direito de Família: uma abordagem psicanalítica**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003

PEREIRA, A. **Pesquisa de Intervenção em Educação: teoria e prática**. 1ª Edição Salvador, Editora Eduneb, 2019.

PEREIRA, I. C.; OLIVEIRA, M. A. C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 3, p. 412-9, 2013.

PERFEITO, N. **A influência das Convenções Internacionais e do proibicionismo**

**na política de drogas incorporada pela legislação penal brasileira.** [Trabalho de Conclusão de Curso (graduação)]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas, Graduação em Direito, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187981/TCC%20-%20Nicolas%20PerfeitoFINAL.pdf?sequence=1> Acesso em: 01/12/2022.

PROENÇA, P. F.; LAPASTINI, M. A. B. **Entrevista com DR. Eduardo Kalina.** Entrevista parte integrante do trabalho de graduação interdisciplinar, para conclusão do Curso de Psicologia - Universidade Presbiteriana-Mackenzi. Revista Psicologia: Teoria e Prática 1999, v. 1, nº 1: 57-72. São Paulo – SP. Disponível em: [https://www.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Editora/Revista\\_Psicologia/Teoria\\_e\\_Pratica\\_Volume\\_1\\_-\\_Numero\\_1/artigo8.PDF](https://www.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Editora/Revista_Psicologia/Teoria_e_Pratica_Volume_1_-_Numero_1/artigo8.PDF) Acesso em: 21/08/2022.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. **Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais.** In. BEUREN, I. M. (Org). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

REIS, J. R.F.; BORGES, C. F. Contribuições históricas e políticas para a formação de agentes comunitários. **Revista Contemporânea de Educação**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 21, p. 98-120, 2016.

RESENDE, H. (1987). **Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**, pp. 15-73. In *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Vozes- Abrasco, Petrópolis-Rio de Janeiro.

RIBEIRO, J. M. Atenção básica em saúde e a busca por uma conceituação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 413-429, 2002.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (2012). **O plano de tratamento.** In M. Ribeiro, & R. Laranjeira (Orgs.). **O tratamento do usuário de crack** (2a ed., pp. 183-210). Porto Alegre: Artmed.

RIBEIRO, C. **A integralidade e seus percursos no SUS.** Florianópolis; 2008. Dissertação de Mestrado [Pós-Graduação em Saúde Pública] - Universidade Federal de Santa Catarina.

ROCHA, P.R.; DAVID, H.M.S.L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde? **Rev Esc Enferm USP.** 2015;49(1):129-35. Ano: 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/> Acesso em: 28 de jul. De 2022.

RODRIGUES, L.R. **"Só quem sabe da doença dele é Deus": o significado da doença mental no contexto cultural [dissertação].** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.

RONZANI, T.M.; NOTO, A.R.; SILVEIRA, P.S. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas.** Guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014. Disponível em <http://www.ufjf.br>. Acesso em: 17 de out. de 2022.

RONZANI, T. M; COSTA, P. H. ANTUNES; COLUGNATI, F. A. B. **Avaliação de**

**serviços em saúde mental no Brasil:** revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10):3243-3253, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br>  
Acesso em: 17 de out. de 2022.

RONZANI T. M. **Ações integradas sobre drogas – prevenção, abordagens, e políticas públicas.** Juiz de Fora: Editora UFJF; 2013.

RONZANI, T.M.; COSTA, P. H. A. da; MOTA, D. C. B.; LAPORT, T. J. (orgs). **Redes de Atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas.** São Paulo: Editora Cortez, 2015.

SALVI, E. S. F. **Educação não escolar e prática profissional do agente comunitário de saúde.** Appris Editora e Livraria Eireli - ME, Curitiba, 2020.

SANTOS, I.S.T.; PRAZERES, M. E.F.S. **A influência dos recursos tecnológicos no desenvolvimento infantil.** Cartilha. ISBN: 978-65-84502-23-9. Recife: Do Autor, 2021. 13 f.:il. Disponível em: <https://repositorio.fps.edu.br/>. Acesso em: 20 out. de 2020.

SANTOS, M. R.; PIERANTONI, C. R.; SILVA, L.L. Agentes Comunitários de Saúde: experiências e modelo no Brasil. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1165-1181, 2010.

SEADI, S. M. S., OLIVEIRA, M. DA S. **A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química:** um estudo retrospectivo de seis anos. *psicologia clínica*, rio de janeiro, vol.21, n.2, p.363 – 37

Secretaria Nacional contra as Drogas (SENAD). **I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil;** 2001. Disponível em <http://www.senad.gov.br> .

SCHENKER, L. M, MINAYO MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(1):299-306.

SCHENKER, L. M, MINAYO MCS. **A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão de literatura.** *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2004;20(3):649-59.

SCHOPLER, J.H.; GALINSK, M.J. **Support groups as opens systems:** A model for practice and research. *Health & Social Work* 1997; 18:195-207

SLUZKI C. E. **A rede social na pratica sistêmica:** alternativas terapêuticas. 3ª ed. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.

SILVA, E. R. P. *et al.* Atuação dos agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 635-641, 2012.

SILVA, H. P.R.; MENESES, M. N.; BUENO, D.; TOASSI, R. F. C. **Revista Saberes Plurais:** educação na saúde, v.2|n.3|dezembro 2018. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br>. Acesso em: 28 de jul. de 2022.

SILVA J.A; DALMASO, A.S.W. O Agente Comunitário de Saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface Comum Saúde Educ.** 2002;6(10):75-83.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente de saúde comunitário: o ser, o saber, o fazer.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1433-1434, set./out.2004.

SILVA, E. P. DA; *et al.* **Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Volume 17 Número 2 Páginas 197-202, 2013. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/uploads/Projeto\\_Terap%C3%AAAutico\\_Singular\\_como\\_Estrat%C3%A9gia\\_de\\_Pr%C3%A1tica\\_da\\_Multiprofissionalidade\\_nas\\_A%C3%A7%C3%B5es\\_de\\_Sa%C3%BAde.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/Projeto_Terap%C3%AAAutico_Singular_como_Estrat%C3%A9gia_de_Pr%C3%A1tica_da_Multiprofissionalidade_nas_A%C3%A7%C3%B5es_de_Sa%C3%BAde.pdf) Acesso em: 16/09/2022.

SILVA, J. R. B. Considerações sobre o ontem e o hoje da Saúde Mental brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29(2), e290218, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/jhCYD93GrZxjXn8RRtd6fS/?lang=pt>. Acesso em: 26/07/2022.

SILVA, V.A. **A organização da equipe matricial como ferramenta articuladora da rede para reabilitação psicossocial.** [Dissertação de mestrado] Pelotas: Universidade Federal de pelotas, 2013. 78p.

SCHERER, M. D. A. *et al.* **Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas, Interface Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2004/fev. 2005.**

SCHMIDT, M. L. S.; NEVES, T. F. S. Das. **O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil.** Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2010, vol. 13, n. 2, pp. 225-240. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25727/27460> Acesso em: 05/11/2022.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. **O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 1, Mar. 2007 . Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342008000100017&lng=en&nr](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000100017&lng=en&nr) . Acesso em: 04/11/2022.

SILVA, F. S. Da. (org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde.** 2ª Edição, Editora Saberes, Campinas – SP, 2011.

SILVA, M.J.; RODRIGUES, R.M. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet] 2000;2(1). Disponível: <http://www.fen.ufg.br>Acesso em: 19 de jan de 2022.

SIQUEIRA, et al. **Repercussões do uso de crack no cotidiano familiar.** Cogitare

Enfermagem. Curitiba, v. 17, n. 2, p. 248-254, 2012.

SIQUEIRA, BR, SCHRAMM FR. **A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen.** Cien Saude Colet 2005;10(1):129-142.

SOUZA, A. L. M. De; *et al.* **A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde:** qual pode ser o seu papel? Revista Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2893-2902, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Mh6Tmq6MKRwydtwmJKyhh6x/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 22/07/2022.

SOUZA, C. M. De. **Competências profissionais de agentes comunitários de saúde para intervenção com usuários de álcool e outras drogas na estratégia saúde da família.** [Dissertação de Mestrado]. Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, 2019. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/37461/1/2019\\_CibeleMariadeSousa.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/37461/1/2019_CibeleMariadeSousa.pdf) Acesso em: 22/06/2022.

STARFIELD, B. Is primary care essencial? **Lancet**, London, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.

STARFIELD, B. **Primary Care. Balancing Health Needs, Services, and Technology.** New York: Oxford University Press, 1998.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Memorial Fund Quartely**, New York, v. 83, n. 3, p. 457- 502, 2005.179

SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção sociale Acompanhamento). SENAD e a UNIFESP, 2017.

TASCA, R.; MASSUDA, A.; CARVALHO, W. M.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica*, 44:1-8, 2020.

TENÓRIO FG. **Gestão de ONGs: principais funções gerenciais.** 7ª Ed. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2003.

TISSOT, C. L. **A influência da família sobre a adesão ao tratamento do dependente químico:** um estudo piloto sobre a emoção expressa. [Dissertação Mestrado]. São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, 2006. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-10102006-173615/publico/CiriloLiberatoriTissot.pdf> Acesso em: 04/11/2022.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 15. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

TOSCANO Jr., A. **Um breve histórico sobre o uso de drogas.** Em S. Seibel & A.

Toscano Jr. (Eds.). Dependência de drogas (pp. 7-23). São Paulo: Atheneu, 2001.

TORRES, C. R. de O. V. **“Por um céu inteiro”** : crianças, educação e sistema prisional. 2010. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação, Salvador, 2010.

VASCONCELOS, Selene Cordeiro; FRAZÃO, Iracema da Silva; RAMOS, Vânia Pinheiro. **Grupo terapêutico educação em saúde: subsídios para a promoção do autocuidado de usuários de substâncias psicoativas.** Cogitare Enferm. Jul/Set 2012.

VELOSO, L. U. P. & MONTEIRO, C. F. D. S. (2012). **A família frente ao alcoolismo:** um estudo fenomenológico. In: 13º CBFENs. Natal, 2010. Anais eletrônicos, 13º CBFENs, Natal, 2010, p.1-20. Disponível em:<http://189.599.179/cbcentf/sistemainscricoes/anais.php?evt=8>. Acessado em: 08/08/2022.

VENOSA, S. de S. **Direito civil:** parte geral / Sílvio de Salvo Venosa. - Coleção direito civil; v. 1 13. ed. - São Paulo: Atlas, 2013

WAIMAN, M. A. P.; MARCON, S. S.; PANDINI, A.; BESSA, J. B.; PAIANO, M. **Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica.** Revista Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo – SP, 2012;25(3):346-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/yDRkfF7C9c5p7H3KwJBW6BG/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17/07/2022.

WASHTON, A. M. & ZWEBEN, J. E. (2009). **Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas.** Porto Alegre: Artmed.

ZAMPIERI, MAJ. **Co-dependência: o transtorno e a intervenção em rede.** São Paulo: Agora; 2004.

ZANELATTO, N. A., & LARANJEIRA, R. (2013). **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais:** Um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed.



**APÊNDICE A**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA DEPARTAMENTO DE  
EDUCAÇÃO DE SERRINHA - CAMPUS XI PROGRAMA DE PÓS-  
GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM INTERVENÇÃO  
EDUCATIVA E SOCIAL – MPIES**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
CONFORME RESOLUÇÃO N°510 /2016 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Caro (a) senhor (a) estás sendo convidado (a) a participar do estudo “O Agente Comunitário de Saúde e o trabalho interventivo a familiares de usuários de álcool e/ou drogas em Estratégias Saúde da Família em Guanambi-Bahia”. A pesquisa será desenvolvida sobre a responsabilidade da estudante do Mestrado Profissional em Intervenção Educativa e Social – MPIES/UNEB/Serrinha, Mônica Xavier Santana Rodrigues, que tem como objetivo geral compreender as principais dificuldades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, nas áreas de abrangência em duas Estratégias Saúdeda Família-ESF do município de Guanambi – Bahia, com vistas a construir após diagnóstico das dificuldades do ACS, uma cartilha interventiva sobre o trabalho com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, a fim de contribuir com o trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

O trabalho requer a coleta no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, de 2 unidades de saúde do município de Guanambi – Bahia, informações referentes a quantidade e identificação de famílias que tenham usuários de álcool e/ou drogas, assim como a participação voluntária de 07 Agentes Comunitários de Saúde nas entrevistas para evidenciar as percepções sobre os familiares de usuários de álcool outras drogas.

A realização desta pesquisa trará benefícios por propor uma ação interventiva, sendo benefícios diretos, pois será possível contribuir com o esforço da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Guanambi – Bahia ao realizar uma oficina formativa e também apresentando uma cartilha de caráter interventivo com orientações para uso dos ACS's no desenvolvimento de seu trabalho com os familiares de usuários de álcool e/ou drogas, visto que o resultado de uma intervenção desta natureza pressupõe a produção de conhecimento que promovam a transformação **(Página 1/4)**

dos cuidados aos familiares de usuários de álcool e /ou drogas, bem como do usuário. No decorrer do desenvolvimento da pesquisa, riscos poderão surgir. Como risco, pode ocorrer algum constrangimento pelo fato dos participantes terem que relatar sobre episódios de seu cotidiano de trabalho referente ao tema da pesquisa durante os encontros da oficina formativa. Caso ocorra, o participante será encaminhado a um apoio psicológico com a profissional Marlúcia Malheiros Souza CRP 03 14555 CPF 029.010.245-64, especialista em Saúde da Família pela ESP/SESAB, endereço: Rua Sebastião Boa Sorte, 64 Bairro Santo André. Também poderá ocorrer como risco o cansaço físico, visto que a realização da oficina ocorrerá em um período no horário de trabalho dos participantes. Para resolução desse possível risco a entrevista poderá ser realizada em duas etapas. E devido a pesquisa envolver seres humanos um risco que pode ocorrer é a quebra de sigilo, ainda que de forma involuntária. Caso ocorra, a pesquisadora buscará meios de sanar a problemática através documentação, diálogos ou o que for necessário para contornar a situação. Outro risco a ser considerado é o vírus do novo CORONAVÍRUS, o qual está causando a pandemia do COVID-19 no mundo, instaurada no Brasil desde março de 2020. Assim, seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados serão tomados de acordo com o decreto municipal nº 541 de 10 de novembro de 2021/Guanambi/BA, que dispõe sobre a adoção de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo CORONAVÍRUS no âmbito do município de Guanambi. Diante deste risco, as medidas de prevenção como o distanciamento social, uso de máscara e de álcool em gel será assegurada no momento do desenvolvimento da pesquisa. Caso ocorra alguma suspeita de participante com sintomas, este não participará temporariamente dos encontros e será solicitado a suspensão temporária dos mesmos, bem como solicitação para realização de testes da COVI-19. A participação na pesquisa não provocará danos, mas será garantido o direito à assistência integral gratuita ao participante, pelo tempo que for necessário (Resolução CNS nº 510 de 2016).

A pesquisadora garante guardar sigilo em relação aos relatos dos participantes e estes têm a garantia de esclarecimento em relação a qualquer dúvida, antes e durante o curso da pesquisa, estando livres para recusar-se a participar da mesma, assim como retirar este consentimento a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo ao seu cuidado.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase **(Página 2/4)**

do estudo e também não haverá remuneração financeira relacionada à sua participação. Os participantes têm assegurado o direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Caso deseje o (a) senhor (a) poderá, a qualquer momento, desistir da participação no projeto e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Quaisquer dúvidas que o (a) senhor

(a) apresentar serão esclarecidas pela pesquisadora e caso queira poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética da Universidade do Estado da Bahia. **INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL:**

Contato para dúvidas: Mestranda Mônica Xavier Santana Rodrigues, celular (77)98806-5095. E-mail: 142110007@uneb.br.

Contato para dúvidas: Profª Drª. Claudia Regina de O. V. Torres, celular (71) 99967-7639.

E-mail: ctorres@uneb.br

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UNEB Rua Silveira Martins, 2555, Cabula. Salvador/BA. CEP: 41.150-000. Tel.: 71 3117-2445 e-mail: cepuneb@uneb.br Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde CEP: 70750-521 – Brasília/DF. Tel.: (61)3315-5877

Para o conhecimento da (a) senhor (a), o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um grupo interdisciplinar e independente, que tem como obrigação defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Eles existem nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Assim, após esclarecimentos da pesquisadora acerca dos objetivos da pesquisa e benefícios e riscos da minha participação na pesquisa intitulada “O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E O TRABALHO INTERVENTIVO A FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS EM ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA

EM GUANAMBI- BAHIA”, tendo compreendido o que foi me esclarecido.

Concordo em participar sob livre e espontânea vontade, como voluntário, consinto também que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados **(Página 3/4)**

em eventos e artigos científicos desde que a minha identificação não seja realizada e assinarei este documento em duas vias sendo uma destinada ao pesquisador e outra para mim.

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome:

Sexo: F ( ) M ( ) Data de Nascimento: / / Documento de Identidade n°:

Endereço: Bairro: Cidade: Telefone: ( )

Serrinha, de de

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do discente (orientando)

---

Assinatura do professor (orientador)

**APÊNDICE B****UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOCIAL - MPIES****MÔNICA XAVIER SANTANA RODRIGUES****PROJETO DE INTERVENÇÃO: O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E O TRABALHO INTERVENTIVO A FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS EM ESTRATÉGIAS SAÚDEDA FAMÍLIA EM GUANAMBI- BAHIA**

Projeto de Intervenção elaborado como parte dos requisitos para o componente curricular Diagnóstico e Desenvolvimento Organizacional, ministrado pela professora Dr<sup>a</sup>. Claudia Regina de Oliveira Vaz Torres, no Mestrado Profissional em Intervenção Educativa e Social (MPIES) da Universidade do Estado da Bahia - UNEB.

Orientadora: Claudia Regina de Oliveira Vaz Torre

## INTRODUÇÃO

No ano de 1987 no estado do Ceará, o Brasil vivenciou a primeira experiência com Agente Comunitário de Saúde. Na época o intuito do trabalho desse profissional foi proporcionar uma atividade para as mulheres da região e reduzir a mortalidade infantil. A experiência deu certo, e no ano de 1991 o programa foi estendido para todo o país surgindo assim o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), sendo modificado em 1994 para o Programa Saúde da Família contando na constituição da equipe o Agente Comunitário de Saúde (TOMAZ, 2002).

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, foi implantada no país no ano de 2006 normatizada pela portaria nº. 648. Essa portaria estabelece normas para atuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e a alteração do PSF para Estratégia de Saúde da Família - ESF (Brasil, 2007).

Devido ao seu nível de habilidade o que possibilita uma melhor proximidade com as pessoas da comunidade, os profissionais da ESF possuem um papel significativo no desenvolvimento de ações sobre álcool e/ou drogas. Para Matta *et al* (2016), esses profissionais são imprescindíveis na realização de diagnóstico precoce, ofertando intervenção rápida ou encaminhamento para atendimento de um especialista.

Na equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem papel estratégico, com sua atuação regulamentada pela Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006. O trabalho desse profissional proporciona aumento da escuta e do acolhimento, mostrando mais facilidade na construção de vínculos com os usuários da rede (DALLA VECCHIA & MARTINS, 2009).

A visita domiciliar é o mecanismo utilizado pelo ACS para a realização dessa mediação, pois é “considerada o principal instrumento de trabalho, que consiste em uma visita mensal por família, a não ser que existam grupos prioritários como crianças e gestantes que devem receber atenção especial” (BRASIL, 2001, p.7). É na visita domiciliar que o ACS trabalha temas de extrema complexidade como o uso/abuso de álcool e/ou drogas.

Droga é entendida como qualquer substância capaz de modificar o funcionamento normal de um organismo resultando em alterações fisiológicas ou de conduta (OMS, 1978). O uso desses tipos de substâncias pode levar a dependência química.

Já a definição de dependência química é considerada nova, em comparação ao consumo de drogas pela humanidade, que compreende vários milênios. (RIBEIRO, 2012)

A Organização Mundial de Saúde (OMS), configura a dependência química como um estado psíquico e por vezes físico por consequência da interação de um organismo vivo e uma substância. Causando modificações comportamentais que podem levar o usuário sempre a buscar o consumo da substância de predileta de forma sucessiva ou recorrente, podendo ter tolerância ou não.

Segundo Diehl (2011), tem se configurado como um desafio para pais, profissionais da saúde, educadores, gerenciadores de políticas públicas, legisladores, enfim, para toda a sociedade. Tendo consequências nas áreas social, econômica e para a saúde.

Contudo a família é o sistema mais abalado por essa questão de extrema complexidade, visto que essa tem sua convivência em grupo e em sociedade comprometida, pois para Kalina (1998), “uma família é um grupo social e a sociedade reafirma certas coisas da família, ensina outras, mas tem um contínuo de fatores que vão se somando”.

É válido salientar que de modo geral, mas não exclusivo, quando acontece alguma modificação no seio familiar, todos os membros sentem as alterações, podendo estas trazerem consequências significativas nos laços familiares. Nessa perspectiva, é importante ponderar sobre como a família é acometida no cenário do uso de substâncias psicoativas, bem como compreender os prejuízos sociais, afetivos, laborais e orgânicos que afetam a vida e a dinâmica familiar (VASCONCELOS; FRAZÃO; RAMOS, 2012).

Contudo, para um efetivo tratamento da dependência química é preciso uma série de técnicas e ações que busquem desenvolver a redução ou abstinência do uso de drogas, trazendo melhorias na qualidade de vida do usuário e consequentemente de toda sua família e sua vivência em sociedade (RIBEIRO & LARANJEIRA, 2013).

A convivência com um usuário de álcool e/ou drogas traz algumas consequências para aqueles que vivem mais próximos, podendo apresentar sintomas físicos e/ou psicológicos. Por esse motivo, os familiares desses são um público de elevada vulnerabilidade, carente de atenção e cuidados individualizados.

Mesmo com o adoecimento sofrido pelos familiares de usuários de drogas em decorrência da convivência conflituosa com seu ente querido, o tratamento da

dependência química ainda é voltado com maior intensidade para o usuário (BORTOLON, *et al*, 2013).

No contexto das políticas públicas em vigor no Brasil que trata da atenção à saúde de pessoas que usam álcool e/ou drogas, os agentes comunitários de saúde (ACS) são profissionais de suma importância para realização da busca ativa e no cuidado desse público, bem como de toda sua família. Contudo os ACS's possuem dificuldades em realizar tais ações, por conta da insuficiência na qualificação que recebem sobre um trabalho interventivo adequado à usuários de álcool e/ou drogas, principalmente aos familiares desses, visto que a família é o principal foco de trabalho do ACS.

Assim, o presente projeto de intervenção é um desdobramento da pesquisa intitulada "O Agente Comunitário de Saúde e o trabalho interventivo a familiares de usuários de álcool e/ou drogas em estratégias saúde da família em Guanambi- Bahia" e está inserido como parte dos requisitos para o componente curricular Diagnóstico e Desenvolvimento Organizacional, ministrado pela Professora Dr<sup>a</sup> Claudia Regina Vaz de Oliveira Torres, no Mestrado em Intervenção Educativa e Social (MPIES) da Universidade do Estado da Bahia – UNEB. Tendo este projeto a pretensão de auxiliar como formação, e para construção do produto final, sendo uma cartilha.

## **OBJETIVO GERAL**

Compreender as principais dificuldades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, nas áreas de abrangência em duas Estratégias Saúde da Família-ESF do município de Guanambi – Bahia.

## **OBJETIVO ESPECÍFICO**

Construir após diagnóstico das dificuldades do ACS, uma cartilha interventiva sobre o trabalho com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, a fim de contribuir com o trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

## **METODOLOGIA**

Para alcance dos objetivos traçados, este projeto terá caráter qualitativo. Essa

abordagem propõe buscar a “relação da qualidade dos fatos e fenômenos, bem como encontrar na parte a compreensão e a relação com o todo; a interioridade e exterioridade como constitutivas dos fenômenos” (MINAYO, 2007, p. 24).

Para desenvolver esse trabalho, alguns métodos serão utilizados. Inicialmente será feita uma pesquisa bibliográfica que segundo Gil (2008) esse tipo de pesquisa é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, configurando-se assim, como exploratória. Sobre a pesquisa exploratória Pereira (2019) caracteriza como sendo uma pesquisa que busca examinar/explorar um fenômeno pouco conhecido, possibilitando a sua familiarização.

Será utilizado o procedimento técnico estudo de campo que Gil (2008), destaca que é a procura por aprofundamento de uma realidade específica. Sua realização é sobretudo feita através da observação direta das atividades do grupo pesquisado e de entrevistas com informações para captar as explicações e interpretações que aconteçam naquela realidade.

Visando responder à questão de pesquisa deste trabalho, será utilizada a pesquisa de intervenção, a qual se configura como parte das ciências sociais que busca a solução de possíveis problemas encontrados através de instrumentos interdisciplinares (MINAYO, 1991). Consistirá em pesquisa de intervenção do tipo pesquisa-ação, que segundo Thiollent (2007, p.16) define pesquisa-ação como “[...] um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com a ação ou com resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. ”

Com o intuito de debater assuntos temáticos, será utilizada a metodologia do círculo de cultura que foi criado por Freire (1991), está ancorado em um projeto pedagógico, de cunho democrático e libertador que sugere uma aprendizagem integral, rompendo fragmentos para uma conquista de posição frente as adversidades vividas em determinado contexto (DANTAS & LINHARES, 2014).

Em cada encontro, os ACS's poderão dialogar sobre suas dificuldades e limites sobre seu trabalho com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, propondo assim soluções aos problemas identificados. A partilha das dificuldades, e as discussões, proporcionarão a construção do produto final, sendo uma cartilha formativa de caráter interventivo sobre o trabalho com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, a fim de contribuir com o trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

## AÇÕES

OBJETIVO ESPECÍFICO	META	ATIVIDADE	RESPONSÁVEIS	PRAZO DE EXECUÇÃO (MESES)
<p>1 – Construir após diagnóstico das dificuldades do ACS, uma cartilha interventiva sobre o trabalho com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, a fim de contribuir com o trabalho do Agente Comunitário de Saúde.</p>	<p>Incentivar a participação dos 7 ACS no desenvolvimento da Oficina “O Agente Comunitário de Saúde e o trabalho interventivo a familiares de usuários de álcool e/ou drogas em Estratégias de Saúde da família em Guanambi-Bahia”. Bem como subsidiar material para produção de uma cartilha interventiva para uso do trabalho do ACS com familiares de usuários de álcool e/ou drogas.</p>	<p><b>1º Encontro</b>  <b>7 ACS participantes</b>  <b>Metodologia:</b> Círculo de Cultura  <b>Participantes:</b> 7 Agentes Comunitários de Saúde  <b>Local:</b> Unidade de Saúde Paraíso/São Francisco  <b>Objetivo:</b> Proporcionar aos participantes um momento de interação e troca de saberes.  <b>Ações</b>  - Apresentação do projeto de intervenção aos participantes;  - Explicar a metodologia do projeto, ressaltando sobre o círculo de cultura;  - Falar sobre o produto final que será uma cartilha para uso deles no trabalho com familiares de usuários de álcool e/ou drogas;  - Firmar acordo sobre dias e horários dos encontros da oficina;  - Entrega, leitura e assinatura do TCLE e do termo de autorização para uso de depoimentos.  - <b>Dinâmica:</b> Construção e diagnóstico de saberes sobre o tema drogas/dependência química.  - <b>Vídeo: Família, filhos e drogas</b>  - Discussão sobre o vídeo;  - Leitura e debate do artigo: Causas da dependência química e</p>	<p>Mônica Xavier Santana Rodrigues   <b>Orientadora:</b> Profª D. Cláudia Regina de O. Vaz Torres</p>	<p>2 horas</p>

		suas consequências para o usuário e a família. - Lanche		
<b>2 –</b> Debater sobre o atendimento dos ACS junto a familiares de Usuários de álcool e/ou drogas, abordando sobre políticas públicas e assistência a usuários de drogas e seus familiares na atenção primária.	Potencializar o trabalho interventivo de 50% dos ACS participantes, junto de usuários de álcool e/ou drogas.	<b>2º Encontro</b> <b>7 ACS participantes</b> <b>Metodologia:</b> círculo de cultura <b>Participantes:</b> 7 Agentes Comunitários de Saúde <b>Local:</b> Unidade de Saúde Paraíso/São Francisco <b>Objetivo:</b> Refletir sobre o atendimento do ACS à familiares de usuários de álcool e/ou drogas, pontuando suas dificuldades e relacionando com as políticas públicas e a assistência a usuários de álcool e/ou drogas e sua família. - <b>Dinâmica:</b> Entrevistando o problema. (Mapa cognitivo); - <b>Slides:</b> Debate sobre trechos dos artigos: 1 - Políticas públicas de atenção aos usuários de drogas no contexto brasileiro: revisão narrativa de literatura. 2 - Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. - Discussão sobre conteúdo abordado. - Lanche	Mônica Xavier Santana Rodrigues  <b>Orientadora:</b> Profª D Cláudia Regina de O Vaz Torres	2 horas
<b>3 –</b> Demonstrar para o ACS a importância da família no tratamento da dependência química de seu familiar.	Impulsionar 50% dos ACS a incentivar as famílias na participação do tratamento da dependência química de seu familiar.	<b>3º Encontro</b> <b>7 ACS participantes</b> <b>Metodologia:</b> círculo de cultura <b>Participantes:</b> 7 Agentes Comunitários de Saúde <b>Local:</b> Unidade de Saúde Paraíso/São Francisco. <b>Objetivo:</b> Relacionar os vídeos com o conhecimento que os ACS tem sobre as consequências das drogas no meio	Mônica Xavier Santana Rodrigues  <b>Orientadora:</b> Profª D Cláudia Regina de O Vaz Torres	2 horas

		<p>familiar, a codependência e grupos de apoio.</p> <p>- Perguntas norteadoras: 1 – Sabiam sobre as consequências das drogas no meio familiar? 2 – Sabem o porquê a maioria das famílias são reféns de seu familiar usuário? 3 – Conhecem algum grupo de apoio que oferece suporte para familiares de usuários?</p> <p>- <b>Vídeos:</b> 1- O que as drogas causam na família. 2 - O papel da família no tratamento da dependência química</p> <p>- <b>Slides:</b> Codependência e grupos de apoio. - Entrega de lista com nomes dos grupos e um pouco sobre cada um. - Discussão sobre conteúdo abordado. - Lanche</p>		
<p><b>4 –</b> Articular estratégias para o ACS trabalhar de forma interventiva com a família de usuários de álcool e/ou drogas.</p>	<p>Buscar 2 redes de apoio para o trabalho do ACS junto a familiares de usuários de álcool e/ou droga</p>	<p><b>4º Encontro</b> <b>7 ACS participantes</b> <b>Metodologia:</b> círculo de cultura <b>Participantes:</b> 7 Agentes Comunitários de Saúde <b>Local:</b> Unidade de Saúde Paraíso/São Francisco. <b>Objetivo:</b> Refletir com o ACS sobre melhorias em seu trabalho junto a familiares de usuários de álcool e/ou drogas, bem estratégias na busca de redes de apoio. - <b>Dinâmica:</b> Linha do tempo – nosso lugar na história. -<b>Vídeo:</b> Dependência química e intervenção familiar - Aplicação da entrevista semiestruturada</p>	<p>Mônica Xavier Santana Rodrigues</p> <p><b>Orientadora:</b> Profª D Cláudia Regina de O Vaz Torres</p>	<p>2 horas</p>

		através do questionário perguntas abertas/fechadas. - Discussão sobre conteúdo abordado - Lanche		
<b>5 – Demonstrar os resultados e entregar a cartilha para os participantes (pós-defesa)</b>	Estimular no âmbito nacional e local criações de treinamentos para os ACS sobre seu trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas.	<b>5º Encontro</b> <b>7 ACS participantes e convidados</b> - Confraternização; - <b>Slides:</b> Demonstração resultados; - <b>Vídeo:</b> Drogas x família - Entrega da cartilha (produto final) - Lanche	Mônica Xavier Santana Rodrigues  <b>Orientadora:</b> Profª D. Cláudia Regina de O. Vaz Torres	2 horas

## AVALIAÇÃO

De forma gradual e coparticipativa entre a coordenação e os Agentes Comunitários de Saúde, a avaliação consistirá em momentos para sinalizar as dificuldades presentes no trabalho do ACS com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, visando construir caminhos para uma solução dos achados. A avaliação ocorrerá de forma constante e progressiva, realizada por meio de: Observação; Diálogo; Discursão sobre a temática; Círculos de Cultura e a construção da cartilha formativa de caráter interventivo como produto final.

## CRONOGRAMA

Atividades	Semestre			
	2021.1	2021.2	2022.1	2022.2
Realização de créditos de disciplinas obrigatórias	X	x	x	x
Levantamento bibliográfico	X			
Elaboração/Adaptações do projeto conforme disciplinas estudadas	X	x		
Orientação	X	x	x	x
Atividades Supervisionadas	X	x	x	x
Revisão de literatura e produção do Estado do Conhecimento	X	x		
Pré-qualificação		x		
Adaptações do projeto para submissão ao Comitê de Ética		x		
Construção do Projeto de Intervenção		x		
Submissão ao Comitê de Ética		x		
Qualificação			x	

Círculo de Cultura e coleta de dados			X	
Análise e Interpretação dos dados			X	X
Redação e revisão da dissertação	X	X	X	X
Construção do produto				X
Defesa				X
Entrega da dissertação (versão final)				X

## RESULTADOS ESPERADOS

Espera – se com esse projeto obter impactos expressivos no trabalho do Agente Comunitário de Saúde com familiares de usuários de álcool e/ou drogas de Guanambi/BA, bem como ter uma redução deste grave problema de saúde pública, ao buscar proporcionar qualidade de vida para familiares e usuários de substâncias psicoativas. E conseqüentemente ter impacto na área social do referido município. Também contribuir à pesquisa visto que, na literatura há poucos estudos com temas que tratem do trabalho do Agente Comunitário de Saúde e os familiares de usuários de álcool e/ou drogas, assim esse projeto se faz importante para a área acadêmica. E por fim, sendo o produto final uma cartilha formativa de caráter interventivo acerca do trabalho do ACS com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, espera-se que a contribua para o trabalho dos demais Agentes Comunitário de Saúde do município de Guanambi/BA.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção À Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) Portaria nº. 648/GM.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde.
- BORTOLON, C. B., Machado, C. A., Ferigolo, M., & Barros, H. M. T. (2013). **Abordagem motivacional para familiar de usuário de drogas por telefone: Um estudo de caso**. *Contextos Clínicos*, 6(2), 153-163.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA – URSS, 1978 Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-AlmaAta.pdf> acesso em: 19/09/2021.
- DALLA Vecchia, M., & MARTINS, S. T. F. (2009). **Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações**. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 151-164. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a13.pdf>. Acesso em: 21/09/2021.
- DANTAS, Vera Lúcia; LINHARES, Angela Maria Bessa. **Círculos de Cultura: problematização da realidade e protagonismo popular**. II Caderno de Educação Popular em Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2\\_caderno\\_educacao\\_popular\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf) Acesso em: 07/09/2021.
- DIEHL, Alessandra; CRUZ CORDEIRO, Daniel; LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Editora Artmed, 2011.
- FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
- GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- LARANJEIRA, R; RIBEIRO, R. *et al.* 2013. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012**. São Paulo. INPAD.
- KALINA, Eduardo; KOVADLOFF, S., ROIG, P. M., Serran, J. C., & Cesaram, F. (1999). **Drogadição hoje: Indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artmed.
- MATTA, Alessandra Nagamine Bonadio et al. **Processos formativos em álcool e outras drogas para trabalhadores da rede pública do município de São Paulo: a experiência do CRR-DIMESAD-UNIFESP**. *Pesqui. prá. psicossociais* [online]. 2016, vol.11, n.3, pp. 637-649. ISSN 1809-8908. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v11n3/09.pdf> Acesso em: 06/07/2021.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido**. *Medicina*, 199

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PEREIRA, Antonio. **Pesquisa de Intervenção em Educação**. Salvador: Eduneb, 2019.

RIBEIRO, M. **Drogas – uma leitura junguiana da história e da clínica das dependências**. Monografia apresentada à Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica para a obtenção do título de Analista. São Paulo; 2012.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia de pesquisa-ação**. 15 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

TOMAZ, José Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser um “superherói”. **Interface Comum, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

VASCONCELOS, Selene Cordeiro; FRAZÃO, Iracema da Silva; RAMOS, Vânia Pinheiro. **Grupo terapêutico educação em saúde: subsídios para a promoção do autocuidado de usuários de substâncias psicoativas**. 2012. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25961/19041> Acesso em: 04/08/2021.

Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832002000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000100008)>. Acesso em: 20/09/2021..

## APÊNDICE C

### QUESTIONÁRIO APLICADO AS PARTICIPANTES DO ESTUDO: PERFIL SOCIOPROFISSIONAL E ROTEIRO DE ENTREVISTA

Questionário Perfil Socioprofissional

Idade \_\_\_\_\_ Gênero declarado \_\_\_\_\_

Código da sua ESF \_\_\_\_\_ Tempo que trabalha como ACS \_\_\_\_\_

Tempo que trabalha como ACS na sua equipe \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Possui curso superior? Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Você exerce alguma outra profissão? Sim ( ) Não ( )

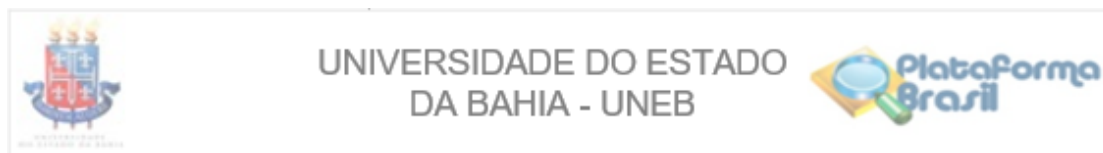
Se sim, qual? \_\_\_\_\_

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Quantas famílias tem em sua área de atuação que possuem usuário de álcool e/ou drogas?
2. Foi ofertada para vocês no serviço alguma capacitação sobre dependência química? Se sim, quando?
3. Foi ofertada para vocês no serviço alguma capacitação sobre como trabalhar com familiares de usuários de álcool e/ou drogas? Se sim, quando?
4. Como vocês fazem para orientar a família que tem usuário de álcool e/ou drogas?
5. Quais as dificuldades e facilidades encontradas hoje no cotidiano profissional de vocês no atendimento a familiares usuários de álcool e/ou drogas?
6. Porque a ausência de capacitação sobre essa temática prejudica o seu trabalho?
7. Porque a frequência de capacitação sobre essa temática ajuda no seu trabalho?
8. Que competências (conhecimentos, habilidades, atitudes) vocês avaliam que necessitam ter para o cuidado com familiares usuários de álcool e/ou outras drogas?
9. Situação caso concreto. A ideia é que os ACS tragam um caso concreto vivenciado por eles e a partir do que trouxerem, retoma-se a questão das

competências para intervenção. As questões norteadoras serão as seguintes: Quais os conhecimentos necessários para essa abordagem? Que intervenções vocês propõem a serem feitas em torno do caso? Que condutas devem ser realizadas nesse contexto para o cuidado dessa/s pessoa/s? Que estratégias serão necessárias para lidar com essa família?

## ANEXO A


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

**Título da Pesquisa:** O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E O TRABALHO INTERVENTIVO A FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU DROGAS EM ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA EM GUANAMBI- BAHIA

**Pesquisador:** Mônica Xavier Santana Rodrigues

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 52397921.9.0000.0057

**Instituição Proponente:** Departamento de Educação - Campus XI/UNEB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.185.597

**Apresentação do Projeto:**

O projeto é vinculado ao PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOCIAL - MPIES, da UNEB de Serrinha na Bahia.

"A pesquisa possui como objeto de pesquisa 07 Agentes Comunitários de Saúde trabalhadores de duas equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF, em Guanambi-Bahia Ao desenvolver o trabalho como ACS durante 16 anos foi ofertado pelo Ministério da Saúde a nível categoria no município de Guanambi/BA somente um curso no ano de 2014 intitulado Caminhos do Cuidado – Formação em saúde mental (álcool, crack e outras drogas) para Agentes Comunitário de Saúde (ACS)/Auxiliares e Técnicos em Enfermagem da Atenção Básica. Surgindo a seguinte questão de pesquisa: Como o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que é considerado o "elo" de ligação entre a Estratégia de Saúde da Família - ESF e a comunidade desenvolve seu trabalho de forma interventiva com familiares de usuários de álcool e/ou drogas em sua área de atuação? Assim, se institui como objetivo de pesquisa compreender as principais dificuldades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no atendimento a familiares de usuários de álcool e/ou drogas, nas áreas de abrangência em duas Estratégias Saúde da Família-ESF do município de Guanambi – Bahia. Trata-se de um estudo qualitativo, e para alcance dos objetivos propostos, inicialmente será realizada revisão de literatura configurando-se como pesquisa exploratória, será utilizada a pesquisa de intervenção

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555  
 Bairro: Cabula CEP: 41.195-001  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3117-2399 Fax: (71)3117-2399 E-mail: cepuneb@uneb.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DA BAHIA - UNEB



Continuação do Parecer: 5.185.597

do tipo pesquisa-ação, para coleta de dados, após aprovação do Comitê de Ética segundo a Resolução CNS n°. 466/12 optou-se pela entrevista semiestruturada por meio de questionário com perguntas abertas e/ou fechadas, tendo como objeto de pesquisa 07 Agentes Comunitários de Saúde trabalhadores de duas equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF, em Guanambi-Bahia, propondo um diálogo que seja possível a produção de uma cartilha de caráter interventivo. Devido a isso, o estudo se configura como pesquisa de intervenção com abordagem exploratória, levando em consideração as particularidades que envolvem o desenvolvimento da pesquisa no mestrado profissional. Os participantes da pesquisa serão 07 Agentes Comunitários de Saúde pertencentes a duas Estratégias Saúde da Família do município de Guanambi/BA. Para analisar e apresentar dos dados coletados, será utilizada a técnica de análise de conteúdo das comunicações, analisando o que foi falado no decorrer das entrevistas ou constatado pelo pesquisador. Correspondendo aos objetivos específicos da pesquisa e aos procedimentos metodológicos, a escrita da dissertação será dividida em quatro capítulos. O primeiro artigo será intitulado “O papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no atendimento a familiares de usuários de álcool e/ou drogas na Atenção Básica”, o segundo artigo “O atendimento do ACS junto aos familiares de usuários de álcool e/ou drogas, segundo os princípios e diretrizes do SUS”, o terceiro terá como título “Os limites encontrados pelos ACS e as possibilidades para intervenção efetiva no trabalho com familiares de usuários de álcool e/ou drogas” e por fim, o quarto artigo “Construir um diagnóstico, a partir das dificuldades do ACS uma cartilha interventiva sobre o trabalho com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, a fim de contribuir com o trabalho do Agente Comunitário de Saúde”.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Compreender as principais dificuldades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no trabalho interventivo com familiares de usuários de álcool e/ou drogas, nas áreas de abrangência em duas Estratégias Saúde da Família-ESF do município de Guanambi – Bahia.

#### **Objetivo Secundário:**

- Analisar o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no atendimento a familiares de usuários de álcool e/ou drogas na Atenção Básica.
- Pesquisar o atendimento do ACS junto aos familiares de usuários de álcool e/ou drogas, segundo os princípios e diretrizes do SUS.
- Identificar os limites encontrados pelos ACS e as possibilidades para intervenção efetiva no

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

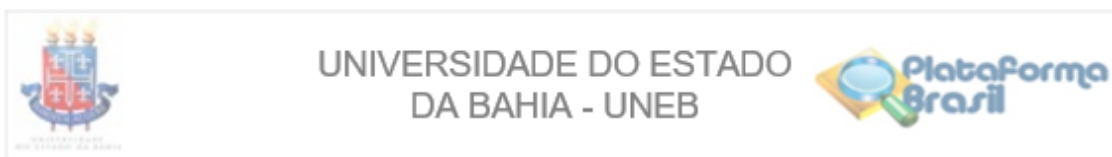
UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2399

Fax: (71)3117-2399

E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 5.185.597

trabalho com familiares de usuários de álcool e/ou drogas.

- Construir após diagnóstico das dificuldades do ACS, uma cartilha interventiva sobre o trabalho com familiares

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e Benefícios informados conforme orienta a Resolução nº 466/12.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e exequível.

A metodologia proposta bem como os critérios de inclusão e exclusão e cronograma são compatíveis com os objetivos propostos no projeto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

As declarações apresentadas são condizentes com as Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos. Os pesquisadores envolvidos com o desenvolvimento do projeto apresentam declarações de compromisso com o desenvolvimento do projeto em consonância com a Resolução 466/12 CNS/MS, bem como com o compromisso com a confidencialidade dos participantes da pesquisa e as autorizações das instituições proponente e coparticipante.

O TCLE apresentado possui uma linguagem clara e acessível aos participantes da pesquisa e atende ao disposto na resolução 466/12 CNS/MS contendo todas as informações necessárias ao esclarecimento do participante sobre a pesquisa bem como os contatos para a retirada de dúvidas sobre o processo

**Recomendações:**

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555  
 Bairro: Cabula CEP: 41.195-001  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3117-2399 Fax: (71)3117-2399 E-mail: cepuneb@uneb.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DA BAHIA - UNEB



Continuação do Parecer: 5.185.597

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.52397921.9.0000.0057

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1833646.pdf	06/12/2021 10:42:53		Aceito
Outros	Termo_concordancia_profissional.pdf	03/12/2021 14:21:38	Mônica Xavier Santana Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	03/12/2021 14:16:10	Mônica Xavier Santana Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/12/2021 14:15:09	Mônica Xavier Santana Rodrigues	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochurapesquisa.pdf	03/12/2021 14:14:33	Mônica Xavier Santana Rodrigues	Aceito
Outros	Termodeconfidencialidade.pdf	06/10/2021 19:39:30	Mônica Xavier Santana Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	05/10/2021 11:08:44	Mônica Xavier Santana Rodrigues	Aceito
Outros	Termoparaoletadedadosemarquivo.pdf	05/10/2021 11:03:40	Mônica Xavier Santana Rodrigues	Aceito
Outros	Termodecoparticipante.pdf	05/10/2021 10:52:35	Mônica Xavier Santana Rodrigues	Aceito
Outros	Termodeconcessao.pdf	05/10/2021 10:50:55	Mônica Xavier Santana Rodrigues	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaodeinstituicao.pdf	04/10/2021 22:13:51	Mônica Xavier Santana Rodrigues	Aceito
Declaração de concordância	Declaracaodeconcordancia.pdf	04/10/2021 14:30:51	Mônica Xavier Santana Rodrigues	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaodePesquisadores.pdf	04/10/2021 14:30:00	Mônica Xavier Santana Rodrigues	Aceito

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

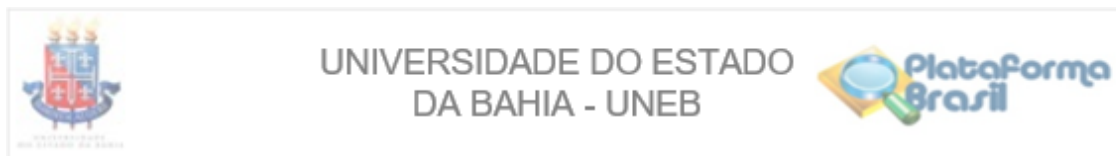
UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2399

Fax: (71)3117-2399

E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 5.185.597

Cronograma	cronograma.pdf	04/10/2021 12:05:43	Mônica Xavier Santana Rodrigues	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	04/10/2021 12:03:45	Mônica Xavier Santana Rodrigues	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 23 de Dezembro de 2021

---

**Assinado por:**  
**Aderval Nascimento Brito**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555  
 Bairro: Cabula CEP: 41.195-001  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3117-2399 Fax: (71)3117-2399 E-mail: cepuneb@uneb.br