

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ANA LUÍZA MARQUES CARNEIRO

O Agente Comunitário de Saúde na assistência ao usuário de álcool

RIBEIRÃO PRETO

2016

ANA LUÍZA MARQUES CARNEIRO

O Agente Comunitário e o usuário de álcool: discursos sobre a concepção e a assistência na Atenção Básica

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Álcool e Drogas

Orientador: Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato

RIBEIRÃO PRETO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CARNEIRO, Ana Luiza Marques

O Agente Comunitário e o usuário de álcool: discursos sobre a concepção e a assistência na Atenção Básica . Ribeirão Preto, 2016.

89 p. :il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato

1. Agente Comunitário de Saúde.
2. Assistência ao Usuário de Álcool
3. Atenção Básica

CARNEIRO, Ana Luiza Marques

O Agente Comunitário e o usuário de álcool: discursos sobre a concepção e a assistência na Atenção Básica

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Álcool e Drogas

Orientador: Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof.Dr. _____

Instituição: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

*A minha amada e eterna **mãezinha** (in memoriam).*

Sei que me acompanha com tua luz. Amo-te sempre.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por me conceder força e perseverança em momentos que achei que não as teria.

À minha mãezinha, **Magna** (*in memoriam*), sempre viva em mim. Sou o resultado do seu amor, sua garra e sua fé.

Ao **Hygor**, meu grande amor e companheiro de vida. Sem seu apoio, ajuda, compreensão e, acima de tudo, amor a trajetória seria ainda mais longa. Gratidão, também, pela enorme contribuição nessa reta final.

À minha filha amada, minha luz, **Maria Flor**. Seu amor é meu combustível para a vida.

À minha querida orientadora **Nane**. Gratidão pela confiança, paciência, compreensão, amizade, carinho e por compartilhar conhecimentos comigo.

À querida amiga e eterna professora **Nadja**. Você acreditou em mim antes de eu mesma. Seu apoio foi fundamental em muitos momentos da minha vida. Gratidão por me acompanhar nessa trajetória desde a universidade.

Aos meus amados irmãos, **Bárbara** e **Pedro Henrique**. Sempre de braços e sorrisos abertos para minhas idas e vindas.

Às queridas amigas **Camila** e **Isadora**. Gratidão pela amizade e apoio de tantos anos. Vocês são grandes companheiras.

Aos queridos amigos **Carla**, **Larissa** e **Maycon**. Gratidão pelos momentos intensos vividos em Ribeirão, pela amizade, pelo apoio e pelas risadas sem fim. Vocês foram grandes presentes do universo. Agradeço especialmente à Larissa e ao Maycon pela contribuição na finalização deste trabalho.

À **Dra. Emilene Reisdorfer**, por compartilhar os dados de sua pesquisa para a realização deste trabalho.

À minha prima **Marina** e ao **Matias**, pela colaboração na tradução do resumo para espanhol.

Aos professores e funcionários da EERP pelo auxílio prestado com tanta disponibilidade.

À minha **grande família** e aos **grandes amigos**, pelo apoio e carinho.

Gratidão por cruzarem meu caminho. A minha força vem das pessoas e lugares que mais amo. É com alegria e alívio que finalizo essa etapa.

*“O sonho encheu a noite
Extravasou pro meu dia
Encheu minha vida
E é dele que eu vou viver
Porque sonho não morre”.*

(Adélia Prado)

RESUMO

CARNEIRO, A. L. M. O Agente Comunitário e o usuário de álcool: discursos sobre a concepção e a assistência na Atenção Básica. 2016. 89p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2016.

Estima-se que 52% da população mundial faz uso de álcool, sendo a droga mais consumida no mundo. Ao usuário, o álcool torna-se prejudicial devido às consequências nos níveis biológicos, sociais e funcionais. Assim, a redução do uso abusivo da substância é um dos objetivos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e uma das prioridades na agenda de saúde pública mundial. No Brasil, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas teve como objetivo a criação de uma rede de atenção integral a eles – a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). A RAPS é considerada um grande avanço da Reforma Psiquiátrica, já que integra os diversos pontos de atenção disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos pontos da RAPS é a Atenção Básica (AB), que através da atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem a possibilidade de monitoração, prevenção do uso e colaboração na reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas devido à proximidade e criação de vínculo entre o serviço e usuário. Para que o vínculo seja estabelecido o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é a peça fundamental, visto que conhece a comunidade e reconhece suas necessidades, além de ser a figura que medeia as relações entre a equipe de saúde e os usuários. Assim sendo, o objetivo deste estudo foi descrever e analisar o discurso de ACS sobre o uso de álcool e a assistência prestada na AB. Trata-se de um estudo qualitativo de teor descritivo, cuja pesquisa ocorreu em cinco municípios da região central do Estado de Santa Catarina. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, analisadas através do método da Análise de Conteúdo. A análise das entrevistas resultou na formulação de duas categorias e quatro subcategorias empíricas. Os resultados evidenciaram que os ACS percebem o consumo de álcool como inerente a população em virtude da cultura caracterizada pelo consumo habitual e festivo da droga. Eles percebem que o uso do álcool torna-se um problema quanto à definição social atribuída pela comunidade, ressaltando as consequências para a família e outras perdas vivenciadas pelos usuários com base nas repercussões sociais. Quanto à assistência prestada por eles aos usuários de álcool, os resultados indicaram uma prática desprovida de instrumentos ou habilidades para a abordagem adequada do uso, evidenciando uma prática infundada pelos ACS. A prática está pautada também nas crenças em relação aos usuários de álcool, que estão muito ligadas aos estigmas relacionados a estes usuários em geral e não em evidências científicas. Conclui-se que a partir do conhecimento das percepções e práticas deste profissional, é possível direcionar ações que potencialize a prática dos ACS, já que são profissionais com grandes possibilidades de atuação diante da prevenção e tratamento do abuso de álcool e reabilitação social do usuário.

Palavras chave: Agente Comunitário de Saúde, Assistência ao Usuário de Álcool, Atenção Básica

ABSTRACT

CARNEIRO, A. L. M. The Community Worker and the alcohol user: speeches about conception and assistance on Primary Care. 2016. 89p. Dissertation (Mester's Degree). Nursing School of Ribeirão Preto. University of São Paulo. Ribeirão Preto. 2016.

It is estimated that 52% of the population uses alcohol, being the most consumed drug in the world. For the user, the alcohol becomes harmful due to the consequences in the biological, social and functional levels. Thus, reducing the alcohol abuse is one of the World Health Organization's (WHO) goals and one of the priorities in the global public health agenda. In Brazil, the Health Ministry's Policy for Integral Attention to Alcohol and Other Drug Users aimed to create a network care to them - the RAPS (Psychosocial Care Network). The RAPS is considered a major breakthrough of the Psychiatric Reform, as it integrates the various points of care available in the Unified Health System (UHS). One of the RAPS points is the Primary Care (PC), which through the performance of the Family Health Strategy's teams (FHS) has the possibility of monitoring, the use prevention and collaboration to the social reintegration of alcohol and other drug users due to proximity and bond between service and the users. So that the link is established the Community Health Workers (CHW) is the keystone, as they know the community and recognize their needs as well as being the figure that mediates the relationship between health staff and users. So, the aim of this study was to describe and analyze the ACS speech on the alcohol use and on the assistance provided in AB. It is a qualitative study of descriptive content, whose research took place in five municipalities of the central region of Santa Catarina State. Semi-structured interviews were conducted, analyzed through the Content Analysis method. The data analysis resulted in the formulation of two empirical categories and four empirical subcategories. The results showed that ACS perceive alcohol consumption as inherent in population due to the culture characterized by the drug's customary and festive use. They realize that alcohol use becomes a problem as the social definition given by the community, highlighting the consequences for the family and other losses experienced by users based on their social impact. Regarding the assistance given by them to alcohol users, the results indicated an unprovided practice of tool or skills to the appropriate approach to the consumption, showing an unfounded practice by ACS. The practice is also guided by beliefs concerning to alcohol users, which are closely linked to stigmas generally related to these users and not on scientific evidences. We concluded that by the professional's knowledge of perceptions and practices, it's possible to direct actions that leverage their practice, since they are professionals with great possibilities of acting on treatment and prevention of alcohol abuse and user's social rehabilitation.

Keywords: Community Health Worker, Assistance to Alcohol User, Primary Care

RESUMEN

CARNEIRO, A. L. M. El Agente Comunitario y el Usuario de Alcohol: discurso sobre la concepción y asistencia de la Atención Básica. 2016. 89p. Dissertación (Maestría). Escuela de Enfermería de Ribeirão de la Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto. 2016.

Se estima que el 52% de la población mundial hace uso del alcohol, siendo la droga más consumida en el mundo. Para el usuario, el alcohol se torna perjudicial debido a consecuencias en niveles biológicos, sociales y funcionales. Así, la reducción del uso abusivo de la sustancia es uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y una de las prioridades en la agenda de la salud pública mundial. En Brasil, la Política del Ministerio de Salud para la Atención Integral a los Usuarios de Alcohol y Otras Drogas tuvo como objetivo la creación de una red de atención integral para ellos – la RAPS (Red de Atención Psico-social). La RAPS es considerada un gran avance de la Reforma Psiquiátrica, ya que integra los diversos puntos de atención disponibles en el Sistema Único de Salud (SUS). Uno de los puntos de la RAPS es la Atención Básica (AB), que a través de la actuación de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), tiene la posibilidad de monitoreamiento, prevención del uso y colaboración en la reinserción social de los usuarios de alcohol y otras drogas debido a la proximidad y creación de vínculo entre el servicio y el usuario. Para que el vínculo sea establecido, el Agente Comunitario de Salud (ACS) es la pieza fundamental, ya que conoce la comunidad y reconoce sus necesidades, más allá de ser la figura que media las relaciones entre el equipo de salud y los usuarios. Siendo así, el objetivo de este estudio fue describir y analizar el discurso de ACS sobre el uso de bebidas alcohólicas y la asistencia prestada en la AB. Se trata de un estudio cualitativo de tenor descriptivo, cuya búsqueda ocurrió en cinco municipios de la región central de la provincia de Santa Catarina. Fueron realizadas entrevistas semi-estructuradas, analizadas a través del método de Análisis de Contenido. El análisis de las entrevistas resultó en la formulación de dos categorías y cuatro subcategorías empíricas. Los resultados evidenciaron que los ACS perciben el consumo del alcohol como normal para la población en virtud de la cultura caracterizada por el consumo habitual y festivo de la droga. Ellos perciben que el uso del alcohol se torna un problema cuanto a la definición social atribuida por la comunidad, resaltando las consecuencias para la familia y otras pérdidas vivenciadas por los usuarios con base en las repercusiones sociales. En cuanto a la asistencia prestada por ellos a los usuarios de alcohol, los resultados indicaron una práctica desprovista de instrumentos o habilidades para el abordaje adecuado del uso, dejando en evidencia una práctica infundada por los ACS. La práctica está pautada también en las creencias en relación a los usuarios de alcohol, que están muy ligadas a los estigmas relacionados a estos usuarios en general y no en evidencias científicas. Se concluye que a partir del conocimiento de las percepciones y prácticas de este profesional, es posible direccionar acciones que potencialicen la práctica de los ACS, ya que son profesionales con grandes posibilidades de actuación delante de la prevención y tratamiento del abuso del alcohol y rehabilitación social del usuario.

Descriptores: Agente Comunitario de Salud, La Asistencia para el Usuario del Alcohol, Atención Básica

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AM – Apoio Matricial

ESF – Estratégia Saúde da Família

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

COFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas

FMRP/USP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDSUS – Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAS – Programa Agentes de Saúde

PNAD – Política Nacional Antidrogas

PSF – Programa Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. Breve resgate histórico das políticas de saúde mental na questão do uso de álcool e outras drogas	15
1.2. O usuário de álcool e outras drogas na AB	17
1.3. A figura do ACS na AB	19
2. JUSTIFICATIVA	27
3. OBJETIVO	27
4. MÉTODO	29
4.1. Tipo do Estudo	30
4.2. Local do Estudo	31
4.3. População e Amostra	32
4.4. Critérios de Exclusão e Inclusão	32
4.5. Procedimento de Coleta de Dados	33
4.5.1. Instrumento de Coleta	33
4.5.2. Coleta dos Dados	33
4.6. Análise e Tratamento dos Dados	34
5. ASPECTOS ÉTICOS	36
6. RESULTADOS	38
6.1. Caracterização dos participantes do estudo	39
6.2. Categorias e subcategorias reveladas a partir das entrevistas	40
6.2.1. Percepção do uso de álcool	41
6.2.1.1. Uso como padrão cultural	41
6.2.1.2. O problema definido pela repercussão social	43
6.2.2. Práticas e crenças do ACS frente ao uso de álcool	45
6.2.2.1. Prática despotencializada	45
6.2.2.2. Prática baseada em crenças	51
7. DISCUSSÃO	55
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
10. ANEXOS	85

1. *INTRODUÇÃO*

CARNEIRO, A. L. M.

O uso de álcool é um problema de saúde pública devido à gravidade das consequências negativas para o usuário, para a família e a sociedade, sendo a droga mais consumida em todo mundo e um desafio para as políticas de saúde mental (Laranjeira *et al.*, 2007; Who, 2014). A redução do consumo de álcool, devido a sua carga social e aos prejuízos causados pelo uso abusivo da substância é um dos objetivos da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo uma prioridade na agenda de saúde pública (Who, 2014).

Dados da OMS estimam que 52% da população mundial faz uso de álcool (Who, 2014). No Brasil, de acordo com levantamentos nacionais realizados em 2001 e 2005, o álcool é a droga que apresenta maior frequência de uso na vida, apresentando um aumento da prevalência de 68,7% em 2001, para 74,6% em 2005 (Carlini *et al.*, 2002; Carlini, 2007).

Dados de pesquisas nacionais revelaram o aumento da frequência do consumo de álcool entre 2006 e 2012, que passou de 42% para 53%. As mesmas pesquisas evidenciaram também um aumento do consumo entre as mulheres de 27% em 2006 para 38% em 2012. O último levantamento, realizado em 2012, evidenciou que 62% dos homens fazem uso de álcool (Laranjeira *et al.*, 2007; Laranjeira, Madruga e Pinsky, 2014).

Constatou-se, ainda, que a idade com que os brasileiros experimentam o álcool pela primeira vez vem diminuindo. De 2006 para 2012 a proporção de brasileiros adultos que experimentaram álcool com menos de 15 anos passou de 13% para 22%. Além da precocidade na experimentação do álcool, houve aumento da precocidade no consumo regular da bebida (Laranjeira *et al.*, 2007; Laranjeira, Madruga e Pinsky, 2014). Os resultados de levantamentos nacionais realizados com estudantes do ensino fundamental e médio nas 27 capitais brasileiras mostram que o álcool é a droga mais consumida entre eles (Carlini, 2005; Carlini *et al.*, 2010).

Além de dados epidemiológicos preocupantes, o uso e abuso de álcool leva a uma série de consequências. Mais de 60 doenças estão relacionadas ao seu consumo (Patton *et al.*, 2009), como depressão (Weitzman, 2004), câncer de boca e de laringe (Who, 2014), pancreatite (Irving, Samokhvalov e Rehm, 2009), entre outras; sendo que o consumo de álcool resulta em aproximadamente 3,3 milhões de mortes

CARNEIRO, A. L. M.

por ano (Who, 2014). No período de janeiro a setembro de 2015 as internações hospitalares relacionadas ao uso de álcool custaram ao sistema público de saúde brasileiro mais oito milhões de reais (Brasil, 2015).

Ademais, o uso prejudicial está relacionado a limitações individuais e funcionais, além de impactos no convívio social (Silva, 2003; Tapert *et al.*, 2004). Observa-se que a precocidade do início do uso de álcool está ligada ao insucesso escolar, abandono dos estudos, aumento de comportamentos de risco e violentos sendo considerado gatilho para o consumo de outras drogas (Ferreira *et al.*, 2013; Laranjeira, Madruga e Pinsky, 2014). Além disso, os jovens usuários do álcool podem ser mais propensos a relatar agressão física quando se envolvem em brigas e tem mais pensamentos sobre violência autoinfligida (Pierobon *et al.*, 2013).

O uso de álcool está relacionado também a acidentes e mortalidade precoce (Villace, Fernandez e Costa Junior, 2013) e aumenta as chances de ocorrência de atos violentos (De Souza Vieira *et al.*, 2008; D'oliveira *et al.*, 2009; Ibge, 2010; Saúde e Departamento De Ações Programáticas E Estratégicas, 2010). A violência contra mulher é potencializada quando o consumo de álcool está envolvido (Vieira *et al.*, 2014; Lindner *et al.*, 2015) e, ainda, adolescentes que vivenciam violência intrafamiliar tendem a fazer maior uso de álcool, reproduzindo esse ciclo violência/álcool com a própria família (Miura *et al.*, 2014). A família em que um dos membros é dependente do álcool torna-se também uma família doente. As relações são conflituosas, sendo marcadas discussões, sentimentos de vergonha e insegurança causando a desestabilização de toda família (Silva *et al.*, 2011).

O Brasil levou um bom tempo até incluir as questões referentes ao uso de álcool na saúde pública. Em 2003 houve a criação da “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas”, sendo um dos objetivos descritos no documento a criação de uma rede de atenção integral a esses usuários (Saúde, 2003). A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) só veio mais tarde, em 2011. Com a institucionalização da RAPS, a Atenção Básica (AB) torna-se um dos pontos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) um local extremamente oportuno para o acompanhamento dos usuários, promoção da saúde e colaboração para a reinserção social destes sujeitos (Brasil, 2011; Minozzo *et al.*, 2014).

Para isso, o vínculo dos usuários de álcool e outras drogas com a ESF é primordial. Dos profissionais atuantes na ESF, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é fundamental para a vinculação entre os usuários e a equipe de saúde. O ACS é um profissional que transita entre a comunidade e o acesso aos serviços de saúde, revelando à equipe as reais necessidades da comunidade a que presta assistência e, por sua vez, levando até a comunidade serviços referentes à educação, à promoção de saúde e à prevenção de doenças (Camuri e Dimenstein, 2010). Dessa forma, investir no conhecimento do trabalho do ACS no âmbito da assistência aos usuários de álcool e outras drogas é fundamental, visto que ele pode ter um papel insubstituível para o sucesso das abordagens a esses usuários. Entretanto, vale ressaltar que é necessário oferecer a este profissional as ferramentas que ele precisa para sua atuação, como o conhecimento técnico através de processos de educação permanente e capacitações, que também estão descritos na RAPS (Brasil, 2011).

1.1. Breve resgate histórico das políticas de saúde mental na questão do uso de álcool e outras drogas

Historicamente, o Brasil passou por um longo processo até conseguir instituir a Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, em 2003. No início do século XX surgiram as primeiras intervenções do governo brasileiro sobre a questão do uso de drogas. Sempre pautadas no aparato jurídico institucional, as ações eram voltadas ao controle do comércio de drogas visando à segurança e manutenção da saúde no país. O consumo de álcool, por sua vez, não representava grande problema para os governantes, já que, apesar de bastante frequente, era bem tolerado na sociedade (Machado e Miranda, 2007).

Ao longo do século XX, as medidas ainda visavam o controle do consumo de drogas ilícitas. O aparato jurídico institucional era formado por leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e comércio de drogas, além de prever a exclusão dos usuários da sociedade (Machado e Miranda, 2007; Alves, 2009; Alves e Lima, 2013).

CARNEIRO, A. L. M.

Eles eram encaminhados a prisões, sanatórios e, a partir de 1970, a hospitais psiquiátricos. Foi só então que a medicina, através do arcabouço técnico-científico, passou a contribuir com a legislação brasileira. O usuário de drogas passa a ser tratado como doente e/ou criminoso. Mais tarde, além dos hospitais psiquiátricos, centros de tratamento especializados também eram usados para o tratamento desses usuários. As ações continuavam voltadas para o controle e repressão de drogas ilícitas e os centros de tratamento não atendiam alcoolistas (Machado e Miranda, 2007; Alves, 2009).

Em 1980, foi criado e regulamentado o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), que trabalhou no controle e repressão ao uso e ao tráfico de drogas. Somente após o fim da ditadura militar que surgiram práticas de prevenção, tratamento e pesquisa na área. Em 1998, o então presidente Fernando Henrique Cardoso instituiu o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), extinguindo o COFEN (Machado e Miranda, 2007; Andrade e Ronzani, 2014).

No mesmo ano ocorreu o 1º Fórum Nacional Antidrogas com a formulação da primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) do país, que foi instituída por meio de decreto oficial apenas em 2002. Até esse período, ainda não havia articulação entre os problemas das drogas e o setor público de saúde (Machado e Miranda, 2007; Andrade e Ronzani, 2014).

Ainda em 2001 foi realizado o Seminário Nacional sobre Atendimento aos usuários de Álcool e outras Drogas na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), onde foi discutida a configuração de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, visando reinserção social e reabilitação no âmbito do SUS (BRASIL, 2001). No mesmo ano acontecia também a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), onde surgiram propostas de serviços ambulatoriais com enfoque na redução de danos e de base comunitária para a reorientação da rede de atenção (Brazil e Saúde, 2004; Alves e Lima, 2013).

Em 2002 os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) e os mecanismos de financiamento do SUS para atenção aos usuários de álcool e outras

drogas são regulamentados, evidenciando, dessa forma, a inserção das questões referentes ao álcool e outras drogas na saúde mental. No mesmo ano foi instituído o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas que tinha como objetivo articular uma rede integrada de serviços extra-hospitalares com ênfase na inclusão social (Brazil e Saúde, 2004; Alves e Lima, 2013).

Apenas em 2003, o Ministério da Saúde (MS) firma o compromisso de encarar os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, sendo publicado o documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas” (Saúde, 2003). Com a publicação deste documento houve a mudança do enfoque no controle e repressão para a promoção da melhoria das condições de saúde dos usuários de álcool e outras drogas, dependentes e da população em geral (Saúde, 2003; Machado e Miranda, 2007).

Desde então, afirmou-se a responsabilidade do SUS em oferecer assistência especializada aos usuários de álcool e outras drogas, intervenção antes realizada somente por instituições não governamentais, como as comunidades terapêuticas. O Ministério da Saúde propõe a criação de uma rede de atenção integral ao usuário com a implementação do CAPS ad que tem o papel de promover a articulação entre os outros dispositivos da rede de atenção para que os usuários sejam acompanhados em sua integralidade e possam ser socialmente reintegrados (Alves, 2009).

1.2. O usuário de álcool e outras drogas na AB

Avanço positivo na atenção a questão do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS foi a criação da RAPS, por meio da portaria nº 3088 de 2011. A RAPS foi instituída como o objetivo de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes pelo uso de álcool e outras drogas, incluindo a AB como ponto de atuação na assistência a esses usuários.

CARNEIRO, A. L. M.

O hospital psiquiátrico deixa, portanto, de ser um ponto de atenção em saúde mental. O trabalho agora se volta para a utilização dos diversos pontos disponíveis nos territórios, possibilitando o resgate das potencialidades da comunidade, valorizando a construção coletiva, a troca de saberes e, assim, alcançando o cuidado (Garcia *et al.*, 2014).

Assim, a AB assume um papel especial, podendo também assistir os usuários de álcool e outras drogas, uma vez que há a possibilidade de monitoramento e acompanhamento desses usuários fora de serviços especializados na temática. É a possibilidade de assistir o usuário dentro da sua realidade e contexto social. Quando a AB assume esse compromisso observa-se a responsabilização em relação à produção de saúde, busca da eficácia das práticas e promoção da equidade, da integralidade e da cidadania, efetivando os princípios norteadores do SUS (Minozzo *et al.*, 2014).

As equipes da ESF que atuam na AB têm posição privilegiada para realizar ações de intervenção e acompanhamento diante do uso prejudicial de drogas (Moretti-Pires e Corradi-Webster, 2011). Compostas por uma equipe básica de médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS, as equipes devem trabalhar em determinado território de abrangência, sendo de sua responsabilidade prestar assistência integral a sua clientela (Saúde, 2012).

Portanto, é necessário que a equipe conheça as famílias residentes na sua área para que possa planejar e programar ações educativas – prevenção e promoção da saúde, bem como desenvolver ações intersetoriais junto a projetos e redes de apoio disponíveis (Paim *et al.*, 2012; Saúde, 2012). Essas equipes têm o potencial de trabalhar na comunidade, espaço onde as pessoas vivem e desenvolvem suas atividades. Nesse mesmo espaço encontram-se as possibilidades de produção de saúde e doença, de articular os saberes e a cultura local e intervir diante dos fatores de risco que a comunidade está exposta, como os problemas relacionados à saúde mental (Dimenstein *et al.*, 2009).

A equipe da ESF realiza atendimentos assistenciais individuais, que são maioria, e atendimentos em grupo. As demandas da saúde mental referem-se, em grande parte, a atendimento a usuários de álcool e outras drogas, depressão, egressos de

CARNEIRO, A. L. M.

hospitais psiquiátricos, transtornos do humor e de ansiedade, entre outros (Camuri e Dimenstein, 2010).

Observa-se, também, que grande número de usuários faz solicitação para renovação de receita de psicotrópicos de forma indiscriminada, descolando-se até a unidade apenas para isto. Assim, a equipe acaba não acompanhando esses usuários, apenas atendem às suas solicitações quanto à renovação de receitas e, se o caso é considerado grave, os usuários são encaminhados aos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou para o psiquiatra, caso exista um na unidade (Camuri e Dimenstein, 2010).

Apesar de ter um grande potencial de trabalho, os profissionais da ESF esbarram na dificuldade relacionada aos saberes biomédicos quando o atendimento é referente à saúde mental. As equipes acabam não acolhendo a demanda da saúde mental e encaminham esses usuários aos serviços de psiquiatria, entendendo que é deles o poder da cura. Atuando dessa maneira, os trabalhadores acabam enraizando a não responsabilização por esses usuários (Camuri e Dimenstein, 2010; Arce, Sousa e Lima, 2011).

Eles não planejam e não articulam estratégias para o atendimento dessa demanda em seu território, impossibilitando a formação do vínculo desse usuário com a equipe da ESF, que deveria ser a referência para qualquer usuário. Nestes casos, o ACS é a peça fundamental para mediar a formação do vínculo entre o usuário e a unidade de saúde (Camuri e Dimenstein, 2010; Arce, Sousa e Lima, 2011).

1.3. A figura do ACS na AB

O ACS, devido as suas atividades cotidianas e ao seu envolvimento com a comunidade, tem a possibilidade de se aproximar dos usuários que necessitam de atendimentos voltados para a saúde mental de maneira linear e horizontal, já que este profissional também é da comunidade e vivencia as mesmas experiências que esses usuários. Dessa forma, são elementos principais na articulação da equipe da ESF com a comunidade (Camuri e Dimenstein, 2010).

CARNEIRO, A. L. M.

O ACS, figura que passou por um longo percurso até ser inserida ESF, é de extrema importância e desempenha diversos papéis. A primeira experiência com agentes de saúde no Brasil se deu no Ceará, em 1987. Em decorrência da seca, o governo criou um Programa de Emergência que ocorreu entre junho de 1987 e junho de 1988, quando foram contratadas seis mil mulheres do sertão cearense. Era preciso promover ações que possibilitassem a melhoria dos indicadores alarmantes de saúde materna infantil, tais como redução do risco de morte ligado ao parto e neomortalidade, aumento do índice de aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de idade e redução das mortes causadas por diarreia. A ideia era melhorar a capacidade da comunidade em cuidar da própria saúde. (Minayo, D'elia e Svitone, 1990; Ávila, 2011).

As agentes selecionadas para o trabalho eram as mulheres pobres, conhecidas e respeitadas na comunidade, independente da escolaridade. Foi um programa com mão de obra não capacitada, mas era uma maneira de garantir a essas mulheres um salário durante o período da seca. Além de que o trabalho das agentes pôde contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde locais e para promoção, organização e colaboração para o desenvolvimento social da comunidade (Ávila, 2011).

Em 1988, com grande repercussão do trabalho realizado pelas agentes de saúde, o governo do Ceará decidiu pela dissolução do Programa de Emergência, contudo através do Decreto nº 19.945, de janeiro de 1989, institucionalizou um novo programa: o Programa Agentes de Saúde (PAS) regulamentado pela Portaria nº 232 de 20 de abril de 1992 (Ávila, 2011).

A partir da experiência de sucesso das agentes de saúde no Ceará e devido a grande repercussão nacional do trabalho, no início dos anos 90 surgia o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O programa, instituído e regulamentado em 1997, de amplitude nacional seguia a mesma linha do extinto PAS: incentivar o autocuidado e responsabilização pela própria saúde e melhorar os índices de morbimortalidade materno infantil. A meta era que os agentes pudessem contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde e integração de outros profissionais, conectando unidades de saúde e comunidade (Saúde, 2001; Lunardelo, 2004).

CARNEIRO, A. L. M.

Os agentes do PACS eram orientados e supervisionados por um enfermeiro lotado em uma unidade de saúde (no máximo 30 ACS por enfermeiro). Era responsabilidade de o enfermeiro capacitar os ACS de acordo com a demanda e identificação de problemas nas comunidades de atuação. O PACS foi então um importante precursor do PSF (Programa Saúde da Família) e estratégia para melhoria e consolidação do SUS (Saúde, 2001).

Atualmente o ACS está inserido na equipe ESF e, desde 2002, é uma categoria profissional caracterizada pelo desenvolvimento de ações voltadas para prevenção da doença e promoção da saúde (Brasil e Saúde, 2002). O ACS, além das ações voltadas para saúde e por residir na comunidade, conhecer a área em que irá trabalhar, ser o primeiro elo entre serviço e comunidade é um ator de enorme importância dentro da equipe (Brasil e Saúde, 2002; Gomes *et al.*, 2010; Saúde, 2012).

São atribuições deste profissional atuar em vários momentos, além do que é estabelecido pelo Ministério da Saúde, com a intenção de proporcionar aos usuários do serviço respostas positivas as suas solicitações, que algumas vezes vão além do setor saúde, extrapolando o preconizado e flexibilizando suas ações (Pinheiro *et al.*, 2004). Desta forma evidencia-se que, de acordo com a legislação, o ACS possui uma abordagem bastante ampla na perspectiva da assistência a saúde, entretanto, não recebe informações suficientes acerca de temas importantes para o desenvolvimento do seu trabalho, como drogas, desemprego, violência e etc. (Grajaú, 2013).

O papel desempenhado pelo ACS é bastante intrigante. Ele é um sujeito da comunidade que vivencia saberes e práticas populares, entretanto tem sua formação a partir de um modelo baseado em referenciais biomédicos. Tal contradição tem a capacidade de gerar uma discussão profunda entre os diferentes saberes, o que pode ser ora facilitador, ora empecilho para o processo de reorganização e implantação de um novo modelo assistencial; do qual o ACS é peça fundamental. Somado a isso, há uma dualidade referente à questão da aquisição dos saberes biomédicos, já que tais saberes representam um status superior ao dos saberes populares, contribuindo para que o ACS seja uma figura de ainda mais destaque na

CARNEIRO, A. L. M.

comunidade, mas podem causar ansiedade quando comparado ao conhecimento dos outros profissionais da equipe (De Oliveira Nunes *et al.*, 2002).

Tal ansiedade fica evidente em sentimentos de desvalorização e exclusão percebidos pelo ACS, como mostra os achados de um estudo, onde estes, por não serem considerados profissionais de nível superior, que não exercem um trabalho técnico, sentem que não fazem parte do corpo da equipe (Grajaú, 2013). Ele é trabalhador e usuário do sistema, atende as demandas e vive na comunidade. Este sentimento reflete a característica genérica deste profissional, já que realiza tarefas não restritas ao campo da saúde. O ACS possui atividades ancoradas no seu perfil social, que vem da linha da liderança comunitária e iniciativas da ajuda solidária nas comunidades que atuam (Nogueira, Silva e Ramos, 2000).

Observa-se que o ACS desempenha desde atividades que agiliza o trabalho da equipe como, por exemplo, dar recados aos usuários, entregar encaminhamentos até a adequação de ações de cuidados em saúde ao trabalho desenvolvido pela unidade, já que eles conseguem aproximar a equipe de saúde e comunidade. E o contrário também é evidente, o ACS é a primeira figura reconhecida pelo usuário dentro da equipe. O ACS pode ser um trabalhador estratégico, caso suas ações sejam voltadas para dimensões política e social do trabalho em saúde (Rosa, Cavicchioli e Brêtas, 2004; Sakata e Mishima, 2012).

Um estudo realizado com ACS dos Núcleos de Saúde da Família ligados a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (FMRP-USP) identificou o ACS como uma figura realizadora de um trabalho complexo, pois é um sujeito mediador. Ele se responsabiliza pelo projeto do qual faz parte e apresenta sentimentos ambíguos em relação ao seu trabalho, de satisfação ou insatisfação (Lunardelo, 2004).

No que tange ao trabalho do ACS nas ações voltadas para saúde mental, estudo que buscou identificar as representações sociais dos ACS de uma equipe da ESF sobre transtorno mental evidenciou que as representações ainda estão ancoradas no paradigma psiquiátrico tradicional. Os agentes percebem o portador de sofrimento mental como incapaz e sem possibilidade de ter autonomia, sendo o manicômio o lugar ideal para essas pessoas. Evidenciou-se, também, que os agentes acreditam que é impossível o portador de sofrimento mental ser incluído

socialmente, além da confusão que existe entre ser portador de sofrimento mental e ter deficiência mental. Uma das representações encontradas foi de que o transtorno mental é causador de um grande sofrimento psíquico. Esse resultado evidencia que há a possibilidade da assistência solidária, uma vez que o agente compreende o estado subjetivo do portador de transtorno mental (Pereira *et al.*, 2007).

Em estudo realizado em um Distrito Sanitário de Salvador – BA com ACS de equipe da ESF e do PACS encontrou-se resultados interessantes no que diz respeito a construção de saberes relativos a saúde mental na prática desses profissionais. Os resultados mostraram que os ACS constroem uma relação com a família do usuário portador de sofrimento mental e, então, conseguem chegar ao usuário e estabelecer o vínculo. Outro fator de grande importância é o conhecimento do local onde trabalham. Os agentes relatam que vivenciam o mesmo cotidiano que os usuários, já que eles também são da comunidade. Eles conseguem enxergar o processo de adoecimento “de dentro”. Por fim, os agentes adquirem com a prática a habilidade da escuta. Eles dizem parar para escutar o usuário e a família, sem orientação ou supervisão da equipe – as suas crenças e convicções se tornam instrumento de trabalho (Santos e Nunes, 2014).

Nos últimos dois estudos supracitados os autores encontraram resultados semelhantes no que se refere a necessidade de que esses profissionais sejam preparados e capacitados para lidar com a demanda de saúde mental. Para atender a essa necessidade, recorrente na prática das equipes da ESF, uma psiquiatra realizou rodas de conversa com os agentes comunitários. Nas rodas eram discutidos os casos levados pelos ACS e, dessa forma, foram aprendendo os conceitos básicos em saúde mental e possibilitando a construção do saber acerca do papel e da identidade do ACS na comunidade. O trabalho, que durou um ano, foi fundamental para que os agentes desenvolvessem a habilidade de lidar com aspectos subjetivos dos usuários e deles mesmos (Rios, 2007).

O ACS constrói seus conceitos sobre pessoas com transtornos mentais pautados nos saberes locais, que são muito próximos do senso comum. Entretanto, eles vêm se apropriando dos princípios e conceitos consonantes a Reforma Psiquiátrica e, assim, eles se tornam atores importantes na reorientação da atenção em saúde mental na atenção básica. Eles conseguem vincular os saberes e práticas populares

CARNEIRO, A. L. M.

à equipe da ESF, possibilitando a articulação de estratégias importantes para a atenção em saúde mental (De Barros, Chagas e De Araújo Dias, 2009).

Vê-se então, que a capacitação desses profissionais é de extrema importância para sua atuação na atenção a saúde mental. A formação que além de ser precária, é baseada no saber médico, direciona as ações para a dependência e não para a prevenção dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Ronzani, Mota e Souza, 2009; Moretti-Pires, Corradi-Webster e Furtado, 2011; Vargas e Duarte, 2011; De Paula Kanno, Bellodi e Tess, 2012).

Dessa forma, capacitar os profissionais levando em consideração as possibilidades e problemas encontrados na prática e na realidade em que atuam faz-se extremamente necessário. A partir disso, é possível orientar esses profissionais a buscarem soluções para o enfrentamento das dificuldades de forma resolutiva (Da Costa *et al.*, 2015). Assim, a Educação Permanente é uma estratégia que, além de ser fundamental para as transformações do trabalho, está prevista na portaria 3088 como um dos objetivos da RAPS. É através da formação permanente dos profissionais que se torna possível a atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (Ceccim, 2005).

Um trabalho realizado com enfermeiras em três municípios da Zona da Mata de Minas Gerais analisou as práticas destas profissionais referentes a prevenção do uso de risco de álcool e outras drogas. Foi comparada a prática de enfermeiras que foram capacitadas presencialmente e a distância com a prática de enfermeiras que não receberam capacitação. Evidenciou-se a que capacitação contribuiu para a mudança de visão das profissionais, deixando o campo moral e levando em consideração os outros fatores que contribuem para o desencadeamento do uso de álcool e outras drogas (De Souza e Ronzani, 2012).

Outro trabalho, que teve como objetivo avaliar as transformações relativas a concepções e práticas dos ACS que participaram de processo educativo acerca de ações voltadas a pessoas que consomem drogas de forma prejudicial. Os resultados mostram que antes de participarem do processo, os ACS tinham uma visão moralizadora dos usuários de drogas, sendo enquadrados nos estereótipos socialmente disseminados que produzem o senso comum nessa temática. Após o

CARNEIRO, A. L. M.

processo educativo, os ACS passaram a compreender o usuário de drogas como um sujeito aflito, que passa por dificuldades e encontra no consumo e no tráfico de drogas uma solução para os problemas de cunho emocional, social e financeiros (Cordeiro *et al.*, 2014).

Em relação às práticas, antes do processo educativo, os agentes acreditavam existir poucas opções de abordagem e ações diante desses usuários, além do medo de se aproximar deles. Dessa forma, eles naturalizavam ou ignoravam o consumo de drogas na comunidade. Após o processo de educação os agentes passaram a pensar de forma mais crítica quanto ao processo do uso de drogas e da atuação do Estado frente a esse problema, acreditando ser possível superar as práticas dirigidas pelo paradigma de “guerra as drogas” (Cordeiro *et al.*, 2014).

Além de serem capacitadas, para que as equipes da ESF consigam atuar e desenvolver um trabalho em consonância ao esperado e previsto na RAPS, é primordial que recebam apoio e trabalhem próximos aos profissionais da saúde mental – Apoio Matricial (AM). O trabalho de maneira integrada dessas equipes potencializa o cuidado oferecido a esses usuários, o que aumenta a qualidade de vida deles e da comunidade em que vivem. Além de serem capazes, dessa forma, de fazer melhor uso dos recursos disponíveis, aumentando as habilidades e satisfação dos trabalhadores (Minozzo *et al.*, 2014).

O AM foi a maneira encontrada pelo MS de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica, visto que a mesma não avançaria sem a participação da AB. Entretanto, é sabido que os profissionais da AB sentem-se despreparados e desamparados quanto a assistência a saúde mental. Dessa forma, o matriciamento fornece o suporte técnico necessário às equipes da AB para que possam atuar de maneira eficaz e segura junto aos usuários da saúde mental (Campos e Domitti, 2007; Dimenstein *et al.*, 2009).

O AM busca superar a lógica de encaminhamentos indiscriminados através da ampliação da clínica das equipes da ESF, articulando os cuidados em saúde mental à AB. O efeito disso é a corresponsabilização entre as equipes da ESF e de saúde mental, alcançando maior resolutividade na assistência prestada. O AM se dá nas dimensões do suporte assistencial, que atua em ação clínica direta com os usuários,

e do suporte técnico-pedagógico, que fornece apoio educativo para a equipe (Minozzo *et al.*, 2014).

No momento em que a equipe de ESF, referência responsável por conduzir determinado caso, se depara com dificuldades e limites para conduzi-lo, ela solicita o AM aos profissionais de saúde mental, que são os apoiadores. Esses profissionais podem contribuir agregando saberes à equipe de referência, através de intervenções como discussão do caso clínico, atendimentos e intervenções conjuntas e atendimentos programados, aumentando a capacidade da equipe de referência em resolver problemas (Campos e Domitti, 2007; Minozzo *et al.*, 2014).

Entretanto, na prática, o matriciamento ainda não ocorre da maneira prevista. O atendimento ainda é fragmentado e hierarquizado, o que alimenta a lógica dos encaminhamentos aos profissionais especialistas. Ainda ocorre o encaminhamento do usuário e sua “perda”, uma vez encaminhado a outro serviço, o usuário perde a referência na AB. Além do fato de que alguns profissionais da AB desconhecem a proposta do AM, chegando até a achar que se trata de apoio emocional aos profissionais da AB (Dimenstein *et al.*, 2009). Dessa forma, para que o AM funcione, não depende apenas dos serviços de referência que desejam e necessitam articular essa parceria. É preciso que os apoiadores estejam disponíveis e dispostos a atender as solicitações das equipes de referência. Uma maneira de incentivar essa atividade é prevendo o AM em contrato de serviço, que é elaborado pelos gestores (Cunha e De Sousa Campos, 2011).

2. JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, o cuidado a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas pode e deve ser realizado na AB, conforme previsto na RAPS. Nesse sentido, uma das maneiras de prevenção do uso de álcool e promoção do cuidado é a proximidade com a comunidade, local em que o usuário de álcool consegue ser socialmente incluído.

Assim, o ACS é o profissional pertencente à ESF que possui maior envolvimento na comunidade, tendo contato direto com a família e com o usuário de álcool, servindo como forte elo de comunicação entre estes e a equipe de saúde. A partir destas considerações é importante investigar o significado do uso de álcool e da assistência prestada pelo ACS, já que este profissional lida com as particularidades dos problemas causados pelo uso da droga. Além disso, ressalta-se a importância de conhecer os significados frente aos estigmas e preconceitos que geralmente estão vinculados aos usuários de álcool, já que estes fatores podem interferir na assistência prestada pelo ACS.

3. OBJETIVO

CARNEIRO, A. L. M.

Descrever e analisar o discurso de Agentes Comunitários de Saúde sobre o uso de bebidas alcoólicas e a assistência prestada na Atenção Básica em cinco municípios da região central do Estado de Santa Catarina.

4. MÉTODO

4.1. Tipo do Estudo

A pesquisa qualitativa busca compreender o significado que determinado fenômeno ganha para quem o vivencia, possibilitando conhecer as vivências profundamente e que representações os sujeitos tem de tais vivências. A presente pesquisa, de acordo com sua forma de abordagem, constitui-se como qualitativa, pois considera que entender o significado das vivências que permeiam o processo saúde-doença contribui para a melhoria da qualidade da assistência prestada a usuários e suas famílias e para adesão desses usuários ao tratamento e atividades propostas no âmbito social e de saúde. É importante entender tais significados, já que eles passam a ser compartilhados por uma mesma cultura, organizando um grupo social acerca dessas representações. Ressalta-se, também, a importância de entender mais profundamente certos significados das vivências dos profissionais de saúde, visto que eles estão diretamente ligados aos fatores que contribuem para o processo saúde-doença (Turato, 2005).

Esta investigação propõe ao pesquisador aspectos fundamentais como, abertura, flexibilidade, interação, capacidade de observação tanto com o investigado, como os atores sociais envolvidos. Os estudos de cunho qualitativo possibilitam a apreensão e a análise da realidade que, dada a sua dinâmica e complexidade não se deve limitar à quantificação dos eventos (De Souza Minayo, 2008).

Tem como objetivo, ser uma pesquisa descritiva, pois visa descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, como questionários e observação sistemática. A pesquisa descritiva observa as características de determinada população, suas opiniões, atitudes e crenças (Gil, 1995).

4.2. Local do Estudo

O estudo foi realizado na Região Alto Uruguai Catarinense, na região central do Estado de Santa Catarina. A região é composta por 16 municípios, totalizando uma população de 154.737 habitantes (Ibge, 2010). O município de Concórdia, que possui 68.469 habitantes, cumpre o papel de município polo por conta dos melhores desempenhos na esfera econômica e nos serviços prestados a população; embora a média populacional dos dezesseis municípios seja de 8.097 habitantes.

Os dados foram coletados nos municípios: Alto Bela Vista, Arabutã, Seara, Peritiba e Presidente Castello Branco. Devido às características epidemiológicas dos profissionais de saúde que trabalham nestas localidades.

A colonização germânica é uma característica presente na região. Observa-se, então, grande número de igrejas cristãs, uso da língua alemã na comunicação diária e elevado número de festividades nas áreas rurais, onde há um alto consumo de bebidas alcoólicas (Catarinense, 2011).

O município Alto Bela Vista possui 2005 habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,795 e Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS) de 6,99; possui uma unidade de saúde da família na região central da cidade e duas unidades no interior no município. O município de Arabutã tem 4193 habitantes, IDH de 0,812 e IDSUS de 6,42; conta com uma unidade de saúde da família na região central e uma unidade avançada no interior do município. O município de Seara possui 16.922 habitantes, com cinco unidades de saúde da família; o IDH é de 0,892 e o IDSUS de 6,85. Peritiba possui 2.988 habitantes, IDH de 0,81 e IDSUS de 6,70; uma unidade de saúde da família, que cobre 100% da população, uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF/SC) e um hospital de pequeno porte que realiza atendimentos de média complexidade e é referência para outros municípios da região. Por fim, o município de Castello Branco possui 1.725 habitantes, IDH de 0,832 e IDSUS de 7,04 e conta com uma unidade de saúde da família (Ibge, 2011; Reisdorfer, 2013).

4.3. População e Amostra

Esse estudo é um recorte de uma pesquisa realizada com 39 profissionais da saúde no primeiro semestre de 2012 por Reisdorfer (2013), sendo estes: ACS; Técnicos em Enfermagem; Enfermeiros, Médicos; Odontólogos; Nutricionistas; Farmacêuticos; Psicólogos e Assistentes Sociais. A população deste estudo foram os ACS atuantes na Estratégia de Saúde da Família dos municípios Alto Bela Vista, Arabutã, Peritiba, Presidente Castello Branco e Seara, constituindo um número de 14 profissionais. A amostra de 14 participantes se manteve no início até o final dessa pesquisa, sem desistentes.

Em cada localidade, aos coordenadores de saúde foram esclarecidos os objetivos do trabalho e identificados os interessados, contatados previamente através da coordenadora regional de saúde da família e na sequência, pela pesquisadora.

A população do estudo foi definida a partir dos padrões do uso de álcool e tabaco identificados na etapa quantitativa do trabalho ampliado. Em cada município, a pesquisadora buscou incluir a maior variabilidade possível de padrões do uso de substâncias (Reisdorfer, 2013).

4.4. Critérios de Exclusão e Inclusão

Os critérios de inclusão são: ser ACS da secretaria municipal de saúde inserido na Estratégia de Saúde da Família ou no Núcleo de Apoio a Saúde da Família; ter participado da etapa quantitativa de pesquisa realizada em 2011 por Moretti-Pires e aceitar responder ao questionário (Reisdorfer, 2013).

O critério de exclusão é estar em processo de desligamento das atividades durante o período da coleta de dados.

4.5. Procedimento de Coleta de Dados

4.5.1. Instrumento de Coleta

Foi utilizada a entrevista semiestruturada, com roteiro elaborado pela pesquisadora como técnica de coleta de dados. Foi requisitado o consentimento dos sujeitos para utilização do gravador durante as entrevistas, a fim de facilitar a obtenção das informações e a síntese para posteriormente agrupá-las em categorias.

A entrevista semiestruturada é composta por uma seqüência de perguntas abertas e fechadas respondidas pelos próprios sujeitos. Tais questões possuem caráter norteador de forma a permitir ao entrevistado discorrer livremente sobre a temática proposta; sendo considerado o melhor meio para obtenção de informações acerca das experiências, já que um dos fundamentos da pesquisa qualitativa é sua abordagem que procura descrever e analisar uma cultura sob o olhar dos sujeitos da pesquisa (Turato, 2005; Lakatos e Marconi, 2010).

4.5.2. Coleta dos Dados

Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2012 por pesquisadores treinados sem qualquer vínculo com os serviços de origem dos participantes. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, perfazendo uma duração média de 25 minutos.

As entrevistas foram iniciadas com questões gerais (norteadoras), relacionadas ao uso de álcool para facilitar a formação de vínculo com o entrevistado. Foram perguntas como: *“Como você percebe o uso de SPA nesta comunidade? Você realiza atendimento a pacientes usuários de álcool?”*. Além destas questões pré-definidas, outras foram incorporadas de acordo com o surgimento de questões relevantes durante a coleta dos dados (ANEXO A).

As entrevistas foram realizadas por pesquisadores que estiveram imersos no campo da pesquisa, realizando comparação constante a partir da escuta ativa das entrevistas e observação do contexto da coleta (Reisdorfer, 2013).

4.6. Análise e Tratamento dos Dados

Os dados foram analisados pelo Método de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2009), tal método consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens com a finalidade de buscar deduções lógicas sobre o fenômeno que se deseja estudar. Esta técnica se mostra mais adequada ao tipo de estudo proposto, já que seus métodos conduzem a uma avaliação mais profunda das falas dos sujeitos e se entende que a pesquisa qualitativa reúne vasta informação e exige habilidade para sistematizar as informações colhidas.

Assim, de posse das entrevistas transcritas, a pesquisadora atribuiu um código alfanumérico com a seguinte ordem a cada entrevista: E (entrevista) e um algarismo arábico na sequência das entrevistas, a ordem foi aleatória. Foi realizada a pré-análise, que consistiu na leitura exhaustiva dos relatos, possibilitando a proximidade com o material e o levantamento das primeiras hipóteses que nortearam a interpretação do material (Bardin, 2009).

Após a leitura e conhecimento do material, foi realizada a exploração do mesmo. Os relatos foram agrupados em dois grandes temas - Compreensão acerca do uso de álcool e Compreensão do ACS acerca da assistência prestada por eles aos usuários de álcool na APS, que deram origem aos grandes eixos temáticos: Percepções acerca do uso de álcool na comunidade, Motivos que levam o sujeito a beber, Parar de beber, Percepções em relação ao usuário de álcool, Trabalhando/abordando a temática “uso de álcool”, Conhecimentos/Informações sobre tratamentos no município, Participação em capacitação sobre uso de álcool e Atendimento ao usuário de álcool. A partir daí, os trechos das entrevistas foram agrupados de acordo

CARNEIRO, A. L. M.

com uma ideia em comum que melhor os representava, tal processo é a codificação dos dados (Bardin, 2009).

5. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu à Resolução número 196 de 10 de outubro de 1996¹ do Conselho Nacional de Saúde (Brasil e Saúde, 1996), envolvendo seres humanos, garantindo aos entrevistados o anonimato e assegurando o direito de desistirem da pesquisa a qualquer momento, se assim o desejassem. Ressalta-se que cada sujeito assinou um termo de consentimento pós-esclarecimento, detalhando objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo, sendo-lhes assegurados que sofreriam danos físicos, não seriam intimidados a responderem o que não estiverem dispostos, nem sofreriam perda de privacidade, nem custo financeiro; quanto aos benefícios poderiam ter oportunidade de estar discutindo a temática com o pesquisador e o grupo. O projeto foi encaminhado para a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob número de processo 1043 em 13 de dezembro de 2010 (ANEXO B).

¹ A resolução vigente para pesquisa com seres humanos é Resolução número 466 de 12 de dezembro de 2012, entretanto no período da coleta de dados a resolução vigente era a Resolução número 196 de 10 de outubro de 1996.

6. RESULTADOS

6.1. Caracterização dos participantes do estudo

A maioria dos participantes foi do sexo feminino (92,9%), casados (85,7%) e com ensino médio completo (78,6%); concentrados na faixa etária dos 30 aos 40 anos. A maioria trabalha como ACS há mais de 3 anos (78,6%), o que contribui para que eles conheçam mais profundamente a realidade e situação de saúde das comunidades que atuam.

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica dos ACS da região da AMAUC – 2012

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	13	92,9
Masculino	1	7,1
Faixa Etária		
Até 30 anos	5	35,7
Entre 31 e 40 anos	4	28,6
Mais de 41 anos	5	35,7
Escolaridade		
Fundamental incompleto	3	21,4
Médio completo	11	78,6
Estado Civil		
Casado ou com companheiro	12	85,7
Solteiro	1	7,1
Divorciado	1	7,1
Tempo de Trabalho na profissão		
Até 3 anos	3	21,4

Mais de 3 anos	11	78,6
Tempo de Trabalho no município		
Até 3 anos	3	21,4
Mais de 3 anos	11	78,6
Uso de tabaco atual		
Não	13	92,9
Sim	1	7,1
Uso Problemático de Álcool		
Não	13	92,9
Sim	1	7,1

A maior parte dos participantes não faz uso do álcool de forma problemática. Quanto ao uso de tabaco, a prevalência encontrada foi baixa durante a etapa quantitativa do trabalho de que este estudo faz parte, a pesquisadora encontrou dificuldades para encontrar os profissionais usuários de tabaco, pois eles encontravam-se dispersos nos 12 municípios onde a primeira etapa foi realizada.

6.2. Categorias e subcategorias reveladas a partir das entrevistas

A análise dos dados qualitativos evidenciou duas categorias e quatro subcategorias conforme apresenta o Quadro 1.

Quadro 1. Distribuição das entrevistas de acordo com as categorias e subcategorias respectivamente.

Percepção do uso de álcool	
Subcategorias	Entrevistados

O uso de álcool como padrão cultural	E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E12
O problema definido pela repercussão social	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E10, E11, E12, E13

Práticas e Crenças do ACS frente ao uso de álcool

Subcategorias	Entrevistados
Prática despotencializada	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E12, E14
Prática baseada em crenças	E1, E2, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E12, E14

6.2.1. Percepção do uso de álcool

6.2.1.1. Uso como padrão cultural

O uso de álcool se dá de diferentes maneiras, dependendo do contexto social em que se desenvolve. Cada comunidade tem uma relação própria com o álcool e outras drogas, que varia de acordo com a maneira que esse uso é construído socialmente e com o papel que o consumo dessas substâncias tem na socialização e na dinâmica da comunidade.

Os agentes apontam que uso de álcool é predominantemente realizado nas festividades que acontecem durante os finais de semana, e que atraem pessoas de diferentes faixas etárias e de comunidades próximas.

Geralmente é todo fim de semana que tem festa. Às vezes não aqui, mas na cidade próxima, sempre vão. Mas também não sei se é exagerado o consumo, mas digamos todo fim de semana bebem. E10

(...) e a gente percebe isso também nos próprios filhos, que quando vão pra festa bebem mais... E7

Os entrevistados percebem o uso de álcool como fator indispensável para o acontecimento de uma festa ou evento.

(...) o alcoolismo na região, tu sabe tem Kerb, tem Oktober, a piizada assim, gente é o terror. Tu não consegue imaginar uma festa sem álcool... como é que eu faço festa sem álcool? Ou então festejar o final de ano sem um banho de champanhe... E5

O uso de álcool é percebido como exagerado durante as festas que acontecem no final de semana.

(...) mas quando vão pra uma festa... muitas vezes o uso da bebida é exagerado... E7

Assim, durante a semana a gente vê pouco, mais são nas festas que daí o pessoal abusa bastante, querem tomar todas... E2

Entretanto, acham normal o consumo da bebida quando as pessoas recebem visitas em casa, tendo o consumo em casa como não exagerado.

(...) ou mesmo quando tem visita em casa, uma cervejinha é normal... E9

Desde cedo as pessoas participam das festas tradicionais das comunidades, onde o consumo de álcool é frequente e bastante natural.

Eu acho que um pouco e a cultura do povo... por que tu vê em festas, a cerveja é a cultura do povo daqui... nas festas de igreja, do Kerb... cerveja sempre, por que quando não vende cerveja é por que não deu festa boa. Sabendo que aquilo é problemático, que pode até levar a um problema sério, mas a tradição é essa: sem cerveja

não é festa... E9

De acordo com os relatos dos ACS, o consumo de bebida alcoólica é algo inerente ao contexto em que atuam e caracteriza o comportamento festivo esperado daquela população.

6.2.1.2. O problema definido pela repercussão social

É possível observar nas falas dos entrevistados que eles não conseguem definir com clareza as diferenças dos padrões de uso do álcool do indivíduo que faz uso do álcool em casa, do indivíduo que frequenta o bar da comunidade diariamente e o indivíduo que faz uso exagerado do álcool em festas. A partir do momento que o uso passa a ter um significado problemático, o usuário de álcool é excluído e torna-se alvo de críticas e preconceito. É importante observar essa dificuldade, pois essa questão é essencial para direcionar o trabalho do agente e da equipe de saúde diante do uso prejudicial de álcool. A noção de problema está relacionada à repercussão social do comportamento do sujeito sob efeito de bebida alcoólica.

Eles relatam “ter” um ou outro caso de alcoolista em cada microárea. As pessoas que fazem uso abusivo em casa ou de alguma maneira, que não é percebido como alcoolismo, são vistas como aqueles usuários “normais”, os quais consomem o álcool de forma esperada para os padrões da comunidade.

(...) mas são dois ou três casos de alcoólatras mesmo, não são muitos... e o resto bebe mas, bebe socialmente, tipo assim, de vez em quando faz alguma coisa... E5

é frequente, mas não que tenha alcoólatra, que bebe todo dia, que precisa de beber todo dia... na minha microárea pelo menos não tem nenhum, mas a gente sabe que na cidade tem. E10

Sim, tenho esse um... que eu sei mesmo, que é verídico... E8

Os ACS relatam que o uso de álcool tem acontecido cada vez mais cedo, sendo motivo de grande preocupação entre os agentes de saúde. Eles relatam que o uso

entre idosos já é conhecido e, portanto, tornou-se comum, não sendo mais um motivo de grandes preocupações ou ações de saúde específicas.

Dos jovens, que nem as pessoas mais velhas são aquelas que a gente sabe e deu. Não são muitos os casos, ter tem, aqueles casos que de vez em quando saem e enchem a cara, bebem praticamente diariamente. Agora os jovens, é todo dia que ta surpreendendo mais... E1

A gente até comenta na saúde, a gente até percebeu que está aumentando muito... até meio preocupante assim, por que muito são novos, até menores de idade... agora até tem a lei que não pode ficar na rua até tarde, então deu uma diminuída, mas mesmo assim, a gente vê que tem bastante jovem consumindo... E10

Os relatos mostram que os agentes se preocupam com o fato de os jovens começarem a fazer o uso de álcool tão precocemente e com os danos que podem ocorrer futuramente, já que são esses jovens que formarão uma família, terão filhos e responsabilidades da vida adulta.

do álcool também, a gente encaminha... por que a gente começa a ter a juventude com mais violência... o recém casado, a criança, a gente vem junto levando, buscando informação e levando orientação para as pessoas que estão assim na equipe... E11

Os relatos mostram que os ACS, além de perceber o importante papel da família para ajudar o usuário em busca de tratamento, percebem também o quanto o uso abusivo de álcool interfere nas relações e dinâmica familiar.

não é só quem sofre, quem bebe, a família que sofre junto... E12

De repente uma pessoa que não teve muito o que escolher na vida, de repente se botou ali por um problema e esse problema acabou passando e ele agora continua no uso... e acaba estragando a vida, relação familiar, a gente percebe que as vezes ocorrem umas discussões, mas nunca agressão, mas discussão por causa da bebida mesmo... as vezes está destruindo a família... E8

Diante dessas colocações, observa-se que existem critérios sociais e culturais determinando o que o ACS define como problema frente ao consumo de bebida alcoólica. Entre estes critérios, ressalta-se a ênfase que os profissionais dão às consequências para a família e outras perdas vivenciadas pelos usuários com base nas repercussões sociais.

6.2.2. Práticas e crenças do ACS frente ao uso de álcool

6.2.2.1. Prática despotencializada

Nos relatos dos ACS é possível perceber que o uso de álcool é um assunto de difícil abordagem, seja numa visita ou conversa informal. É um tema pouco falado pelos moradores. As pessoas sabem que o problema existe, mas evitam ou não falam sobre ele.

Não, eu acho que isso é uma coisa bem fechada... até por causa de assumir que e alcoólatra ou assumir que está bebendo muito, acho bem difícil até por ser uma cidade pequena, medo de alguma repressão, não sei, não é comentado... ninguém fala muito sobre isso, não... meio escondido... E10

(...) por ser cidade pequena eu acho que tem muita vergonha da exposição, acho que é isso... E10

(...) tipo assim, eles fumam, ele tomam, mas a gente não tem tanto conhecimento... em um levantamento , a gente pergunta “você fuma?” sim, “você bebe?” sim, mas assim se você vai fazer a visita, as vezes você nem descobre que a pessoa toma, é mais complicado de você perceber isso... E6

Os agentes temem a reação dos usuários e a rejeição em próximas visitas, além de não se sentirem bem ao abordar a temática.

Eu tenho pessoas é preciso cuidar muito, a questão de chegar diretamente, que eles se ofendem e acabam, daí tem que voltar no outro mês, tem que bater na mesma porta, tem que cuidar muito com que você fala e como que você fala. E1

Olha pra ser sincera contigo eu não me sinto muito bem, por que querendo ou não eles estão na casa deles e você está lá. Eu prefiro, não gosto de comentar muito desse assunto que a gente... por causa dessa aceitação que a gente sabe que não tem, que eles não gostam, então é um assunto que eu não gosto de falar, não me sinto tão bem quanto com os outros assuntos, que muitas vezes os outros assuntos eles levam na brincadeira, comentam, e tal. Esse já é mais reservado, eles dizem “cada um é cada um”, então... E4

Vê-se que eles reconhecem a necessidade da realização de abordagens acerca da temática e que achariam mais fácil se o tema fosse discutido em palestras para todos, ao invés de o ACS ter que abordar uma família ou pessoa específica por conta de problemas relacionados ao uso de álcool.

aí eu acho q a gente teria que fazer, sei lá qual o trabalho também, não sei o que a gente poderia fazer. Por que ta aumentando muito... E1

Um trabalho também falando sobre tudo isso, drogas, álcool e fumo. Acho que se tivesse um trabalho bem feito, até diminuiria. E2

Se tivesse alguma família que costuma beber “bastantinho” em festas, já diminuiria. Explicando tudo bem certinho, o que não pode dar, por que mesmo que bebe só fim de semana pode sentir mais vontade, pode dar algum problema também, e não só no fim de semana durante a semana também. A gente passando algum assunto, explicando bem certinho, eles parariam mais de beber... E2

Eu acho que a gente poderia fazer palestras, convidar todo mundo, falar mais sobre isso, incentivar a pessoa a não tomar... por que isso ajuda bastante. E12

Os ACS reconhecem que os usuários encontram dificuldade para aceitar o problema e, conseqüentemente, ajuda. Além de perceberem a importância e necessidade da participação da família no processo.

A vontade é de falar um monte de coisa, de falar tudo que prejudica, falar monte de coisas, prejudica isso e isso. Aí outra vez você fala um pouquinho, assim, você não fala tudo numa vez, mas a vontade é de falar tudo de uma vez só... para procurar tratamento, para ir atrás, para lutar contra isso. Mas a gente sabe que é difícil eles aceitarem, por que a maioria deles já vem desde a família, sabe, os pais fumavam, os pais já usavam álcool. E3

Sim, a gente se sente às vezes querendo ajudar, mas não consegue. Às vezes a gente tenta, mas a pessoa mesmo não se ajuda para parar de beber... E8

(...) que é bem triste, principalmente para a família, para pessoa também, mas principalmente para família. Talvez algumas famílias não aceitam, outras não conseguem ajudar. Não é fácil, deve ser bem complicado para família e para sociedade, mas para família é pior, de querer ajudar e não conseguir, ou de negar que não existe. E10

Os participantes relatam que é difícil para as famílias falar sobre a temática do uso de álcool, o usuário não relata para o agente que faz uso e nem a família fala sobre isso. Sendo assim, o trabalho do ACS pode ficar algumas vezes inviável, uma vez que ele não consegue chegar até a família e quebrar o tabu que é o uso do álcool e a família, por vergonha, medo ou receio também não vai até o ACS quando precisa de ajuda.

Como falar... são pessoas que realmente são dependentes daquilo, só que em uma visita eles não assumem, não admitem. E1

Que eu vejo não, assim, que eu percebo, que as famílias não contam também não, pode ser que tenha alguma que as vezes não conta, esconde... E3

(...) mas assim que alguém falou alguma coisa ou que alguma família

me pediu alguma ajuda por causa de um filho, até o momento não...

E3

(...) mas também tem famílias que a gente não tem abertura, que às vezes a própria mulher esconde. E tem famílias que eles dão abertura pra você conversar como se fosse falar de outra coisa qualquer, como se não houvesse nada de mais. E7

Algumas famílias não falam sobre o assunto ou negam. Não aceitando que um dos membros da família tenha problemas com o uso de álcool e, menos ainda, não aceitam que o ACS fale sobre isso.

Mais ou menos... a gente, que nem eu te falei, até fala, com familiares. Aí tem pessoas que moram sozinhas, a gente sabe que bebem. Daí a gente tenta falar, mas às vezes você vê que caiu se machucou, daí eles fala que passou mal, deu uma coisa, mas não admite que seja a bebida. É bem complicado, eles não aceitam. (...) não aceita nada da família, não aceita dos filhos e da gente muito menos. E1

As pessoas não aceitam muito, eles acham que cada um cuida da sua vida, que isso é parte da vida deles, que a gente não tem nada a ver com isso. É difícil aceitação de a gente ir lá falar, é difícil... E4

Às vezes eu acho que muitos omitiriam, por que tem muitos que bebem mais escondidos, mais reservados mesmo, que muitas pessoas da comunidade nem sabem que bebem. Acho que seria mais difícil. A gente, também, às vezes não fica sabendo de tudo, ou fica sabendo por outros, aí quando você chega a casa e pergunta é chato. Eles não te dão a resposta certa, pra não se expor. E8

Os ACS têm receio de serem invasivos e inconvenientes ao abordarem a pessoa a respeito do uso de álcool. O assunto é tão velado na comunidade, que as pessoas podem se sentirem ofendidas e desrespeitadas se questionadas quanto a isso, mesmo sendo parte do trabalho dos agentes de saúde. Logo, os ACS acham difícil e complicado abordar o tema durante a visita, deixando claro que fazem isso por obrigação.

Eles ficam um pouco ressabiados de você chegar, tem pessoas que se incomodam, dizem “que que tu tem que ver com isso?”. Daí você chegava, aquela coisa mais básica para introduzir a conversa “você fuma? Tem alguém que fuma na família? Tem alguém que bebe?”. Foi um levantamento bem simples pra nós, mas eu, Graças a Deus, não tenho complicações. A gente chega, assim, mais simples, mais humilde. E6

Ah, mais acanhada. Parece que a gente não tem como chegar certo na pessoa para falar, mas a gente fala, vai fazer o que. Tem que fazer, tem que fazer. E8

A gente aborda por que é o trabalho da gente. Só que eu acho bem complicado entrar nas famílias assim. Parece um tabu. Como é uma cidade pequena, eles veem que “como a visão dos outros, como eles vão me ver...”. Então eles preferem não comentar muito, não falar muito. Que nem bebida, drogas essas coisas não é muito comentado entre as famílias ainda. Eu acho que é meio complicado pra abordar isso ainda. Aqui até dá pra falar, eles escutam e tal, mas acho que não levam muito a sério. É aquele negócio, isso não vai acontecer comigo, não acontece na minha família, só na do outro. E10

Os agentes chegam a temer a reação das pessoas caso o tema seja abordado durante a visita.

Por que você não sabe qual é a reação da outra pessoa, se ela não te der abertura e você tocar no assunto. E7.

Até certo ponto, eu sentia um pouco de medo. Ele era agressivo e não precisava muito, meio copo para ele já chegava. Daí quando ele estava bêbado ele batia, quebrava. Daí eu sempre chegava com receio, você nunca sabia como encontraria ele. Mas eu conseguia falar muito com ele, por que ele sempre fugia quando eu chegava... E9

Com intuito de evitar desconfortos e constrangimentos durante a visita, os ACS chegam a falar que o assunto está sendo abordado em todas as casas, para que a família não se sinta um alvo.

Ah, às vezes elas ficam meio frustradas, pensam “será que ela sabe que tem um caso na família?”. Que nem ali, que tinha. Mas aí a gente fala que está falando isso em todas as casas. E8

Um dos relatos mostra a dificuldade em abordar a temática com usuário do sexo masculino, já que na maioria das vezes é o homem que mantém a casa, sendo o chefe da família. O fato de o ACS fazer perguntas que podem desagradar ou até ofender o responsável pela família, torna-se sendo um grande obstáculo para que o mesmo aborde a temática com esse usuário.

Não, com ele mesmo eu não cheguei a falar. Mas pelo que a família conta e os vizinhos também, ele é o dono da casa, o chefe da casa e é bem complicado. E9

Além dos receios já citados, observa-se que os ACS sentem-se despreparados para falar sobre o tema. Os profissionais reconhecem a necessidade de serem capacitados para falar sobre um assunto que acham tão delicado e difícil.

Mas assim de abordagem direta, de a pessoa beber e você chegar e falar, não. Não, por que a gente também não tem muito acompanhamento, ou talvez uma preparação melhor pra isso. Como eu te disse, é um assunto mais difícil de conversar com as pessoas. E4

Nos relatos abaixo é possível perceber que é difícil distinguir os tipos de uso feito pelos moradores; há uma certa confusão para o próprio agente, mostrando que os ACS não tem formação e nem foram capacitados para isso.

Tem aqueles que bebem, não é muito. Esses são poucos que tem que bebem diariamente, que é vício mesmo. E os outros são em casa, quando fazem alguma coisa, mas que não exageram. Tem aqueles, ou então no bar, tem uns que vão mais frequentemente, nos finais de semana, mais ou menos assim. E4

Tem, tem também. Não vou dizer grande quantidade, tem aqueles que bebem frequentemente, que você até vê bêbado, às vezes, de vez em quando, quando passa. E4

Na minha eles fazem tipo final de semana, durante a semana não tem muita gente bebendo assim, a maioria trabalha. Mais em festa, quando se reúnem entre amigos é tudo festa, tudo bebedeira, nem sabem mais o que estão fazendo. Mas na cidade não tem tanto, durante a semana não. E tomam muita cachaça. E14

Além disso, considera mais fácil a abordagem a pacientes com outros tipos de doença.

É que a gente acha mais fácil falar com um hipertenso ou com um diabético do que com o alcoolista. E14

Nesta subcategoria, os relatos indicaram uma prática desprovida de instrumentos ou habilidades para a abordagem adequada do uso de álcool, evidenciando uma prática despotencializada dos ACS, caracterizada pela falta de diretrizes e recursos da própria formação.

6.2.2.2. Prática baseada em crenças

O uso de álcool parece ser percebido diferentemente, de acordo com os efeitos morais que determinado padrão de uso causa na sociedade. Se o indivíduo bebe frequentemente e exageradamente, mas enquadra-se dentro dos padrões estabelecidos e aceitos, ele não é visto como alcoolista. Entretanto, se é um usuário de álcool conhecido pela comunidade, que frequenta os bares diariamente, ele acaba recebendo um olhar diferente dos outros membros da comunidade, inclusive dos agentes de saúde; que também fazem parte dessa comunidade.

Na cerveja é... Nos fins de semana é bastante, tomam mesmo. Mas não assim de beber, beber, de encher a cara de fazer fiasco, essas coisas não, mas assim, que gostam de uma cervejinha, isso eles

gostam. E9

(...) toda família tem algum alcoólatra. Alcoólatra no bom sentido, não aquele já em fase terminal, mas caminhando para isso, para o alcoolismo. Por que a “piazada” hoje em dia ta bastante. Todo final de semana assim, é, um pouco demais já, todo final de semana é um porre. Já é um alcoólatra, não pode passar, fazer uma festa sem o álcool. E5

O consumo de álcool entre as mulheres vem aumentando consideravelmente ao longo dos anos, mas ainda é visto sob olhares julgadores, como aponta um dos relatos de um ACS.

(...) sempre tem aquelas pessoas que ficam no cantinho observando, às vezes até mulheres que bebem demais e o pessoal acha isso anormal, que o homem a gente vê bem mais, mas a questão de mulher a gente vê menos. Só que não é o que a gente espera de uma mulher. Um homem bêbado já fica feio, agora uma mulher fica mais feio ainda. E2

Entender as percepções que os ACS possuem acerca das razões que levam um sujeito a beber faz-se bastante necessário. É uma oportunidade de identificar as influências culturais e da própria formação profissional embutidas na maneira como esses profissionais enxergam a temática. Tais influências podem determinar e/ou interferir na maneira como o atendimento será realizado.

Dentre os motivos relatados, a influência dos pares está presente em vários relatos. Os ACS relatam que um amigo leva o outro a beber, principalmente entre os jovens.

Acho que cada vez mais eles estão saindo em festas e coisa e tal, daí às vezes um amigo bebe, aí a pessoa bebe também, ou por que é legal. Meio cabeça de jovem, de achar que vai um e vai outro também, e acaba bebendo. E10

(...) outros tem uma turminha de amigos, um copo daqui outro copo dali. E1

A influência dos amigos pode se dar de forma desafiadora. Um amigo testa o outro a respeito da sua “capacidade” de beber, para disputar qual deles bebe mais.

“Se tu não beber tu não, ah, mas tu não aguenta beber um copo, mas tu não aguenta tomar uma garrafa...”. E assim vai, aí quando vê a pessoa está ali alcoólatra, ou está embriagada, e eu acho muito assim, às vezes, as companhias... E1

(...) é a má companhia, eu acho. Álcool também seria isso, muitas vezes. E2

Os entrevistados percebem também a importância de um núcleo familiar bem estruturado para evitar o contato precoce dos jovens com o álcool. As famílias desestruturadas, que não tem seus papéis definidos acabam não orientando os filhos e contribuem para que os jovens, por falta de cuidado, se aproximem cada vez mais cedo das bebidas alcoólicas.

(...) e eu acredito que vem da família que não tem uma estrutura boa, o pai e a mãe deixam largado, o pai e a mãe também que largam, não tem responsabilidade. Acredito que vem da família mesmo, daí você vê os adolescentes na rua, você já tem uma noção de como é a família. Aí eu imagino mais ou menos que vem da família, que deixam os filhos largados, vão se embebedando, estão fumando junto, estão se drogando. Por que isso é uma coisa puxa a outra, eu acredito. E6

Entretanto, eles conseguem observar não só as influências dos pares e familiares bem como os fatos que ocorrem na vida do sujeito podem levá-lo ao uso. Eles associam o uso de álcool à necessidade de aliviar os sofrimentos que o indivíduo vivencia ao longo da vida.

Eu acho que no álcool é a tristeza, a depressão, se a pessoa está ali isolada eu acho que ela vai beber, pra esquecer, se está triste e vai beber esquece, mas só esquece naquela hora. E2

Eu penso de repente, por algum problema, daí cai na bebida, mas não vai resolver. Mas de repente algum problema na família, algum desgosto. A pessoa começa a tentar achar algo que mude a vida dela, que dê alegria ou prazer talvez, mas isso só te põe mais no fundo do poço. Eles não entendem. E8

(...) às vezes por solidão, medo, ficam sozinhos, meio abandonados.
A família às vezes não se interessa muito. E4

Além dos relatos acima, há, ainda, as questões relacionadas única e especificamente a cada indivíduo. Eles acreditam que algumas pessoas tem uma tendência maior a desenvolver uma relação de uso problemática com o álcool do que outras pessoas.

(...) às vezes eu acho que alguns tem tendência a beber mais, ao vício, maior que o outro, daí acaba se viciando mais fácil. E10

Na minha área é um lugar pequeno e tem dois bares que ficam direto abertos, aí vai muito da pessoa, da consciência de cada um.
E14

Por fim, nesta última subcategoria, agruparam-se os relatos os quais revelam que na prática do ACS prevalecem as crenças sobre as evidências científicas.

7. DISCUSSÃO

O estudo demonstrou que a maioria dos participantes foram mulheres, corroborando com outros estudos que encontraram resultados semelhantes quanto a maior presença de mulheres nos serviços de saúde da AB (Cotta *et al.*, 2006; Tomasi *et al.*, 2008; Santini *et al.*, 2010; Zanetti *et al.*, 2010; Marsiglia, 2011; Corrêa *et al.*, 2012). Observou-se, também, que a maior parte dos participantes tem até 30 anos ou mais de 41 anos. Um estudo que teve como objetivo verificar as necessidades relacionadas à capacitação e aperfeiçoamento para atuação na ESF/PSF evidenciou a tendência de equipes compostas, em sua maioria, por profissionais do sexo feminino e em idade produtiva (Ferreira, Schimith e Cáceres, 2010). Vê-se, então, que a ESF torna-se uma oportunidade para criação de renda de grupos menos favorecidos, como mulheres e jovens (Mendonça *et al.*, 2003).

A maior parte dos ACS declarou ter ensino médio completo. Sendo o ACS um ator fundamental para viabilizar a aproximação entre a ESF e a comunidade, possuir nível de escolaridade mais elevado é um diferencial, uma vez que o desenvolvimento de competências social e política são necessários (Tomaz, 2002). Este estudo sinalizou, também, que dos 14 participantes, 12 são casados. Este resultado pode estar relacionado a idade dos participantes, que são adultos, momento em que, em geral e considerando o ciclo de desenvolvimento humano, há a tendência de formação de novas famílias (Zanetti *et al.*, 2010).

Os resultados evidenciaram que o uso de álcool é percebido pelos ACS enquanto padrão da cultura em que vivem. O uso de álcool está fortemente associado a questões locais e regionais, tais questões estão ligadas ao pertencimento a determinados grupos sociais (Ferreira *et al.*, 2013). Muitos grupos fazem uso do álcool em contextos de recreação e festividades para atingir o prazer rapidamente, usando grandes quantidades de álcool em uma única vez (Ronzani e Furtado, 2010).

Além disso, o álcool está presente como um forte fator socializador já que a presença do mesmo é indispensável nas festas da região, corroborando com resultados encontrados em outros estudos (Oliveira *et al.*, 2009; Moreno, Ventura e Brêtas, 2010; Cardoso e Malbergier, 2014; Dos Reisi e De Oliveiraii, 2015).

O estudo foi realizado em um local com forte presença da cultura germânica devido à colonização. Os primeiros imigrantes que chegaram à região tinham o costume de

produzir a própria cerveja em casa, sendo que algumas famílias ainda possuem essa tradição. Dessa forma o consumo do álcool bem como seus efeitos é conhecido pelas pessoas desde muito cedo (Raphaelli, Azevedo e Hallal, 2011; Reisdorfer, 2013). Portanto, relatos relacionados ao uso precoce de álcool podem estar relacionados à forte influência cultural em que estão imersos.

Como o uso de álcool é cultuado em festas e está arraigado na cultura do local, é considerado bastante comum e ganha um significado problemático, para os ACS, quando o usuário foge dos padrões esperados. Enquanto o usuário fizer o uso nas festas da cidade, esporadicamente nos bares e em casa, não há problema. A partir do momento que o uso extrapola tais limites, o usuário passa a ser visto de maneira diferente. Dessa forma, o usuário passa a ser estigmatizado. Ou seja, para estes profissionais, o uso problemático de álcool está mais relacionado ao estigma social atribuído aos usuários do que ao uso prejudicial, de fato.

O estigma social pode ser definido como uma marca negativa seja física ou social, que leva o estigmatizado a ser socialmente excluído. Tratando-se da estigmatização em situações de saúde, o estigma sofrido pode ser mais prejudicial do que a doença em si, podendo causar danos psicológicos e sociais ao estigmatizado (Andrade e Ronzani, 2014). Dessa forma, determinados problemas de saúde tornam-se indesejáveis de serem abordados e tratados pelos profissionais de saúde; esses profissionais compartilham com a sociedade em geral a tendência de classificar as pessoas como normais ou não, marginalizando-as (Palm, 2006; Room, 2006).

A manutenção do estigma está associada às atitudes diante do objeto estigmatizado. As atitudes, por sua vez, estão relacionadas às crenças e afetos positivos ou negativos em relação à determinada situação social. Então, a estigmatização é mantida devido às crenças que o sujeito tem frente a uma situação, tais crenças predispõem a atitudes que levam a formação do estigma (Dovidio, Major e Crocker, 2000).

O alcoolismo é uma das condições de saúde que mais sofre com a moralização no mundo (Fortney *et al.*, 2004; Palm, 2006; Room, 2006). Um usuário que recebe o diagnóstico de alcoolista lida, além dos aspectos médicos e psicológicos deste diagnóstico, com a percepção social acerca da doença. A conotação moralizadora diante do alcoolista é tão grande na nossa sociedade que o estigma social torna-se

CARNEIRO, A. L. M.

um problema para o usuário. Até mesmo os profissionais que trabalham com esses usuários acreditam que o uso de álcool é um vício ou fraqueza de caráter (Neves, 2004; Room, 2005).

Neste estudo, os resultados corroboram com as afirmativas supracitadas. Os ACS possuem crenças moralizadoras em relação ao uso de álcool, contribuindo para a estigmatização destes usuários e, conseqüentemente, para assistência prejudicada e deficitária. Os relatos mostram que as crenças estão relacionadas aos padrões que são, ou não, socialmente aceitos. Estudo realizado com profissionais que trabalham com a reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas encontrou resultados semelhantes. Os profissionais participantes de tal estudo relataram que o preconceito e moralização em relação aos usuários de drogas estão embutidos neles, já que são fruto da sociedade em que vivem (Pinho, 2009).

Já em pesquisa realizada com enfermeiros de ESF que teve como objetivo identificar como é a atuação destes profissionais na abordagem da temática do uso de álcool e outras drogas, os resultados mostraram que os enfermeiros reconhecem que a estigmatização em relação ao usuário de álcool e outras drogas existe, mas não é uma das dificuldades em seu trabalho (De Souza e Pinto, 2012).

Os relatos apontam, também, as crenças em relação ao uso de álcool por mulheres. Para os ACS não é esperado que a mulher faça uso de álcool da mesma maneira que o homem. Apesar dos estudos que apontam o aumento do consumo de álcool entre o sexo feminino (Simão *et al.*, 2002; Kerr-Corrêa *et al.*, 2008; Duarte, Stempliuk e Barroso, 2009), vários casos de uso e abuso de álcool pelas mulheres são negligenciados. Muitas não relatam o consumo de bebidas alcoólicas, por medo e/ou vergonha de serem estigmatizadas socialmente, enquanto grande parte dos profissionais não investiga a questão na população feminina e são despreparados para diagnosticar casos de abuso de álcool (Simão *et al.*, 2002), refletindo na carência de tratamentos voltados para o sexo feminino. Quando buscam por tratamento, é, na maioria das vezes, de forma sigilosa por medo de compartilhar tal problema com a família (Nóbrega e Oliveira, 2003).

Quanto aos motivos que levam o usuário a beber, os ACS acreditam que algumas pessoas possuem maior tendência que outras a fazerem uso do álcool, que algumas situações como tristeza e solidão contribuem para o uso de bebidas alcoólicas e que

a influência dos pares está envolvida. Estudos mostram que os usuários de álcool são considerados mais responsáveis pelo seu problema do que outros indivíduos que possuem outros transtornos mentais (Angermeyer e Matschinger, 1997; Link *et al.*, 1999) ou indivíduos que possuem doenças do coração ou câncer (Corrigan *et al.*, 2003). Esta é uma atribuição moral a causa do problema, sendo o sujeito considerado responsável pela causa e solução do seu problema (Palm, 2006). A percepção moral em relação à causa do uso de álcool entre profissionais da AB foi evidenciada também em outros estudos (Silveira, Martins e Ronzani, 2009). É importante observar essa tendência entre os profissionais de saúde, já que pode ser extremamente prejudicial à assistência a esses usuários. Uma vez que o usuário de álcool carrega um estigma, o profissional deixa de se interessar, de fato, pelo seu histórico, não fazendo uma avaliação profunda do seu caso e, assim, o usuário deixa de receber a assistência adequada (Berger, Wagner e Baker, 2005; Andrade e Ronzani, 2014).

Para os ACS entrevistados, os usuários fazem uso do álcool como um mecanismo compensatório para o alívio dos sentimentos de tristeza e solidão. Estudos internacionais mostraram a relação positiva entre depressão e o uso do álcool como estratégia de enfrentamento (Williams e Clark, 1998; Grant, Stewart e Mohr, 2009), bem como existem estudos que evidenciaram a relação entre depressão e uso de álcool (Windle e Davies, 1999; Devido e Weiss, 2012; Prado *et al.*, 2012). Estudo que acompanhou sintomas de depressão em homens e mulheres dos 12 aos 17 anos de idade teve como objetivo avaliar se aos 18 anos os sintomas de depressão estariam mais graves e associados ao consumo nocivo de álcool. Os resultados apontaram que sintomas depressivos elevados durante a adolescência estão positivamente associados ao aumento do uso e uso nocivo de álcool aos 18 anos (Edwards *et al.*, 2014). Portanto, vê-se que tais crenças têm embasamento se consideramos os estudos mencionados.

A influência dos pares é um fator relacionado ao uso de álcool amplamente discutido na literatura (Do Nascimento e Justo, 2000; Chiapetti e Serbena, 2007) (Pratta e Santos, 2006; Marques Carneiro *et al.*, 2014), sendo um fator de risco para o uso do mesmo. Os ACS atribuem o uso de álcool à influência das más companhias. Muitas das crenças destes profissionais estão pautadas no que consideram bom ou ruim, normal ou diferente. Os significados do uso de álcool

aparecem mais simplificados do que realmente são. Outra influência apontada por eles é a da família. Como já discutido anteriormente, o uso de álcool é conhecido e comum nas famílias da região desde cedo devido à cultura germânica. Dessa forma, a família que tem o hábito de consumir o álcool com frequência torna-se um fator de risco para o uso da substância entre os membros, principalmente entre os jovens que é uma das preocupações destes profissionais. O uso precoce de álcool foi evidenciado em outros estudos (Laranjeira *et al.*, 2007; Noal *et al.*, 2010; Campos *et al.*, 2011; Laranjeira, Madruga e Pinsky, 2014). Entretanto, considerando a influência da família sob o usuário, é possível utilizá-la para a inclusão do usuário na assistência a partir da participação e apoio da mesma.

Os relatos sinalizam, também, a preocupação com o aumento da violência, com adolescentes menores de idade que fazem o uso de álcool e com a formação das famílias. A violência associada ao consumo de álcool é motivo de preocupação e está presente na literatura brasileira e internacional (Andrade *et al.*, 2012; Pierobon *et al.*, 2013; Pulido *et al.*, 2014). Um estudo prospectivo de 30 anos realizado com adolescentes evidenciou que a exposição precoce ao álcool na adolescência aumenta os riscos destes adolescentes de envolverem com o crime, contraírem doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e de gravidez na adolescência (Odgers *et al.*, 2008). Diante disso, ressalta-se a importância de ações voltadas para a prevenção do uso abusivo de álcool, principalmente entre os jovens.

A associação negativa entre uso de álcool e relações familiares está presente também em outros trabalhos (Reinaldo e Pillon, 2008; Campos *et al.*, 2011; Cogollo-Milanés *et al.*, 2011; Malbergier, Cardoso e Amaral, 2012). Em famílias em que um ou mais membros fazem uso de álcool os conflitos familiares são mais frequentes, prejudicando a relação entre eles e contribuindo para atritos interpessoais, abuso e negligência infantil, divórcio, violência doméstica e problemas clínicos relacionados ao uso e abuso de álcool (Pickens *et al.*, 2001). Logo, as preocupações dos ACS são coerentes.

Quando a família vivencia o alcoolismo por um de seus membros é necessário que ela se reajuste de uma forma diferenciada, que os papéis sejam redistribuídos, alterando a dinâmica familiar, o que, muitas vezes, não é cultural e socialmente compreendido ou aceito. Sendo assim, todos os seus membros são atingidos e,

CARNEIRO, A. L. M.

então, a família se torna uma unidade fragilizada e comprometida, fragmentando e tensionando as relações interpessoais (Silva, 2003).

Nesse contexto, a família deve ser atentamente observada por ser ou tornar-se disfuncional diante do abuso de álcool (Dos Santos e Da Silva, 2012). Além disso, é importante ressaltar que o alcoolismo atinge todos os membros da família, como mostra estudo com ex-usuários de álcool, que trata esta condição enquanto doença da família já que além de afetar o dependente do álcool, contribui para a destruição dos laços sociais e afetivos, alterando, conseqüentemente, a dinâmica familiar (Campos, 2005).

Sendo assim, se estabelecem no ambiente e cotidiano familiar situações de caos, fragilidade e ansiedade, os quais tornam a convivência entre os membros da família extremamente difícil, já que os laços afetivos tornam-se inconstantes. Isso faz com que o sentimento de impotência diante das situações vivenciadas permeie estas relações gerando, então, diversas crises existenciais e frequentes conflitos (Silva, 2003; Sena *et al.*, 2011).

Estes conflitos se manifestam desde a falta e dificuldade de comunicação até a troca de palavras rudes e negativas entre os membros da família, causando o isolamento e falta de harmonia no ambiente familiar. Todos estes problemas tornam-se maiores e a família deixa de significar segurança para tornar-se sinônimo de medo e angústias (Silva, 2003).

Além disso, crianças criadas em famílias em que um ou mais membros fazem uso de álcool apresentam maior risco de sofrerem violência. Tais famílias demonstram frequentemente, a transmissão desse padrão de abuso de álcool e transtornos psiquiátricos, como transtorno da personalidade anti-social e vício em jogos, através das gerações (Obot, Wagner e Anthony, 2001).

Vê-se, assim, que as angústias dos ACS em relação aos jovens e às famílias são pertinentes. Jovens que fazem uso de álcool formarão, futuramente, suas famílias e, dessa forma, podem contribuir para que a família seja disfuncional ou não, dependendo da maneira com que usam o álcool. Um fator extremamente preocupante é a questão da repetição de padrões presente nas famílias em que um ou mais membros fazem uso de álcool. Então, é importante que os jovens sejam uma população alvo de medidas de prevenção do uso problemático de álcool, principalmente pelo forte fator cultural presente na região estudada. Tais medidas

CARNEIRO, A. L. M.

podem ser realizadas na AB com a participação da categoria profissional participante deste estudo.

Quanto à assistência prestada por estes profissionais aos usuários de álcool, os resultados evidenciaram que a prática realizada por eles é despotencializada. Inúmeros fatores, entre eles a moralização e estigmatização do usuário de álcool, afetam a assistência, além da falta de preparo e conhecimento da temática (Fortney *et al.*, 2004; Palm, 2006; Silveira, Martins e Ronzani, 2009).

O tabu em abordar a temática do uso de álcool foi a primeira barreira encontrada nos relatos dos entrevistados para assistência adequada aos usuários de álcool. A dificuldade dos profissionais da AB em abordar a temática foi evidenciada em outros estudos (Barros e Pillon, 2007; Ronzani, Mota e Souza, 2009). Tratando-se dos ACS, é preciso levar em consideração que este profissional atua na comunidade em que vive, que suas relações com os moradores transitam entre pessoal e profissional. O ACS possui um sentimento de pertença em relação à comunidade, ele partilha das angústias vividas pelos moradores, que são os usuários das unidades de saúde em que trabalham (Da Silva, Dos Santos e De Souza, 2012).

Os relatos evidenciam que os entrevistados temem quanto à reação das famílias diante da abordagem da temática, já que pode prejudicar o acesso às mesmas e as próximas visitas, que são parte fundamental do seu trabalho e essenciais para a assistência. Estudo realizado com trabalhadores de uma ESF teve como objetivo analisar as atitudes dos profissionais diante dos usuários e dependentes de álcool e outras drogas, os resultados encontrados estão em consonância com os relatos evidenciados neste estudo: os ACS encontram dificuldades como acesso, aceitação, medo, preconceitos, entre outras. O universo da dependência de álcool e outras drogas é permeado por experiências de violência e destruição familiar, que são fenômenos complexos e não podem ser analisados isoladamente (Barros e Pillon, 2007). Abordar a temática pode colocar em risco a relação de confiança que os ACS conseguem estabelecer com as famílias que assistem (Gonçalves, 2002), tornando-se um desafio para a prática destes profissionais.

Ademais, o processo inverso também ocorre. Os relatos mostram que as famílias não compartilham os problemas relacionados ao uso de álcool com os ACS. A dificuldade das famílias em falar sobre a temática pode estar relacionada ao estigma

e preconceito associados ao dependente de álcool e a dificuldade em entender que o alcoolismo é uma doença. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos que evidenciaram a negação dos familiares no processo de reconhecimento do alcoolismo enquanto doença (Fillizola *et al.*, 2006), já que os familiares associam a doença à malandragem e fraqueza de caráter devido ao preconceito ligado a tal condição (Rodrigues, Amestoy e Brazil, 2013).

Estudos afirmam que o apoio da família na recuperação de usuários de álcool é de extrema importância, propiciando a ajuda necessária para a superação dos obstáculos no processo de recuperação (Fornazier e Siqueira, 2006; Melo e Paulo, Dez 2012). Vê-se, ainda, a necessidade do olhar para a família destes usuários. A família do usuário de álcool encontra-se, muitas vezes, exausta diante do problema e precisa de apoio social para lidar com tal situação, que torna o convívio extremamente conflituoso (Rodrigues, Amestoy e Brazil, 2013). Assim, o trabalho do ACS na abordagem dos usuários e de sua família deve ser voltado para ambos, visto que a família necessita de apoio desde a compreensão da doença até a participação no tratamento, recuperação e reinserção social do usuário.

Foi evidenciado o receio em abordar o usuário de álcool do sexo masculino. A dificuldade em abordar os homens pode estar relacionada com o fato de muitas vezes o homem ser o mantenedor da família. É importante refletir acerca da concepção cultural e social embutida nesta dificuldade em específico, já que a fala do ACS remete ao “chefe da família”. Este papel é culturalmente masculino e representado pelo respeito, sendo considerada a autoridade maior na família (De Santana, 2013).

Entrar na casa de uma família para falar sobre o uso de álcool é uma tarefa difícil para os ACS entrevistados. O tema gera uma atmosfera apreensiva e tensa ao ser discutido, tornando-se um grande tabu. Nos relatos, percebe-se que os ACS tem medo de gerar algum desconforto para a família ao abordar o tema e, assim, correrem o risco de não serem bem recebidos nas próximas visitas, que devem ser realizadas mensalmente. Ou seja, uma vez que o ACS sente que por algum motivo a família não quer recebê-lo, isso gera prejuízos na assistência prestada, já que a visita domiciliar é fundamental para o acompanhamento das famílias.

Além das dificuldades supracitadas, o despreparo técnico foi apontado nos relatos. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados com profissionais que atuam em equipes de SF (Bendtsen e Åkerlind, 1999; Daumas, 2012; De Souza e Ronzani, 2012; De Souza e Pinto, 2012). Conforme já exposto neste trabalho, a AB é um dos pontos da RAPS e, desta forma, deve prestar assistência integral ao usuário de álcool através responsabilização do cuidado e das práticas de prevenção, promoção da saúde e reabilitação psicossocial (Minozzo *et al.*, 2014). Para que os profissionais atuantes nas ESF estejam aptos a desenvolver tais ações, precisam estar preparados e se sentirem seguros para prestar assistência aos usuários de álcool. A capacitação destes profissionais é outra ação prevista como um dos objetivos da RAPS (Minozzo *et al.*, 2014). E para isto, as equipes de SF podem contar com o AM, que também está previsto na RAPS (Brasil, 2011).

Além disso, a AB é um contexto privilegiado para a identificação e abordagem dos usuários de álcool já que é um nível de atenção estratégico para a prevenção do uso e, também, para a prevenção do estigma em relação a estes usuários (Corradi-Webster *et al.*, 2005; Ronzani *et al.*, 2005; Room, 2005). Estudos desenvolvidos pela OMS com o objetivo de avaliar a implementação de rotinas de intervenções breves para o uso de álcool na AB tem focado na questão das mudanças dos profissionais após os treinamentos realizados e na implantação das práticas de prevenção nas rotinas dos serviços (Ronzani *et al.*, 2005; Amaral, Ronzani e Formigoni, 2007; Minto *et al.*, 2007).

Estudo realizado com ACS de um município no interior de Minas Gerais teve como objetivo avaliar o processo de implementação de práticas de triagem para o uso de risco de álcool associado à técnica de intervenção breve e detectar os fatores dificultadores no processo. Os resultados evidenciaram que o treinamento contribuiu para o conhecimento sobre o tema, promovendo melhor autoavaliação do preparo para realização da intervenção breve, bem como melhores expectativas em relação aos resultados da mesma. As crenças negativas em relação aos usuários de álcool foram uma das dificuldades encontradas para a implementação das rotinas (Ronzani *et al.*, 2005).

Já em outro estudo realizado com profissionais e gestores da Atenção Primária de três municípios da Zona da Mata de Minas Gerais, com os mesmos objetivos do estudo supracitado, evidenciou que em um dos municípios avaliados houve diminuição do grau de moralização do uso de álcool pelos profissionais de saúde. Os resultados apontaram, também, aumento do conhecimento dos profissionais em relação às práticas implementadas (Silveira, Martins e Ronzani, 2009).

Outro estudo, realizado com profissionais da AB sendo a maioria deles ACS, teve como objetivo avaliar os benefícios do treinamento de estratégias de intervenções breves para a equipe de ESF. Um dos benefícios encontrados foi a abordagem dos profissionais a esses usuários. Os profissionais passaram a sentir maior segurança para abordar o assunto devido a aquisição de conhecimentos acerca da temática, passaram a compreender os processos de mudança e a respeitar mais os usuários (Corradi-Webster *et al.*, 2005).

Os relatos deste estudo apontam que a falta de motivação para abordar a temática é outro dificultador da assistência prestada, que pode estar relacionado a falta de conhecimento e as crenças negativas em relação ao uso de álcool. Estudo realizado com enfermeiros evidenciou que a falta de conhecimento da temática é uma barreira e um fator desmotivador para a abordagem dos usuários, tanto para os ACS quanto para os enfermeiros (De Souza e Pinto, 2012). Outro estudo encontrou resultados que corroboram quanto à falta de motivação dos profissionais da AB na abordagem ao usuário de álcool (Ronzani *et al.*, 2005).

Vê-se que trabalhar com usuários de álcool no âmbito da atenção básica é uma dificuldade encontrada por profissionais de nível médio, como os ACS, e de nível superior, como enfermeiros e médicos. Estudo realizado com enfermeiros e médicos no interior da Amazônia investigou a visão destes profissionais acerca do uso problemático de álcool. Os resultados apontaram que há conhecimento sobre as consequências do uso para o indivíduo e para a sociedade, entretanto eles não sabem lidar com a questão (Moretti-Pires, Corradi-Webster e Furtado, 2011).

Nesse sentido, profissionais com pouco conhecimento, despreparo e desmotivação para atuar diante do usuário de álcool acabam não incorporando as práticas em relação aos mesmos em suas ações, priorizando a abordagem de temas que acham mais fáceis de serem conduzidos, como foi evidenciado neste estudo. Além de

possuírem maior conhecimento acerca de outras condições de saúde que são mais frequentes nas rotinas das equipes de SF, doenças como hipertensão e diabetes estão associadas a programas instituídos pelo MS, que orientam o cumprimento de determinadas ações voltadas para este público (Camuri e Dimenstein, 2010). Portanto, os profissionais não se sentem na obrigação de trabalhar as temáticas referentes aos usuários de álcool ou da saúde mental em geral, visto que não existem estratégias que fiscalizem ações neste contexto. Apesar de estar preconizado pelo MS a assistência a grupos vulneráveis e de risco na AB, considerando-se a coletividade no território de atuação (Saúde, 2006).

As percepções e sentimentos em relação ao usuário de álcool podem ser confusos para um profissional que atua diante de um assunto tão delicado. O desejo de ajudar o indivíduo pode esbarrar no preconceito e falta de conhecimento do próprio agente, da comunidade e do próprio usuário de álcool. Alguns ACS simplesmente não sabem como lidar com a temática, alguns deles podem ter dificuldades de abordar e se relacionar com um usuário de álcool devido a fatores como, estigmas, preconceitos, entre outros.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise do discurso dos ACS sobre o uso de álcool e a assistência prestada por eles aos usuários desta substância, verificou-se que eles percebem o uso como natural e inerente ao contexto cultural da comunidade. Ressalta-se que a comunidade é marcada pela influência da colonização germânica, onde o consumo de álcool é elevado, realizado com frequência e desde muito cedo. Logo, a comunidade está habituada a presença do álcool nas festas da região, tendo o consumo da substância como um “avaliador” da qualidade de tais festividades.

Para os entrevistados, o uso torna-se problemático dependendo das repercussões sociais e consequências que o consumo traz para o indivíduo. A partir do momento que o uso foge dos padrões culturalmente esperados para a comunidade, o uso é percebido como problemático e o usuário torna-se alvo de críticas, passando a fazer parte do grupo de pessoas que não fazem o uso de maneira “normal”. Quanto às consequências percebidas como problemáticas, os relatos evidenciaram a questão do uso precoce do álcool e das repercussões negativas para a família, como a formação de famílias desestruturadas e o enfraquecimento dos laços familiares.

A assistência prestada pelos ACS aos usuários de álcool mostrou-se “despotencializada”, já que os profissionais carecem de habilidades técnicas para a abordagem adequada da temática, o que evidencia a falta de diretrizes e recursos da própria formação. Eles reconhecem a necessidade de trabalharem a temática com os usuários, mas esbarram na dificuldade em abordar o tema nas visitas, refletindo a insegurança diante de um assunto polêmico e que é um tabu para grande maioria dos moradores das comunidades.

Observou-se que as crenças que os ACS têm em relação ao uso e ao usuário de álcool também influenciam em sua prática. As crenças estão relacionadas a moralização de algumas questões como o uso de álcool por mulheres e jovens. Os relatos mostraram que os ACS acreditam que algumas pessoas tenham maior tendência ao uso que outras, evidenciando a responsabilização moral do uso e deixando de lado a percepção da dependência de álcool enquanto doença. Percebe-se, também, que eles acreditam que a influência dos pares como amigos e familiares influenciam o uso de álcool. Dessa forma, vê-se que as práticas acabam sendo mais pautadas pelas crenças dos usuários do que pelas evidências científicas.

Diante disso, conclui-se que investir na capacitação destes profissionais é um recurso cabível e de grande importância, que pode potencializar a atuação dos mesmos visto que o ACS é uma figura de grandes possibilidades e que pode colaborar muito na prevenção do uso de álcool, bem como na monitoração dos usuários de álcool na comunidade, no tratamento destes usuários e em sua reinserção social. Dessa forma, percebe-se que a RAPS ainda não funciona da maneira esperada. Não ocorre a utilização de ferramentas como o matriciamento ou educação permanente, que seriam de muita utilidade para profissionais que enfrentam dificuldades como as encontradas neste estudo. Ressalta-se que a capacitação, além do fornecimento do arcabouço teórico e técnico para o trabalho, contribui para a diminuição da moralização acerca do uso de álcool e outras drogas.

Como limitação do estudo, pontua-se a não observação do trabalho realizado pelos ACS, bem como o discurso dos usuários de álcool e das famílias assistidas por estes profissionais, o que seria complementar e justificaria a continuidade deste estudo.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARNEIRO, A. L. M.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas Health care models for users of alcohol and other drugs: political discourse, knowledge. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.

ALVES, V. S.; LIMA, I. M. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **Revista de Direito Sanitário**, v. 13, n. 3, p. 9-32, 2013. ISSN 2316-9044.

AMARAL, M.; RONZANI, T.; FORMIGONI, M. The implementation process of screening and brief intervention programs for alcohol abusers in primary health care. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 2007, BLACKWELL PUBLISHING 9600 GARSINGTON RD, OXFORD OX4 2DQ, OXON, ENGLAND. p.117A-117A.

ANDRADE, S. S. C. D. A. et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. **Cad. saúde pública**, v. 28, n. 9, p. 1725-1736, 2012. ISSN 0102-311X.

ANDRADE, T. M. D.; RONZANI, T. M. **A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. Módulo I. SUPERA - Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento.** SENAD, S. N. D. P. S. D.-. <http://www.supera.senad.gov.br>. 1: 27-42 p. 2014.

ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H. Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. **Psychological medicine**, v. 27, n. 01, p. 131-141, 1997. ISSN 1469-8978.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. D.; LIMA, M. D. G. A práxis da saúde mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. 2011.

BARDIN, L. Análise de conteúdo (Edição revista e actualizada). **Lisboa: Edições**, v. 70, 2009.

BARROS, M. A. D.; PILLON, S. C. Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família diante do uso e abuso de drogas. **Esc Anna Nery**, v. 11, n. 4, p. 655-62, 2007.

BENDTSEN, P.; ÅKERLIND, I. Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. **Alcohol and Alcoholism**, v. 34, n. 5, p. 795-800, 1999. ISSN 0735-0414.

CARNEIRO, A. L. M.

BERGER, M.; WAGNER, T. H.; BAKER, L. C. Internet use and stigmatized illness. **Social science & medicine**, v. 61, n. 8, p. 1821-1827, 2005. ISSN 0277-9536.

BRASIL. Portaria 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)**. **Diário Oficial da União**, v. 23, 2011.

BRASIL; SAÚDE, D. D. Lei nº 10507, de 10 de julho de 2002: Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2002.

BRASIL; SAÚDE, D. N. D. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 1996.

BRASIL, M. D. S. Hospitalizações para tratamento e desintoxicação de usuários de álcool e outras drogas. <http://tabnet.datasus.gov.br>, 2015. Acesso em: 16 de janeiro.

BRAZIL; SAÚDE, B. M. D. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Editora MS, 2004. ISBN 8533408021.

CAMPOS, E. A. D. O alcoolismo é uma doença contagiosa? Representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. supl, p. 267-278, 2005. ISSN 1413-8123.

CAMPOS, G. W. D. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. ISSN 0102-311X.

CAMPOS, J. A. D. B. et al. Consumo de álcool entre estudantes do ensino médio do município de Passos–MG Alcohol consumption among high school students in the municipality of Passos–MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4745-4754, 2011.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 803-813, 2010. ISSN 1984-0470.

CARNEIRO, A. L. M.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A. A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. **Estud. psicol.(Campinas)**, v. 31, n. 1, p. 65-74, 2014. ISSN 0103-166X.

CARLINI, E. 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. In: (Ed.). **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**: UNIFESP Centro Brasileiro de informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005.

CARLINI, E. et al. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. **São Paulo: Cebrid/Unifesp**, 2002.

CARLINI, E. A. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. Senad, 2007.

CARLINI, E. L. D. A. et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. DROGAS, S.-S. N. D. P. S. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 503 p. 2010.

CATARINENSE, A.-A. D. M. D. A. U. Características dos municípios do Alto Uruguai Catarinense. <http://www.amauc.org.br/home/>, 2011. Acesso em: 16 de janeiro.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005. ISSN 1413-8123.

CHIAPETTI, N.; SERBENA, C. A. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma Universidade de Curitiba. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 2, p. 303-313, 2007. ISSN 0102-7972.

COGOLLO-MILANÉS, Z. et al. Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. **Revista de Salud Pública**, v. 13, n. 3, p. 470-9, 2011.

CORDEIRO, L. et al. Avaliação de processo educativo sobre consumo prejudicial de drogas com agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 897-907, 2014. ISSN 0104-1290.

CARNEIRO, A. L. M.

CORRADI-WEBSTER, C. M. et al. Capacitação de profissionais do programa de saúde da família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 1, n. 1, p. 0-0, 2005. ISSN 1806-6976.

CORRIGAN, P. et al. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. **Journal of health and Social Behavior**, p. 162-179, 2003. ISSN 0022-1465.

CORRÊA, Á. C. P. et al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá-Mato Grosso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 171-80, 2012. ISSN 1518-1944.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006. ISSN 1679-4974.

CUNHA, G. T.; DE SOUSA CAMPOS, G. W. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. ISSN 1984-0470.

DA COSTA, P. H. A. et al. Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, 2015. ISSN 1414-3283.

DA SILVA, C. B.; DOS SANTOS, J. E.; DE SOUZA, R. C. Estratégia de apoio em saúde mental aos agentes comunitários de saúde de Salvador-BA. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 153-160, 2012. ISSN 1984-0470.

DAUMAS, J. D. S. P. **As dificuldades enfrentadas pela estratégia saúde da família no**

cuidado à saúde do dependente químico. 2012. 72 (Mestrado). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro.

DE BARROS, M. M. M. A.; CHAGAS, M. I. O.; DE ARAÚJO DIAS, M. S. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 227-232, 2009. ISSN 1413-8123.

DE OLIVEIRA NUNES, M. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico Community-based health workers: building the identity of this hybrid, polyphonic character. **Cad. saúde pública**, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

CARNEIRO, A. L. M.

DE PAULA KANNO, N.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012. ISSN 1984-0470.

DE SANTANA, A. M. Mulher mantenedora/homem chefe de família: Uma questão de gênero e poder. **Revista Fórum Identidades**, 2013. ISSN 1982-3916.

DE SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M. Álcool e droga na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 2, p. 237-46, 2012.

DE SOUZA, L. M.; PINTO, M. G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 374-83, 2012. ISSN 1518-1944.

DE SOUZA MINAYO, M. C. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 2008.

DE SOUZA VIEIRA, L. J. E. et al. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 113-125, 2008. ISSN 1984-0470.

DEVIDO, J. J.; WEISS, R. D. Treatment of the depressed alcoholic patient. **Current psychiatry reports**, v. 14, n. 6, p. 610-618, 2012. ISSN 1523-3812.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009. ISSN 1984-0470.

DO NASCIMENTO, E. C.; JUSTO, J. S. Vidas errantes e alcoolismo: uma questão social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 13, n. 3, p. 529-538, 2000.

DOS REISI, T. G.; DE OLIVEIRAI, L. C. M. Padrão de consumo de álcool e fatores associados entre adolescentes estudantes de escolas públicas em município do interior brasileiro. **REV BRAS EPIDEMIOL**, v. 18, n. 1, p. 13-24, 2015.

DOS SANTOS, A. M.; DA SILVA, M. R. S. A experiência de cuidar da mulher alcoolista na família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 364-371, 2012. ISSN 1980-220X.

DOVIDIO, J. F.; MAJOR, B.; CROCKER, J. Stigma: Introduction and overview. 2000. ISSN 1572305738.

CARNEIRO, A. L. M.

DUARTE, P.; STEPLIUK, V. A.; BARROSO, L. P. Relatório brasileiro sobre drogas. **Brasília: Secretaria Nacional Sobre Drogas/SENAD**, 2009.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Rev Saude Publica**, v. 43, n. 2, p. 299-310, 2009.

EDWARDS, A. C. et al. The association between depressive symptoms from early to late adolescence and later use and harmful use of alcohol. **European child & adolescent psychiatry**, v. 23, n. 12, p. 1219-1230, 2014. ISSN 1018-8827.

FERREIRA, L. N. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool Prevalence and associated factors of alcohol abuse and alcohol addiction. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3409-3418, 2013.

FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CÁCERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc saúde coletiva [Internet]**, p. 2611-20, 2010.

FILLIZOLA, C. L. A. et al. Compreendendo o alcoolismo na família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 10, n. 4, p. 660-670, 2006. ISSN 1414-8145.

FORNAZIER, M. L.; SIQUEIRA, M. M. D. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **J bras psiquiatr**, v. 55, n. 4, p. 280-7, 2006.

FORTNEY, J. et al. Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. **The journal of behavioral health services & research**, v. 31, n. 4, p. 418-429, 2004. ISSN 1094-3412.

GARCIA, L. et al. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil - Módulo I. SUPERA - Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento.** SENAD, S. N. D. P. S. D.-. <http://www.supera.senad.gov.br>. 1: 122-138 p. 2014.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1996. **Métodos e técnicas de pesquisa social**, v. 5, 1995.

GOMES, K. D. O. et al. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis (Rio J.)**, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, 2010. ISSN 0103-7331.

CARNEIRO, A. L. M.

GONÇALVES, A. M. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família**. 2002. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

GRAJAÚ, C. A. G. **Reconhecimento profissional e social do agente comunitário de saúde: uma reflexão sobre as classes trabalhadoras urbanas no setor saúde**. 2013. Universidade do Estado do Rio de Janeiro

GRANT, V. V.; STEWART, S. H.; MOHR, C. D. Coping-anxiety and coping-depression motives predict different daily mood-drinking relationships. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 23, n. 2, p. 226, 2009. ISSN 1939-1501.

IBGE. IBGE Cidades: informações sobre os municípios do Brasil. <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>, 2011. Acesso em: Janeiro.

IBGE, F. I. B. D. G. E. E.-. **Base de informações do Censo Demográfico 2010: resultados do universo por setor censitário**. BRASIL: Rio de Janeiro 2010.

IRVING, H. M.; SAMOKHVALOV, A. V.; REHM, J. Alcohol as a risk factor for pancreatitis. A systematic review and meta-analysis. **Jop**, v. 10, n. 4, p. 387, 2009.

KERR-CORRÊA, F. et al. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 3, p. 235-242, 2008. ISSN 1516-4446.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. D. A. Fundamentos da metodologia científica. In: (Ed.). **Fundamentos da metodologia científica**: Atlas, 2010.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C.; PINSKY, I. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD). **São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP.[Links]**, 2014.

LARANJEIRA, R. et al. I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. **Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas**, v. 70, 2007.

LINDNER, S. R. et al. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional Prevalence of intimate partner physical violence in. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 815-826, 2015.

CARNEIRO, A. L. M.

LINK, B. G. et al. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. **American journal of public health**, v. 89, n. 9, p. 1328-1333, 1999. ISSN 0090-0036.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto-São Paulo**. 2004. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007. ISSN 0104-5970.

MALBERGIER, A.; CARDOSO, L. R. D.; AMARAL, R. A. D. Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. **Cad. saúde pública**, v. 28, n. 4, p. 678-688, 2012. ISSN 0102-311X.

MARQUES CARNEIRO, A. L. et al. Padrão do uso de álcool entre estudantes universitários da área da saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2014. ISSN 2236-6091.

MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 900-911, 2011. ISSN 1984-0470.

MELO, P. F. D.; PAULO, M. D. A. L. D. **A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas**. Saúde Coletiva em Debate. Campina Grande: Universidade Federal de

Campina Grande - UFCG. 2: 41-51 p. Dez 2012.

MENDONÇA, M. et al. As inovações na gestão de recursos humanos no PSF como eixo organizador de novo processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Brasília,(DF): ABRASCO, 2003. p.56.

MINAYO, M. C.; D'ELIA, J. C.; SVITONE, E. Programa agentes de saúde do Ceará: estudo de caso. In: (Ed.). **Programa agentes de saúde do Ceará: estudo de caso**: UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1990.

MINOZZO, F. et al. **Atenção Integral na Rede de Saúde - Módulo V. SUPERA - Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. SENAD, S. N. D. P. S. D.-. <http://www.supera.senad.gov.br>. 5: 11-34 p. 2014.

CARNEIRO, A. L. M.

MINTO, E. C. et al. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 3, p. 207-220, 2007. ISSN 1679-4974.

MIURA, P. O. et al. Cumulative vulnerability: a case study on intrafamilial violence, drug addiction and adolescent pregnancy. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. SPE2, p. 53-58, 2014. ISSN 0080-6234.

MORENO, R. S.; VENTURA, R. N.; BRÊTAS, J. R. D. S. The use of alcohol and tobacco by adolescents in the municipality of Embu, São Paulo, Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 969-977, 2010. ISSN 0080-6234.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 497-509, 2011.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; FURTADO, E. F. Consumo de álcool e atenção primária no interior da Amazônia: sobre a formação de médicos e enfermeiros para assistência integral. **Rev Bras Educ Med**, v. 35, n. 2, p. 219-28, 2011.

NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 7-14, 2004. ISSN 0102-311X.

NOAL, R. B. et al. Experimental use of alcohol in early adolescence: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 10, p. 1937-1944, 2010. ISSN 0102-311X.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B. D.; RAMOS, Z. D. V. O. Vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. 2000.

NÓBREGA, M. D. P. S.; OLIVEIRA, E. M. D. Dando voz às mulheres usuárias de álcool. **Acta paul. enferm**, v. 16, n. 3, p. 71-80, 2003. ISSN 0103-2100.

OBOT, I. S.; WAGNER, F. A.; ANTHONY, J. C. Early onset and recent drug use among children of parents with alcohol problems: data from a national epidemiologic survey. **Drug and alcohol dependence**, v. 65, n. 1, p. 1-8, 2001. ISSN 0376-8716.

ODGERS, C. L. et al. Is it important to prevent early exposure to drugs and alcohol among adolescents? **Psychological Science**, v. 19, n. 10, p. 1037-1044, 2008. ISSN 0956-7976.

CARNEIRO, A. L. M.

OLIVEIRA, E. B. D. et al. **Normas percebidas por estudantes universitários sobre o uso de álcool pelos pares.** Revista Latino Americana de Enfermagem. 17: 878-85 p. 2009.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: historia avanços e desafios. 2011. **Série Saúde no Brasil**, v. 1, 2012.

PALM, J. Moral concerns-Treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems. 2006.

PATTON, G. C. et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. **The Lancet**, v. 374, n. 9693, p. 881-892, 2009. ISSN 0140-6736.

PEREIRA, M. A. O. et al. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 4, p. 567-72, 2007.

PICKENS, R. W. et al. Family history influence on drug abuse severity and treatment outcome. **Drug and alcohol dependence**, v. 61, n. 3, p. 261-270, 2001. ISSN 0376-8716.

PIEROBON, M. et al. Consumo de álcool e violência entre adolescentes argentinos. **J Pediatr**, v. 89, p. 100-7, 2013.

PINHEIRO, R. et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: (Ed.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**: Hucitec, 2004. p.75-90.

PINHO, P. H. **Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial**. 2009. Universidade de São Paulo

PORTARIA, G. 3088, 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)**. **Diário Oficial da União**, v. 23, 2011.

PRADO, J. D. A. et al. Relations between depression, alcohol and gender in the metropolitan region of São Paulo, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2425-2434, 2012. ISSN 1413-8123.

CARNEIRO, A. L. M.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. D. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 2, n. 2, p. 0-0, 2006. ISSN 1806-6976.

PULIDO, J. et al. Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. **Revista Española de Salud Pública**, v. 88, n. 4, p. 493-513, 2014. ISSN 1135-5727.

RAPHAELLI, C. D. O.; AZEVEDO, M. R.; HALLAL, P. C. Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e adolescentes em escolares de zona rural de um município do Sul do Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 27, n. 12, p. 2429-2440, 2011. ISSN 0102-311X.

REINALDO, A. M. D. S.; PILLON, S. C. Alcohol effects on family relations: a case study. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 16, n. SPE, p. 529-534, 2008. ISSN 0104-1169.

REISDORFER, E. **Significados do uso de álcool e tabaco entre profissionais de saúde e a assistência prestada aos usuários da Atenção Primária em Saúde**. 2013. 215 (Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto - SP, Universidade de São Paulo

RIOS, I. C. Rodas de conversa sobre o trabalho na rua: discutindo saúde mental. **Revista Physis**, p. 251-63, 2007.

RODRIGUES, P. F.; AMESTOY, S. C.; BRAZIL, C. M. O papel da família no tratamento do alcoolismo: a visão do paciente. **Revista Contexto & Saúde**, v. 6, n. 11, p. 55-62, 2013. ISSN 2176-7114.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B.; SOUZA, I. C. W. D. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. **Rev Saude Publica**, v. 43, n. Supl 1, p. 51-61, 2009.

RONZANI, T. M. et al. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 852-861, 2005.

ROOM, R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. **Drug and alcohol review**, v. 24, n. 2, p. 143-155, 2005. ISSN 0959-5236.

CARNEIRO, A. L. M.

_____. Taking account of cultural and societal influences on substance use diagnoses and criteria. **Addiction**, v. 101, n. s1, p. 31-39, 2006. ISSN 1360-0443.

ROSA, A. D. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Acta paul. enferm**, v. 17, n. 3, p. 255-261, 2004. ISSN 0103-2100.

SAKATA, K. N.; MISHIMA, S. M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 665-672, 2012. ISSN 1980-220X.

SANTINI, S. M. L. et al. Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde no Paraná e suas condições de trabalho. 2010.

SANTOS, G. A.; NUNES, M. D. O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? **Physis (Rio J.)**, v. 24, n. 1, p. 105-125, 2014. ISSN 0103-7331.

SAÚDE, B. M. D. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. DST/AIDS, M. D. S.-C. N. D. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Série B. Textos Básicos de Saúde: 60 p. 2003.

SAÚDE, M. D. **Programa Agentes Comunitários de Saúde, PACS**. Ministério da Saúde, 2001. ISBN 8533402716.

_____. **Política nacional de atenção básica**: Ministério da Saúde Brasília 2006.

_____. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde, 2012.

SAÚDE, M. D.; DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS, S. D. A. À. S. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**: Ministério da Saúde Brasília 2010.

SENA, E. L. D. S. et al. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. **Texto & contexto enferm**, v. 20, n. 2, p. 310-318, 2011. ISSN 0104-0707.

CARNEIRO, A. L. M.

SILVA, C. et al. A convivência do familiar com o alcoolista no espaço doméstico. **Rev Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20, p. 43-50, 2011.

SILVA, M. R. S. D. Família de alcoolista: o retrato que emerge da literatura. 2003. ISSN 1517-6533.

SILVEIRA, P. S. D.; MARTINS, L. F.; RONZANI, T. M. Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde. **Psicologia: teoria e prática**, v. 11, n. 1, p. 62-75, 2009. ISSN 1516-3687.

SIMÃO, M. O. et al. Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 3, p. 121-129, 2002. ISSN 1516-4446.

TAPERT, S. F. et al. Blood oxygen level dependent response and spatial working memory in adolescents with alcohol use disorders. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 28, n. 10, p. 1577-1586, 2004. ISSN 1530-0277.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 1suppl, p. 193-201, 2008.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VARGAS, D. D.; DUARTE, F. A. B. Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (Caps ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 1, p. 119-26, 2011.

VIEIRA, L. B. et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 3, p. 366-72, 2014.

VILLACE, M. B.; FERNANDEZ, A. R.; COSTA JUNIOR, M. L. D. Alcohol consumption in young people between 18 and 24 years according to sociodemographic characteristics. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1144-1150, 2013. ISSN 0104-1169.

CARNEIRO, A. L. M.

WEITZMAN, E. R. Poor mental health, depression, and associations with alcohol consumption, harm, and abuse in a national sample of young adults in college. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 192, n. 4, p. 269-277, 2004. ISSN 0022-3018.

WHO, W. H. O.-. **Global status report on alcohol and health-2014**. World Health Organization, 2014. ISBN 9240692762.

WILLIAMS, A.; CLARK, D. Alcohol consumption in university students: the role of reasons for drinking, coping strategies, expectancies, and personality traits. **Addictive behaviors**, v. 23, n. 3, p. 371-378, 1998. ISSN 0306-4603.

WINDLE, M.; DAVIES, P. T. Depression and heavy alcohol use among adolescents: Concurrent and prospective relations. **Development and Psychopathology**, v. 11, n. 04, p. 823-844, 1999. ISSN 1469-2198.

ZANETTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, p. 448-455, 2010.

ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 349-60, 2011.

10. ANEXOS

Anexo A - Guia para coleta de Dados

A.1. Questionário Sociodemográfico

1. Número da Entrevista:	
2. Município:	Data:
3. Profissão:	
4. Sexo: ()Feminino ()Masculino	
5. Idade:	
6. Escolaridade: () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Médio Incompleto () Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo	
7. Estado Civil () Casado ou com companheiro () Solteiro () Viúvo () Divorciado	
8. Tempo de Trabalho na profissão:	
9. Tempo de Trabalho no município:	
10. Fuma atualmente? () Sim () Não	
AUDIT	
11. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma bebidas alcoólicas? (0) Nunca → QUESTÃO 19 (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por semana (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana	
12. Quantas doses de álcool o(a) Sr.(a) toma normalmente ao beber? (0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais	
13. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma cinco ou mais doses de uma vez? (0) Nunca → se a soma das questões 11 e 12 for 0, pule para a questão 19 (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	

<p>14. Quantas vezes, desde, <i>abril</i> do ano passado, o(a) Sr.(a) achou que não conseguiria parar de beber depois que começou?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>15. Quantas vezes, desde, <i>abril</i> do ano passado, o(a) Sr.(a), por causa do álcool, não conseguiu fazer o que deveria ter feito?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>16. Quantas vezes, desde, <i>abril</i> do ano passado, o(a) Sr.(a) precisou beber de manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>17. Quantas vezes, desde, <i>abril</i> do ano passado, o(a) Sr.(a) se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>18. Quantas vezes, desde, <i>abril</i> do ano passado, o(a) Sr.(a) não conseguiu lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>19. O(a) Sr.(a) já causou ferimentos ou prejuízos ao Sr.(a) mesmo ou a outra pessoa depois de beber?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p>
<p>20. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de o(a) Sr.(a) beber ou pediu que o(a) Sr.(a) parasse?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p>

(4) Sim, nos últimos 12 meses

A.2. Roteiro para Entrevista

- Como você percebe o uso de álcool nesta comunidade?
- Você realiza atendimento a pacientes usuários de álcool?
- Existe algum tipo de treinamento na sua região? Como funciona?
- Você tem alguma formação acadêmica específica para trabalhar com este público?
- Se sim, fale como foi. Se não, sente falta?
- A que você atribui o uso e/ou dependência de álcool?
- Como você percebe o processo de parada do uso? É possível parar de usar?
- Como você se sente frente ao usuário de álcool em busca de tratamento? Pode comparar um atendimento a uma pessoa com algum outro problema de saúde comum aqui?
- Fale a primeira coisa que vem na sua cabeça quando alguém busca tratamento para o uso de álcool...

CARNEIRO, A. L. M.

Anexo B – Aprovação no comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 1043

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 1043

FR: 374539

TÍTULO: ANÁLISE DA ARTICULAÇÃO ENTRE OS NASFs E A ESF NA 6ª SDR DO ESTADO DE SANTA CATARINA - DOS DESAFIOS ÀS POTENCIALIDADES PARA A EFETIVAÇÃO DO SUS

AUTOR: Rodrigo Otávio Moretti Pires, Rodrigo Otávio Moretti-Pires

FLORIANÓPOLIS, 13 de Dezembro de 2010.

Coordenador do CEPSH/UFSC