

HUMANAS E SOCIAIS

V.8 • N.1 • Abril/Maio/Junho - 2019

ISSN Digital: 2316-3801

ISSN Impresso: 2316-3348

DOI: 10.17564/2316-3801.2019v8n1p9-24



CUIDADO À SAÚDE DOS HOMENS EM USO ABUSIVO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

CARE MEN'S HEALTH IN ABUSE AND DEPENDENCE OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS

Mayara Carneiro Alves Pereira¹

Adriana Alves da Silva²

Márbia Araújo Viana³

RESUMO

Este artigo busca demonstrar como profissionais de nível médio e superior de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) posicionam-se frente aos cuidados à saúde dos homens em uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas. Tendo como objetivo geral analisar como se realiza o cuidado ao homem em uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na ESF do município de Reriutaba - CE. Para tal, o estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas com alguns membros da equipe e dados submetidos à análise de conteúdo temática. Através das análises, constatou-se um cuidado frágil marcado principalmente pelo pouco domínio de conhecimentos acerca das políticas públicas e a concepções baseadas no senso comum e concepções tradicionais. Ressaltando que também existem problematizações e insatisfações em relação às atuações e possibilidades de trabalho. Diante de tal contexto, considera-se esta temática bastante desafiadora para as práticas profissionais frente às dificuldades, no entanto, deve-se buscar ampliar o campo das possibilidades e potencialidades.

PALAVRAS-CHAVE

Atenção Primária à Saúde. Saúde do Homem. Saúde Mental. Alcoolismo. Usuários de Drogas.

ABSTRACT

This article demonstrates the way professionals of a Family Health Strategy (ESF) is positioned front of care men's health in abuse and dependence on alcohol and other drugs. Having as objective generality to analyze how to realize the care of man in harmful use and dependency of alcohol and other drugs in the ESF of municipality Reriutaba - CE. For this, the study was developed through qualitative research with semi-structured interviews and data submitted to thematic content analysis. Through the analyzes it was verified fragile care especially for the little domain knowledge about public policies and conceptions based on common sense and traditional conventions. Emphasizing that there are also problematizations and dissatisfactions regarding the actions and possibilities of work. In view of this context, this theme is considered defiant theme for the professional practice front of the difficulties, however, should seek to expand the field of possibilities and potentials.

KEYWORDS

Primary Health Care. Men's Health. Mental Health. Alcoholism. Drug Users.

RESUMEN

En este artículo se pretende demostrar cómo profesionales de enseñanza media y superior de una Estrategia de Salud de la Familia (ESF) se posiciona frente al cuidado de la salud de hombres en situación de abuso y dependencia de alcohol y otras drogas. Teniendo como objetivo principal analizar cómo ocurre el cuidado del hombre en el consumo nocivo y el alcohol y otras drogas en la ESF en la ciudad de Reriutaba - CE. De este modo, el estudio se desarrolló a través de la investigación cualitativa con encuestas semiestructuradas, con algunos de los miembros y se sometieron los datos presentados a análisis de contenido temático. A través del análisis, se percibió un cuidado frágil marcado principalmente por poco conocimiento y dominio acerca de las políticas públicas basadas en el sentido común y las concepciones tradicionales. Teniendo en cuenta que también hay problematizaciones e insatisfacciones con respecto a actuaciones y posibilidades de trabajo. Ante este contexto, consideró esta cuestión muy difícil para la práctica profesional delante de las dificultades, sin embargo, debe tratar de ampliar el campo de posibilidades y potencialidades.

PALABRAS-CLAVE

Atención Primaria de Salud. Salud del Hombre. Salud Mental. Alcoholismo. Consumidores de Drogas.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta o resultado de uma pesquisa realizada na Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP – CE) que teve como objetivo identificar como profissionais de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Reriutaba-CE posicionam-se frente ao cuidado à saúde dos públicos² masculinos em uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas. Diante de tais propostas, busca ampliar essas discussões no dossiê *Gênero, sexualidade e raça no Brasil*, uma vez que o(s) homem (ns) não são sujeitos singulares e sim múltiplos e plurais dentro desta interseccionalidade.

A problemática tem alcançado índices preocupantes, tendo sido constatado que cerca de 10% da população dos centros urbanos em nível internacional, consome álcool e outras drogas de forma abusiva, independentemente da idade, sexo, instrução e poder aquisitivo, tendo ainda a constatação que o referido público masculino, se apresenta como o maior dependente tanto de álcool como de outras drogas, quando comparado com a dependência feminina (OMS, 2001).

Toda essa realidade, associada aos aspectos sócio-histórico-culturais de virilidade, força e invulnerabilidade dos homens reflete por um lado em uma desvalorização do autocuidado e menor procura aos serviços de saúde e por outro em pouca ênfase das ações dos serviços de saúde. Deste modo, acredita-se que os determinantes sociais de vulnerabilidade do gênero masculino, no que se refere ao uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas é também uma condição que necessita de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde deste público (BRASIL, 2008).

Frente a essas necessidades, o Ministério da Saúde (MS) efetivou a presença dos públicos masculinos na agenda da Atenção Básica no ano de 2008, com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Além de iniciativas relativas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas a partir de uma visão holística, que busca ampliar as discussões sobre esta temática e desenvolver medidas que não sejam moralistas e/ou repressivas, entendendo-a como problema de saúde e de interesse do usuário, família e comunidade (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008).

Em função do reconhecimento da expressividade e necessidade desta temática para saúde pública, o Ministério da Saúde a classifica como uma das dez problemáticas a ser priorizada pelas ações da Estratégia de Saúde da Família (SOUZA; RONZANI, 2012). Essa recomendação implica na implementação de cuidado a ser desenvolvido em todos os níveis de complexidade de atenção, incluindo a articulação entre os diversos serviços, como entre eles os Hospitais, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) e ESF (BRASIL, 2004).

Diante dessa realidade, algumas inquietações se fizeram sentir no percurso de Residente de Saúde Coletiva da RIS – ESP-CE, como o reconhecimento da importância da Saúde da Família como porta

² Utiliza-se masculinidades no plural devido ao desenvolvimento social que corrobora o poder masculino baseado na concepção feminista de gênero, produzindo reflexões sobre masculinidades, uma vez que não existe uma única masculinidade. Ao invés de um discurso metanarrativo sobre “o” homem, tem-se diferentes masculinidades, sendo possível falar em formas hegemônicas e subordinadas, já que são baseadas nas posições de poder e no desenvolvimento das diversas relações com outras masculinidades (MEDRADO *et al.*, 2008).

de entrada e ordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), a percepção crítica acerca da existência de uma cultura patriarcal mantenedora da afirmação da masculinidade, a necessidade de desmistificação da saúde do homem diante das práticas convencionais resultaram na motivação por se investigar como tem sido realizado o cuidado à saúde dos públicos masculinos em uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas na particularidade da cidade de Reriutaba - Ceará.

Dessa maneira, este artigo traz consigo a intenção de contribuir com a identificação e problematização das concepções profissionais, representando uma proposta bastante desafiadora, pois revela e discute a necessidade de visitar uma combinação de temáticas muitas vezes consideradas periféricas. E parte do princípio de que a produção do cuidado transcende a mera realização de procedimentos e implica o reconhecimento do usuário como sujeito de direitos.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 NATUREZA, LOCAL E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo é fruto de uma pesquisa realizada pela Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará desenvolvida no período de maio de 2015 a fevereiro de 2016. A investigação norteou-se pela abordagem qualitativa e tipo de estudo descritivo, representando uma proposta metodológica que busca maiores detalhes e aprofundamento na temática escolhida.

A pesquisa foi desenvolvida em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família da zona urbana do município de Reriutaba-CE. Tendo como participantes alguns profissionais de nível superior e médio deste serviço, sendo: um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), seguindo como critério de inclusão, os respondentes que tinham formações nas categorias profissionais escolhidas para discussão da Atenção Básica e que se disponibilizaram a participar. E de exclusão os que não estiverem atuando no serviço escolhido.

2.2 PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO, REGISTRO DOS DADOS E ANÁLISE DE DADOS

Foram procedimentos de produção dos dados, entrevistas semiestruturadas com os profissionais, previamente agendadas e realizadas no serviço em horário de intervalo das ações. Os dados advindos das entrevistas semiestruturadas foram interpretados pela análise de conteúdo, utilizando-se para tanto da categoria “Análise Temática”, que consiste na descoberta de núcleos de sentido que compõem uma comunicação, operacionalizada pelas etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e a interpretação (MINAYO, 2006).

Para organização da discussão foram observados os pontos comuns, divergentes e complementares nas falas dos profissionais, tendo como referência os objetivos da pesquisa. Optou-se por esta proposta metodológica devido ao seu potencial de alcance de movimentos no discurso dos profissionais, além de

permitir uma abertura para que eles relatem suas vivências sem nenhum tipo de impedimento, o que impossibilitaria a fala espontânea e a manifestação de outros conteúdos considerados importantes.

As respostas dos participantes foram organizadas em quatro categorias que serão analisadas e discutidas na próxima seção deste artigo, sendo elas: Concepção de gênero e de saúde do homem; Álcool e outras drogas: um olhar para os usuários; Dificuldades e desafios; Possibilidades e potencialidades.

2.3 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa foi conduzida dentro de padrões éticos, obedecendo ao disposto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e do Ministério da Saúde (MS) no que diz respeito à pesquisa empírica com seres humanos (BRASIL, 2012). E foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/ CE, com o número de parecer 1.386.583 de 11 de janeiro de 2016. Pensando ainda em garantir o sigilo das entrevistas, utilizou-se a proposta de nomeação dos profissionais por numeração (de acordo com a realização das entrevistas), a fim de que não haja nenhuma possibilidade de associação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 CONCEPÇÃO DE GÊNERO E DE SAÚDE DO HOMEM

O fator gênero deve ser percebido como um aspecto de grande importância no padrão dos riscos de saúde. Diante da condição de gênero e da forma como homens e mulheres percebem e usam seus corpos, a maioria das doenças passa a ser entendida como parte de uma combinação entre causas biológicas e socioculturais, uma vez que os processos sociais referentes ao gênero produzem diferenças no padrão de morbimortalidade e proteção à saúde masculina e feminina. É fundamental que o serviço de saúde esteja atento a essas ideologias e concepções, visando não apenas desmistificá-las, mas também realizar planejamento das ações com respeito a essas, de modo a envolver os diversos públicos na promoção e prevenção aos riscos e agravos em saúde (SCHRAIBER, 2012).

Em verdade, pensar em gênero é discutir um longo processo histórico e cultural, permeado por lutas e mudanças, passando a ser visto como uma categoria atravessada por questionamentos sobre classe social, raça, etnia, cultura e gerações, sendo um construto que condiciona a percepção do mundo e uma forma de reprodução do que pertence ao masculino e ao feminino. Logo, a tarefa de definir gênero é complexa, pois apresenta vários significados e sentidos sociais e históricos (MACHIN *et al.*, 2011).

Conforme dados achados nesta pesquisa, a concepção de gênero dos profissionais é bem limitada, ligada à característica biológica e papel cultural na sociedade. Para os profissionais nota-se que existe um lugar simbólico de homem como chefe-provedor do lar, geralmente associado ao trabalho. São depoimentos que ilustram essa constatação “sexo masculino que se considera homem” (Profis-

sional 1), “pessoas que nascem no sexo masculino e se identificam como tal” (Profissional 4) e ainda aqueles que “trabalham o dia todinho” (Profissional 3).

Relativo à concepção de cuidados em saúde relacionados aos homens, percebe-se uma conformação desta visão ao papel desempenhado por eles na sociedade. Embora os entrevistados demonstrem ser o cuidado importante, apenas ressaltam que os homens são resistentes, sem qualquer maior explicação ou argumentação, situação que leva a inferir que esses profissionais ainda não conseguem visualizar a saúde deste gênero sob um enfoque mais integral.

A concepção de gênero dos profissionais se assemelha ao encontrado em Camargo e seus colaboradores (2011) quando colocam que os conceitos naturalizados de homens e mulheres são percebidos de uma forma tradicional, em que o primeiro, sinônimo de produção social, deve ser rapidamente afastado de qualquer possibilidade de doença que prejudique seu vigor no trabalho. Já a mulher, percebida como ser que permanece nos cuidados da casa, percebe seu corpo ser reduzido ao papel reprodutor e cuidador, ou seja, envolto de diversos dispositivos disciplinares. Deste modo, os cuidados com os homens são sempre vistos como urgência, já que seu papel está sempre associado ao trabalho o que não implica muitas vezes em investigação e tratamento, mas paliativos para retorno rápido às atividades cotidianas.

Uma das grandes questões de gênero a se estar atento é a dos homens se considerarem invulneráveis e superiores diante dos problemas de saúde, retardando ao máximo a busca por assistência, alegando não terem tempo para cuidar da saúde, reclamando da constante ausência dos membros da equipe, das longas filas de espera, da falta de medicamentos e a baixa qualificação e atendimento por parte dos profissionais. Com efeito, a visão por esse ângulo ocasiona os adiamentos de consultas e exames, fatores esses que contribuem para uma maior probabilidade de doenças que poderiam ser evitadas (SCHRAIBER *et al.*, 2010).

Cabe destacar que a limitação na concepção de saúde do gênero masculino dos profissionais é fortalecida pela realização de campanhas e por seu caráter pontual e circunstancial, que acabam por fragmentar o trabalho e a concepção dos profissionais no cotidiano, como pode ser visto com o Profissional 4 “A gente tem a atenção integral ao homem quando tem os períodos de campanha do Novembro Azul, a questão do câncer de próstata [...] no geral a gente não tem uma rotina de promoção à saúde do homem”. O Profissional 1 diz que são realizadas no cotidiano “[...] só a consulta normal, individual, comigo e com a enfermeira”, reforçado pelo depoimento do Profissional 3 que relata realizar “verificação de pressão, atendimento individual, se precisar a gente passa para o atendimento do enfermeiro, ou o médico”.

Conclui-se, portanto, que há em alguns dos discursos dos profissionais a reprodução de uma marca cultural que posiciona, de maneira binária, o masculino e o feminino, reforçando a existências do modelo tradicional de masculinidade com a ideia que o homem só procura o serviço com problemas graves ou quando impossibilitados de trabalhar. Desse modo, ainda que exista uma extensa reflexão da perspectiva de gênero em relação à promoção e à prevenção da saúde na sociedade, ainda são deficientes os processos de socialização dos homens, que constituem referências significativas do modo como os profissionais percebem os usuários.

3.2 ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: UM OLHAR PARA OS USUÁRIOS

A concepção dos profissionais entrevistados sobre uso do álcool e outras drogas é semelhante à concepção de gênero, ou seja, se faz pelo senso comum e sem qualquer reflexão mais elaborada sobre essa problemática, relaciona-se aos aspectos morais e biológicos, chegando-se muitas vezes a ser preconceituosa e estereotipada, como pode ser observado no depoimento do Profissional 3 pelo uso dos termos “bebinhos”, “alcoólatra” e “drogado” e de outros entrevistados.

Embasado nesse senso comum e no desconhecimento, esses temas são conceituados equivocadamente pelos profissionais, implicando em tabu, provocando medo, inclusive de violação da sua integridade física e conseqüentemente distanciamento na relação entre profissional e usuário do SUS, que sem informação acaba não realizando uma intervenção mais eficaz sobre a problemática. São depoimentos que ilustram essa assertiva:

[...] muitas vezes a gente desenvolve um trabalho até de risco, a gente vai na casa de um que está utilizando, a gente está correndo um risco (Profissional 2);

No caso de drogas eles chegam querendo agredir a gente [...] eu acho perigoso. Eu fazia o curativo todos os dias em um homem que usava drogas, eu ficava com medo, só entrava na casa dele com o motorista. Eu fazia na frente, em uma salinha da casa muito humilde e os drogados lá no quintal. A vizinhança até dizia que eles iam para lá para guardar as drogas e eu fazendo o curativo, mas com medo, porque ninguém sabe qual a intenção deles para com a gente (Profissional 3).

Acerca de um possível cuidado para o usuário de álcool e outras drogas, o Profissional 1 sustenta que “aqui muitas pessoas consomem drogas, mas não falam que consomem. Então, como atender esse paciente que não fala?” Constata-se que como consequência direta da concepção irrefletida dos profissionais sobre a temática, o cuidado se faz incipiente, inexistindo uma atenção específica sobre essa problemática, embora todos os profissionais saibam da sua existência e se deparem com ela no cotidiano da unidade de saúde.

Paradoxalmente, há profissionais que reconhecem a importância de um cuidado bem desenvolvido e articulado, como destaca o Profissional 4, que mesmo reconhecendo as dificuldades, apresenta uma forma de atender esse público:

[...] não é dada a importância ideal de trabalhar a saúde do homem e a esses usuários de álcool e drogas. O maior desafio é ter uma base, é saber como dar continuidade com esse paciente. Por aqui a gente não tem essa referência, não tem CAPS AD, nem CAPS comum, então, por não ter essa referência, fica solto, fica um acompanhamento incompleto. O que a gente pode fazer por um paciente desses se a gente não tem profissionais capacitados, para dar um apoio, não tem uma unidade de referência especializada nisso. Fica algo incompleto.

A partir dessa fala, nota-se o reconhecimento da importância de práticas articuladas, da continuidade do atendimento e de serviços como o CAPS AD, que deve atuar no cuidado às pessoas em uso abusivo e dependência dessas substâncias, sendo um serviço aberto, com base comunitária, funcionando de acordo com a lógica territorial, fornecendo atenção contínua a indivíduos com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004).

Constata-se que os profissionais reconhecem a potencialidade e a necessidade de promover a inserção, embora desconheçam ações e tenham como prática a cultura da referência. Dentre as ações que deveriam estar na pauta das discussões dos profissionais, há um destaque ao suporte de grupo e proteção aos seus usuários, organização do processo de trabalho com a equipe multiprofissional, estabelecimento de profissionais de referência, adequação da oferta de serviço às necessidades, oferta de cuidados aos familiares e promoção da compreensão das Políticas Públicas junto aos usuários e família (BRASIL, 2012).

Destaca-se que a proposta de ampliar a oferta de atendimento e incentivar práticas de detecção precoce, prevenir os danos causados pelo uso abusivo e compartilhar os cuidados e responsabilidade pelos usuários em outros serviços são fundamentais na assistência pela ESF. No entanto, nota-se tanto na literatura, quanto no processo dessa pesquisa, a pouca ênfase dada pela ESF para intervenção nos casos de uso prejudicial de álcool e outras drogas, principalmente aos indivíduos do sexo masculino. Essas ações, quando existentes, são mais direcionadas às mulheres gestantes (BRASIL, 2003; CRP, 2011).

3.3 DIFICULDADES E DESAFIOS

Ao longo desta análise já foram apresentadas algumas das dificuldades e desafios citados pelos profissionais, ainda assim, esse espaço é destinado a uma maior problematização dessa demanda, uma vez que durante todo o processo de entrevista e observação essa temática foi fortemente mencionada. Deste modo, foram elencadas três subcategorias que representam a frente de discussão desse espaço.

Pode-se perceber no cotidiano do serviço da saúde pública de Reriutaba-CE a falta de conhecimento dos profissionais, que pode acarretar em uma posição pouco crítica e com pequena problematização das dificuldades que envolvem a atuação profissional, como pode ser visto na fala do Profissional 3 “não ouvi falar sobre elas [as políticas] não. Eu trabalho no posto, mas não conheço nenhuma não”.

A esse respeito Schraiber (2012), em um estudo acerca da perspectiva das práticas profissionais, observa o conflito dos profissionais em estarem cada vez mais constituindo uma visão do cotidiano dos serviços que opera por meio de uma separação de práticas entre os saberes profissionais, reduzindo-se as questões biomédicas e automatizadas, fugindo das diversas questões socioculturais, entre elas as de gênero. Agindo assim, o profissional se limita a seus juízos morais associados às tradições, fugindo ou até mesmo desconhecendo a real proposta das políticas públicas.

O segundo entrave diz respeito ao trabalho com este público em específico, para o Profissional 3 “os homens não procuram, vão deixando passar, até mesmo a gente, quando estamos fazendo as visitas”. O Profissional 4 acrescenta que:

[...] na unidade básica a gente é muito limitado. Primeiro pra captar há dificuldade porque essas pessoas têm resistência [...] a gente pouco aborda sobre isso, a gente tem os mapeamentos que são feitos, os levantamentos anuais dessas pessoas que são usuárias, mas ainda não é dado ênfase, em nenhuma unidade de saúde que eu já passei tinha ênfase.

Essas concepções se fazem preocupantes tendo em vista que estatisticamente o homem morre mais precocemente que as mulheres e que de cada três adultos que morrem no Brasil, dois são do sexo masculino. É comum também o menor uso de medicamentos e busca por consultas e exames médicos, quando comparados com as mulheres. No entanto, há um maior número de homens internados em situações graves e com maiores taxas de mortalidade por causas de patologias, como os casos de câncer de próstata, que representam um dos grandes problemas para a saúde pública brasileira (BRASIL, 2008).

Desdobramento das concepções naturalizadas das problemáticas próprias do gênero masculino e do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas, os profissionais destacam as falhas de suas atuações. O Profissional 1 traz o olhar, também, para esse aspecto “é muito difícil que esse paciente venha à consulta e também é muito difícil fazer consulta com dependente de drogas”. O que torna visível a dificuldade de trabalho muitas vezes é a cultura biomédica reducionista, podendo resultar em práticas de saúde que agravam os processos de exclusão social. Schraiber (2012) enfatiza que se não houver mudanças nessa perspectiva, a “visibilidade” que é destinada aos gêneros pode resultar em um esvaziamento ético e político deste conceito.

O terceiro ponto se refere ao trabalho em equipe associado à sobrecarga de trabalho, como retrata o Profissional 1 “a maior dificuldade do meu trabalho, da Atenção Básica, é trabalhar em equipe, porque deve haver atendimento, acolhimento [...] e quando a coisa não funciona bem eu brigo muito”, outros depoimentos, também ratificam a questão:

[...] o tempo é muito pouco, a equipe está sobrecarregada [...] toda hora são muitas demandas (Profissional 1);

[...] todo tempo tem as necessidades que ficam se sobrepondo, a gente tem as emergências, vem dengue, depois vem as campanhas que tem que cumprir [...] e quando vem o homem é só aquele pedacinho do novembro azul e morre ali, é uma coisa que não é dado continuidade. O problema é que a gente está meio que apagando incêndio, não está fazendo a promoção que é pra ser, a gente detecta patologias, agravos e fica só remediando (Profissional 4).

Essas duas falas são muito importantes para se (re) pensar as práticas dos profissionais. Está havendo planejamento? Há realmente um trabalho em equipe ou cada um faz “sua parte”, mantendo o *status quo*, ou seja, conservando os fatos e as situações, como foi conceituado pelo Profissional 4 ao mencionar o termo “apagando incêndio?” Essas e outras provocações são necessárias para o trabalho na Atenção Básica, uma vez que esse serviço deve buscar, também, a promoção e prevenção, não somente a reabilitação da saúde.

Outra referência para o trabalho em saúde e que não pode ser deixada de lado diz respeito ao princípio norteador do SUS, expresso no artigo 196 da Constituição Federal (1988) em que a saúde deve ser “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 117).

A saúde deve então ser compreendida como uma tarefa muito complexa diante da diversidade de conceitos e práticas realizadas. Para além da ausência de doenças, envolvendo questões territoriais, epidemiológicas, sociais, culturais e psicológicas. Nessa direção, deve existir a problematização e ampliação do conceito de saúde, das suas ações, buscando impulsionar o desenvolvimento de tecnologias relacionais e do compromisso ético-político. Existindo subsídios para incluir, no mínimo, educação em saúde, nutrição, saneamento básico, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas, medicamentos essenciais, além de uma articulação em rede (SCLiar, 2007).

3.4 POSSIBILIDADES E POTENCIALIDADES

Assim, como foi dito acerca das dificuldades e desafios, as possibilidades e potencialidades também foram apresentadas indiretamente ao longo das discussões, mas há uma necessidade desse espaço singular para essa problematização, principalmente para se pensar a saúde do homem não somente como falhas, mas principalmente construir (conjuntamente) as possibilidades, cabendo também ao pesquisador esse importante papel. Deste modo, foram elencadas quatro subcategorias para ilustrar essa proposta de discussão.

O primeiro diz respeito aos aspectos institucionais, estrutura física e recursos humanos, onde os discursos enfatizam serem potencialidades. O Profissional 2 destaca “espaço físico, porque às vezes eles têm receio de procurar e já ser criticado e os profissionais daqui são acessíveis, então acredito que dá para fazer algo aprofundado”. Profissional 3 traz ainda que “agora muitos homens estão procurando muita a dentista, porque antes a gente não tinha saúde bucal, eu estou até me admirando porque muitos homens procuram”.

A segunda possibilidade diz respeito a articulações entre serviços e mesmo os profissionais tendo consciência das dificuldades, citam sua importância tanto com os serviços já existentes, como Alcoólicos Anônimos (AA), quanto com os que ainda não representam a realidade do município, como o CAPS AD. Como pode ser percebido, respectivamente, nas seguintes falas:

[...] aqui em Reriutaba tem o AA, mas eles têm resistência até de procurar o AA porque eles acham que podem parar na hora que quiser. Então, eles não procuram nem uma ajuda tipo o AA e nem a Atenção Básica (Profissional 2);

[...] mesmo que a gente não tenha o CAPS AD aqui, a gente tivesse pelo menos os profissionais especializados com calendários de atendimentos nas unidades, o ideal para os usuários é o psiquiatra. Ou então que fosse estabelecida a Política no município, com atendimentos mensais voltados para esse público, até porque tem recursos. Tem que ser

definido e estipulado que precisa começar, porque demanda a gente tem demais, o que está precisando é dar uma atenção maior (Profissional 4).

Como terceira possibilidade está a interdisciplinaridade para desenvolvimento do cuidado à saúde, o Profissional 1 compreende que

Essas doenças são mais interdisciplinares, você tem problema de alcoolismo, tem dependência de drogas, posso visitar e conversar com a família. Mas daí para frente tem que entrar a psicóloga, tem que entrar psiquiatra, tem que entrar as enfermeiras, tem que entrar os agentes comunitários de saúde.

Esse profissional destaca a importância de se trabalhar com os diversos saberes no campo da saúde mental, nesta mesma direção, o Profissional 2 relata que fez capacitação onde a interdisciplinaridade foi destacada, situação que demonstra que mesmo sendo o conhecimento frágil, a informação e a necessidade desta práxis é sentida pelos profissionais:

Depois que comecei a trabalhar fiz uma capacitação aqui em Reriutaba que se chamava *caminhos do cuidado* que era toda voltada para os usuários de drogas, de como é que a gente deve abordar esse paciente, de como a gente deve conversar com as famílias. Foi muito bom, muito proveitoso.

Essas práticas interdisciplinares se apresentam relacionadas principalmente às tecnologias leves/relacionais, que consistem, segundo Mehry (2004) em um trabalho mais vivo e por ocorrer de forma mais aberta e em constante processo, sendo também percebida e referida pelos profissionais como o vínculo, o atendimento humanizado, o acolhimento, dentre outras práxis. Como pode ser visto nas seguintes falas:

Deve haver um bom atendimento, acolhimento [...] possibilidade de encaminhamentos para se trabalhar melhor com o problema e do trabalho em equipe. Mas a equipe tem que estar bem preparada, um bom atendimento com o médico, a enfermeira e o agente comunitário de saúde, saber conversar com a pessoa, fazer um grupo de alcoólatra, de dependentes de drogas, um trabalho geral da equipe de saúde [...] tem que ser com uma equipe multidisciplinar, com psicólogo, psiquiatra, Atenção Primária. Um trabalho em equipe, essa atenção tinha que ser feita também com o NASF, com atendimento compartilhado, tem que haver uma equipe, Atenção Básica com o NASF, principalmente com psicólogo (Profissional 1).

Desenvolvimento e o atendimento do psicólogo, do psiquiatra, da equipe multiprofissional, eu acho que no acolhimento, na escuta inicial e nas orientações (Profissional 4).

Nota-se fortemente que os profissionais acreditam na importância dessas práticas não tradicionais no cuidado desses homens, como pode ser visto na fala do Profissional 3 “fazendo visita nas ca-

sas [...] palestras no posto, chamando esse pessoal para participar”. Percebe-se assim a importância de práticas como acolhimento, atendimento humanizado e compartilhado, visita domiciliar, importância de grupos e a participação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Frente a essas práticas interdisciplinares, foram criados os NASF, que objetivam ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Esses serviços são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais da ESF e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios, atuando diretamente no apoio matricial às equipes (BRASIL, 2009). O NASF de Reriutaba – CE é bastante recente, ainda em processo de organização de suas práticas, que tiveram início nos primeiros meses deste ano (2016), mas que já proporcionou bons impactos para a saúde do município, resultando em reconhecimento especial pelos membros de outras equipes e usuários do SUS.

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Devem contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações do NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e outras (BRASIL, 2009).

Com essas discussões, cabe destacar que todas as características, práticas, relações, demandas, dificuldades e desafios não são fatores separados. Todos estão entrelaçados pelas questões sociais, profissionais e principalmente culturais, buscando perceber as inúmeras formas de ver a saúde, ampliam-se as possibilidades e potencialidades no serviço público, na saúde do homem, na atenção básica, nas percepções acerca de álcool e outras drogas, práticas interdisciplinares e em articulação com os demais serviços.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente sua importância e proximidade com a realidade local, a investigação contou com a receptividade dos profissionais que se disponibilizaram a participar, contribuindo com suas percepções, que após análise indicou as concepções que norteiam suas práticas, bem como as dificuldades e potencialidades sentidas no cotidiano.

Da realização da investigação conclui-se que ainda há muito que se questionar a respeito das práticas profissionais no que se refere ao cuidado de públicos tão esquecidos pelos serviços de saúde como no caso desta pesquisa o público em uso abusivo de álcool e outras drogas. Devendo haver assim mais problematização sobre os princípios do SUS, principalmente os da Atenção Básica, rompendo com práticas tão fortes, como a segmentação dos serviços e do público atendido, como foi percebido ao longo desta discussão.

Porém, para que tais discussões e reflexões se concretizem, é necessário que se problematize as práticas profissionais, dentro de suas possibilidades e potencialidades, pois como bem notaram Andrade e Simon (2009, p. 171), os profissionais “[...] amputaram as oportunidades de ousar, criar, construir [...] em nome da segurança, do conhecido, da manutenção do *status quo* e da ilusória identidade profissional que se sustenta no modelo clínico tradicional”. Existindo, assim, a necessidade de constantes discussões e problematizações para que os profissionais não “amputem” suas inúmeras possibilidades.

Cabe referir que essa temática se revela desafiadora para as práticas profissionais, tendo este estudo como recomendação a ampliação das discussões e problematizações sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas nas equipes da ESF, o fomento de realização da interdisciplinaridade e de parcerias institucionais, na busca de ampliar o campo das possibilidades e potencialidades, objetivando contribuir para este campo de saber.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. F. S. M.; SIMON, C. P. Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas. **Paideia**, v. 19, n. 43, pp. 167-175, 2009. Disponível em: www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/04.pdf. Acesso em: 22 ago. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 2 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, 2003. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf >. Acesso em: 12 de fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 13 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Princípios e Diretrizes, 2008. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130/2012** redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 13 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alcool_reducao_danos2004.pdf. Acesso em: 12 nov. 2015.

CAMARGO, B. V.; CAMPOS, P. H. H.; TORRES, T. DE L.; STUHLER, G. D.; MATÃO, M. E. L. Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. **Temas em psicologia**, v. 19, n. 1, p. 179-192, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2011000100014&script=sci_arttext. Acesso em: 6 jan. 2016.

CRP. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região - São Paulo. **Álcool e outras drogas**. São Paulo: CRPSP, 2011. Disponível em: <http://www.crpasp.org.br/portal/comunicacao/livro-alcool-drogas/crpasp-alcool-e-outras-drogas.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MACHIN, R.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. DA; SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; FIGUEIREDO, W. DOS S.; VALENÇA, O. A.; PINHEIRO, T. F. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011. Disponível em: www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a23v16n11.pdf. Acesso em: 20 nov. 2015.

MEDRADO, B.; AZEVEDO, M.; LYRA, J. L. C. Rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais no cuidado infantil: Pai não é visita! Seminário Internacional Fazendo Gênero 8: Corpo, Violência e Poder, Florianópolis: UFSC-Editora Mulheres, 2008. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST21/Medrado-Azevedo-Lyra_21.pdf. Acesso em: 20 nov. 2015.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-05.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2015.

MINAYO, M. C. S. **Os desafios do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed., São Paulo: Hucitec, 2006.

OMS. Organização Mundial de Saúde. OPAS Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. **Saúde Mental**: nova concepção, nova esperança, 2001. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf. Acesso em: 10 out. 2015.

SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2635-2644, 2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/13.pdf. Acesso em: 10 nov. 2015.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; PINHEIRO, F. P.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N. DA; VALENÇA, O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária aos cuidados dos homens. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n5/18.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2016.

SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 237-246, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722012000200007&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 mar. 2015.

Recebido em: 15 de Dezembro de 2018

Avaliado em: 12 de Fevereiro de 2019

Aceito em: 12 de Fevereiro de 2019



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

1 Psicóloga; Mestranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí (UFPI); Especialista em caráter de residência pela Escola de Saúde do Ceará (ESP – CE) e lato sensu em Saúde Mental e Docência do Ensino Superior. E-mail: mayaracapereira@gmail.com;

2 Assistente Social do Instituto Federal do Ceará (IFCE); Mestre e Doutora pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: adriana.as.ce@gmail.com.

3 Fisioterapeuta; Especialista em caráter de residência pela Escola de Saúde do Ceará – ESP. E-mail: marbiaaraujo@gmail.com



Este artigo é licenciado na modalidade acesso abertosob a Atribuição-Compartilhaqual CC BY-SA

