



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ (UFPI)
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**MASCULINIDADES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO DE CONSUMIDORES
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ESTUDO DE CASO EM UM CAPS AD**

TERESINA, PI
2018

MAYARA CARNEIRO ALVES PEREIRA

**MASCULINIDADES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO DE CONSUMIDORES
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ESTUDO DE CASO EM UM CAPS AD**

Dissertação de Mestrado apresentado à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí apresentado, para fins de defesa de dissertação, sob a orientação da Prof^a. Dr^a Lucia Cristina dos Santos Rosa.

TERESINA, PI
2018

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas e Letras
Serviço de Processamento Técnico

P436m Pereira, Mayara Carneiro Alves.
Masculinidades na produção do cuidado de consumidores de
álcool e outras drogas: estudo de caso em um CAPS AD /
Mayara Carneiro Alves Pereira. – 2018.
200 f.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas)– Universidade
Federal do Piauí, 2018.

Orientação: Prof^a. Dr^a Lucia Cristina dos Santos Rosa.

1. Masculinidades. 2. Sentidos. 3. Substâncias Psicoativas. 4.
Práticas de Cuidado. I. Título.

CDD 614.58

MAYARA CARNEIRO ALVES PEREIRA

**MASCULINIDADES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO DE CONSUMIDORES
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ESTUDO DE CASO EM UM CAPS AD**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, da Universidade Federal do Piauí, sob a orientação do Prof^a. Dr^a. Lucia Cristina dos Santos Rosa, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Políticas Públicas. Área de concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas. Linha de pesquisa: cultura, identidade e processos sociais.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Lucia Cristina dos Santos Rosa (orientadora)
Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo (Examinador Interno)
Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Emanuel José Batista de Lima (Examinador Externo)
Universidade Estadual do Piauí

Aos meus pais, Luiz Alves Pereira (Sitônio) e Marina Carneiro de Sousa Pereira, que são minha inspiração e meu porto seguro.

Eternamente grata!

Um dia escrevi que tudo é autobiografia, que a vida de cada um de nós a estamos contando em tudo quanto fazemos e dizemos, nos gestos, na maneira como nos sentamos, como andamos e olhamos, como viramos a cabeça ou apanhamos um objeto no chão. Queria eu dizer então que, vivendo rodeados de sinais, nós próprios somos um sistema de sinais.

José Saramago (CADERNOS DE LANZAROTE, 1997).

AGRADECIMENTOS

À minha família, pai, mãe, irmãs e esposo, por todo cuidado, apoio, dedicação e incentivo. Em especial aos meus pais por sempre terem se dedicado aos meus estudos, por me acompanharem de pertinho desde o ensino infantil até o mestrado, que mesmo eu sendo “independente” ainda posso contar com vocês. E ao Emerson por todas as leituras, orientações, palavras, conselhos, abraços. Você é essencial.

À Lucia Rosa, por ter, mesmo sem saber, realizado meu sonho de tê-la como orientadora, um sonho nutrido por anos e agora realizado. Foi, com certeza, um dos maiores presentes do mestrado. Obrigada também pela empatia, conversas, orientações e escutas acolhedoras. Está sendo muito mais que uma orientadora!

Ao João Paulo Sales Macedo por sempre se fazer presente no meu crescimento profissional, desde a graduação, pelas preciosas colaborações e por estar sempre disponível. Ao Prof. Emanuel José Batista de Lima pelos momentos de qualificação e defesa, por engrandecer meu estudo com suas contribuições e leituras. À Prof^ª. Patrícia Lustosa pelos aceites das bancas, pela boa conversa e pelos vários livros emprestados. E à Prof^ª. Maria Zilda Silva Soares por toda disponibilidade e aceites dos convites de banca.

Aos meus amigos/amores tão preciosos, que sempre vibram por minhas conquistas, de perto ou de longe, estão sempre presente. Aos antigos/eternos amores, Tia Rosa, Milca, Cíntia, Érica, Rayssa, Kika, Kátya, Maira, PC, Anne e Família Sobral, obrigada por existirem. E aos novos amores, que me deram mais ânimo nesta incrível caminhada, Juciara, Nayra, Sara e Samira.

À equipe e usuários do CAPS AD de Piripiri-PI, por terem muito mais acolhedores e prestativos do que eu podia imaginar, vocês tiveram imensa importância nesta dissertação, não somente por ser *lócus* da pesquisa, mas também pela confiança dado ao meu trabalho.

A todos do departamento de Políticas Públicas, professoras, coordenadoras, secretárias e colaboradores, que sempre estiveram disponíveis para esclarecer dúvidas, ampliar nossos conhecimentos e nos tornarem melhores profissionais.

Aos meus colegas dos mestrados de Políticas Públicas e Sociologia, foram tantas leituras, textos – livros, brincadeiras e momentos compartilhados. Todos esses encontros tornaram nossa caminhada mais agradável e enriquecedora.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de formação de pesquisadora.

Aos meus leitores, agradeço por dedicarem seus esforços e interesses ao estudo de minha temática. Essa dissertação também é especialmente para vocês.

Gratidão!

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo geral discutir os sentidos de masculinidades produzidos pelos profissionais de nível superior do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) do município de Piriripi-PI e por objetivos específicos identificar os sentidos de masculinidades desses profissionais, conhecer as produções de cuidado desenvolvidas por eles e analisar a relação entre os sentidos de masculinidades e as práticas de cuidados desenvolvidas pelos profissionais do serviço. Trata-se de um estudo qualitativo, que contou com observação participante, conversas informais, registro em diário de campo, análises de documentos institucionais e entrevistas semiestruturadas com seis (06) profissionais de nível superior que atuam no CAPS AD. O tratamento das informações construídas ocorreu através da análise das práticas discursivas e produção de sentido de Spink (2014) a partir da produção dos mapas de sentido/dialógicos, sendo posteriormente organizados em quatro (04) eixos de discussão: 1) Características dos profissionais entrevistados; 2) Processos de cuidado: entre o paradigma proibicionista e a redução de danos; 3) Caracterização dos usuários pelos profissionais: masculinidades em evidência; 4) Atravessamentos e transversalidades entre gênero, masculinidades e cuidado. Os resultados das análises sugerem, que os profissionais não refletem sobre gênero/masculinidades, deste modo, há uma compreensão geral de homem, sem maiores adensamentos sobre suas especificidades, principalmente no que diz respeito às demandas do CAPS AD. Constatou-se, ainda, que as produções de cuidado desenvolvidas pelos profissionais são pautadas na lógica da abstinência e em princípios pessoais, inclusive religiosos, e pouco pautados em aspectos profissionais e científicos. Deste modo, mais uma vez, percebemos uma visão pautada no senso comum e em padrões hegemônicos nos sentidos de masculinidades. É preciso entender (e investir) que tais sentidos e discursos/práticas são importantes de serem problematizados, com o intuito de possibilitar maior visibilidade de outros significados e expressões de identidades de gênero, considerando a importância das práticas tanto nos profissionais como nos usuários, com o constante questionamento das subjetividades que vão se produzindo.

Palavras-chave: Masculinidades; Sentidos; Substâncias Psicoativas; Práticas de Cuidado.

ABSTRACT

This research has the general objective of discussing the meanings of masculinities produced by the professionals of the Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) of the municipality of Piriripi-PI and by specific objectives to identify the meanings of masculinities of these professionals, to know the care productions developed by them and to analyze the relationship between the meanings of masculinities and the care practices developed by the professionals of the service. This is a qualitative study that included participant observation, informal conversations, field journaling, institutional document analyzes and semi-structured interviews with six (06) higher level professionals working in the CAPS AD. The treatment of the information took place through the analysis of the discursive practices and production of sense of Spink (2014) from the production of the maps of sense / dialogical, being later organized in four (04) axes of discussion: 1) Characteristics of professionals interviewed; 2) Care processes: between the prohibitionist paradigm and the reduction of damages; 3) Characterization of users by professionals: masculinities in evidence; 4) Crossings and transversality between gender, masculinities and care. The results of the analyzes suggest that the professionals do not reflect on gender / masculinities, in this way, there is a general understanding of man, with no more thoughts about their specificities, especially with regard to the demands of CAPS AD. It was found that the care productions developed by professionals are based on the logic of abstinence and on personal principles, including religious principles, and are not based on professional and scientific aspects. In this way, once again, we perceive a view based on common sense and hegemonic patterns in the senses of masculinities. It is necessary to understand (and invest) that these meanings and discourses / practices are important to be problematized, in order to allow greater visibility of other meanings and expressions of gender identities, considering the importance of practices both in professionals and users, with the constant questioning of the subjectivities that are taking place.

Keywords: Masculinities; Senses; Psychoactive Substances; Care Practices.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caráter de atendimento	106
Tabela 2 – Tempo de tratamento	107
Tabela 3 – Localização	130
Tabela 4 – Outros municípios.....	131

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias de Análises de Sentido	35
Quadro 2 - Serviços de Saúde do município de Piripiri-PI	39
Quadro 3 - Escala dos profissionais – 2017.	41
Quadro 4 - Características sociodemográficas dos profissionais.	97
Quadro 5 – Cronograma das atividades profissionais – 2017.	108
Quadro 6: Síntese dos objetivos e principais resultados.	163

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Desenho o atual do Piauí.....	38
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
ESB	Estratégia de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBTT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
VER- SUS	Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

ESPAÇO I: ASPECTOS INTRODUTÓRIOS E PERCURSOS DA PESQUISA ..	16
ESPAÇO II: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA - POLÍTICAS DE SAÚDE/SAÚDE MENTAL E MASCULINIDADES: UM DIÁLOGO AINDA EMBRIONÁRIO...	46
1. POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL SOB O IMPERATIVO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	47
2. MASCULINIDADES: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO COM POLÍTICAS DE SAÚDE/SAÚDE MENTAL	71
ESPAÇO III – PROCESSOS DE CUIDADO E OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE MASCULINIDADES PELA EQUIPE DO CAPS AD DE PIRIPIRI-PI..	93
1. CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS	94
2. PROCESSOS DE CUIDADO: ENTRE O PARADIGMA PROIBICIONISTA E A REDUÇÃO DE DANOS	105
3. CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS PELOS PROFISSIONAIS: MASCULINIDADES EM EVIDÊNCIA	126
4. ATRAVESSAMENTOS E TRANSVERSALIDADES ENTRE GÊNERO, MASCULINIDADES E CUIDADO.....	140
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	158
REFERÊNCIAS.....	168
APÊNDICES	180
ANEXOS	187

ESPAÇO I: ASPECTOS INTRODUTÓRIOS E PERCURSOS DA PESQUISA

A experiência, e não a verdade, é o que dá sentido à escritura. Digamos, com Foucault, que escrevemos para transformar o que sabemos e não para transmitir o já sabido. Se alguma coisa nos anima a escrever é a possibilidade de que esse ato de escritura, essa experiência em palavras, nos permita libertar-nos de certas verdades, de modo a deixarmos de ser o que somos para ser outra coisa, diferente do que vimos sendo

Jorge Larrosa e Walter Kohan¹ (2013).

Esta dissertação é pautada em meu olhar enquanto pesquisadora em construção, que mesmo com pouca experiência no campo das masculinidades, busca trazer as possibilidades de conhecer este tema inovador para a saúde mental, ao discutir sobre as apropriações dessa categoria e sua tradução em uma realidade assistencial concreta, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) em um município do interior do Piauí, mais especificamente Piripiri – PI.

Como afirmam Larrosa e Kohan (2013), quando nos sentimos animados diante das possibilidades de escrita existe a possibilidade de nos libertarmos de algumas verdades, como os sentidos tradicionais de masculinidades e de atuação profissional no campo de substâncias psicoativas. Deste modo, escolhi desenvolver esta escrita em “ESPAÇOS”, que desvelam paulatinamente o objeto e que ensejam bases para uma compreensão mais ampla, a partir de um território bem demarcado que desafia novos olhares e percepções.

Esta parte da dissertação detalha/investe sobre as escolhas teórico-metodológicas, pois, ao entender o conhecimento científico diante das diversas relações sociais, sistemas e valores, faz-se necessário tecer algumas contextualizações e, de certa maneira, apresentar a “cozinha” deste estudo, que é composto por diversos ingredientes, que requer apuração do paladar, distintos temperos, pois no decorrer do processo observou-se a necessidade de outros cheiros, sabores e cores.

Para iniciarmos a abertura dessas portas, convido você leitor a conhecer um pouco mais sobre a ambiência da cozinha, em que apresento os condicionantes teórico metodológicos, com os focos priorizados para a construção da discussão do estudo,

¹Jorge Larrosa e Walter Kohan são coordenadores na Coleção “Educação: Experiência e Sentido” (2013) da Editora *Autêntica*, trecho retirado da apresentação da coleção.

bem como o convido para conhecer sobre tantas trajetórias, inclusive sobre a minha história enquanto mestranda do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas.

O interesse pelo tema das masculinidades no contexto do consumo prejudicial de álcool e outras substâncias psicoativas, tendo por cenário o CAPS AD de Piri-piri tem relação com meu percurso acadêmico - profissional. Sobre o primeiro aspecto, tive algumas experiências neste município, como no projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS)² em 2012 e de dois estágios não obrigatórios³, conforme a Lei 11.788/2008, proporcionados pela Residência Integrada/Multiprofissional⁴ em Saúde Coletiva em 2015.

Em relação à proximidade com as principais categorias do estudo, ela resulta também de uma inclinação pessoal oriunda das diversas vivências ao longo dos processos formativos, que se iniciou na graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) no *campus* de Parnaíba - PI, mais especificamente na escolha da ênfase em Saúde Coletiva, onde tive maior aproximação com as Políticas Públicas de saúde e saúde mental.

Durante o processo de Estágios Profissionais, obrigatório e não obrigatórios nas Políticas Públicas, em especial nos serviços de saúde mental e atenção básica, tive maior contato com a demanda relacionada à saúde do homem, que resultou no meu trabalho de conclusão de curso (TCC) intitulado “A atuação da Estratégia de Saúde da Família junto aos Públicos Masculinos”.

Com um olhar atento às questões de gênero e saúde mental, dei continuidade aos meus estudos, produções e atuações profissionais com uma pós-graduação *Lato Sensu*

²O projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) foi desenvolvido em parceria com a UFPI e a Secretaria da Saúde de Piri-piri-PI. Representa uma estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil da área da saúde de aproximar os estudantes universitários do setor aos desafios inerentes à consolidação do SUS, representando um compromisso do gestor com a aprendizagem dos estudantes/profissionais que se preparam para este setor. Sendo uma oportunidade de vivenciar os desafios, as dificuldades e os avanços deste sistema, fazendo com que profissionais em formação problematizem a organização dos serviços de saúde nas diferentes regiões do país (BRASIL, 2004).

³A proposta da Residência é vivenciar outros serviços diferentes dos de atuação cotidiana, deste modo, foram escolhidas a Atenção Básica, pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Gestão por meio da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) de Piri-piri - PI.

⁴A Residência Multiprofissional em Saúde é uma Pós-Graduação *lato sensu* (Especialização), voltada para a educação em serviço e destinada às categorias que integram a saúde e áreas afins, excetuada a médica (Residência Médica). Trata-se de um programa de cooperação intersetorial orientada pelos princípios e diretrizes do SUS para favorecer a inserção qualificada dos profissionais no mercado de trabalho, principalmente no SUS. Foi criada a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, e é coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e do Ministério da Educação (BRASIL, 2017).

em Saúde Mental, uma Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e agora com o Mestrado em Políticas Públicas, onde busquei aprofundar mais o conhecimento sobre o campo da saúde mental e sua relação com as discussões de gênero.

Desenvolveu-se, por meio dessas proximidades e inquietações, uma preocupação com as masculinidades na produção do cuidado, e uma consequente necessidade de continuidade de aprofundamentos analíticos a partir da realidade de Piripiri – PI, haja vista pactuar do entendimento de Câmara (2008), que afirma que “quando as pessoas estabelecem relações autênticas e começam a exercer sua cidadania, através da participação ativa, podemos dizer que se inicia um processo de compromisso social” (p. 44).

Ademais, o estudo em saúde humana, recortado pela perspectiva das ciências humanas e sociais, envolve diversas discussões acerca dos aspectos sociais, políticos, históricos, culturais e da gestação e consolidação de saberes e práticas assentados em concepções de saúde que consideram suas múltiplas determinações, pois é a partir de uma determinada concepção que se constroem práticas, que devem problematizar não somente o indivíduo, mas todo seu contexto (MENDES, 2006), pois, como afirma Olivenstein (1990), uma análise potente para compreender a relação do ser humano com determinada substância deve partir de uma análise triangular, envolvendo o indivíduo e sua personalidade, a substância como produto e os efeitos que gera, e o contexto de vida do consumidor.

A pesquisa nacional sobre o uso de crack (FIOCRUZ, 2014) e o Relatório Brasileiro sobre Drogas⁵ (BRASIL, 2009) agregam e sintetizam informações de vários estudos epidemiológicos realizados no País, informam o predomínio do sexo masculino no consumo abusivo e dependência de substâncias psicoativas, sobretudo de anfetaminas, anabolizantes, álcool e crack. No mesmo sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009) informa que nas taxas de mortalidade por causas externas predomina a população masculina, como vítima e agressor, nas cenas de violência.

Tal predominância converge com a concepção de masculinidade hegemônica associada à força, à virilidade e à invulnerabilidade como um valor da cultura construída

⁵O primeiro Relatório Brasileiro sobre Drogas foi publicado em 2009 e realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em parceria com o Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo. O documento disponibiliza aos componentes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) os dados mais abrangentes e relevantes sobre a situação nacional do consumo de drogas e suas consequências, bem como as ações empreendidas para reduzir a sua oferta no Brasil (BRASIL, 2009).

em torno do ser homem, que no Brasil teve sua herança na **cultura patriarcal**⁶, fato que tem proporcionado maior dificuldade de reconhecimento da necessidade de autocuidado e busca por serviços de saúde em uma perspectiva preventiva. Para Bento (2015, p. 10), “a estrutura hierárquica e assimétrica de gênero faz parte de um projeto social o qual homens e mulheres estão envolvidos na reprodução do modelo hegemônico”.

De acordo com Machin *et al.* (2011), uma marca cultural que contorna a relação entre o auto cuidado e a procura por serviços de saúde, está associada às concepções de que os serviços são um espaço predominantemente biomédico e feminino, que desconsidera as especificidades e dificuldades dos usuários frente suas determinações sociais, econômicas, culturais e territoriais⁷. Inclusive, os estudos realizados sobre a saúde do homem começaram a ser realizados tardiamente, se comparados aos estudos acerca da saúde da mulher. Segundo Pinheiro, Couto e Nogueira da Silva (2012), esse “descompasso reflete, entre outros fenômenos, as construções simbólicas que associam o feminino ao cuidado e às práticas de saúde e, em contraposição, os homens ao descuido ou não cuidado” (p. 178).

Apesar de todas as evidências científicas e epidemiológicas, Pedrosa (2006) conclui, a partir da análise de documentos emanados da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que a política de saúde mental tem dialogado com a **categoria genérica, universal e abstrata de paciente**⁸, em uma perspectiva terapêutica, sem dialogar com as dimensões de gênero e as políticas que englobam outras dimensões da identidade dos usuários da saúde mental, o que empobrece abordagens, práticas e toda complexidade que envolve o agir no campo e as concepções que perpassam a clínica ampliada.

Por outro lado, Connell e Messerschidt (2013), clássicos nas discussões de masculinidades, analisam como uma das tendências nos “estudos sobre homens de

⁶ Saffioti (1987) esclarece que “o **patriarcado** é o mais antigo sistema de dominação – exploração. Posteriormente aparece o **racismo**” (p. 57).

⁷ O conceito de território adotado neste estudo está para além da delimitação geográfica, é algo vivo, dinâmico, interracial e especialmente relacional. Para autores como Gondim e colaboradores (2008), o território é portador de características demográficas, epidemiológicas, administrativas, tecnológicas, políticas, sociais, culturais e ambientais, que influem diretamente nas condições de vida da população e no processo de saúde da mesma.

⁸ Cabe ressaltar/esclarecer que ao longo da dissertação, algumas palavras, frases, expressões, citações diretas e falas de entrevistados estarão **negritadas** devido à importância (que acreditamos) que elas possuem diante dos sentidos elaborados por este estudo. Deste modo, a partir desta nota de rodapé explicativa, consideramos desnecessário as expressões “**grifo nosso**” ou “**grifo meu**” em todas as ocasiões que houver negritos

presumir ‘esferas separadas’, de proceder como se as mulheres não fossem uma parte relevante da análise e, dessa forma, estudar as masculinidades através do olhar exclusivo sobre os homens e sobre a relação entre homens” (p. 251).

Frente a esta importante reflexão, haja vista a categoria gênero remeter à dimensão relacional cabe esclarecer este desafio que consiste em justificar o interesse pelas masculinidades e não pelo feminino. E por que não? Por que uma mulher tem que justificar e convencer o interesse em estudar masculinidades? Por que não querer conhecer um universo tão próximo e relacional ao feminino? Mesmo sendo visto muitas vezes, pelo senso comum, como opostos.

Como explicitado, masculinos e femininos não devem estar em esferas separadas e nem sob um olhar exclusivo. Estudar masculinidades é conhecer também sobre gênero, feminismo, cultura, história, relações de poder, políticas públicas, saúde, dentre outros campos de saberes, pois requer um conhecimento para além de um único campo de saber, para compreender a totalidade dos fenômenos societários. Mas apreender e se deter nas particularidades das masculinidades pode trazer mais elementos para a análise, o que me propus a construir nesta dissertação.

No que diz respeito ao campo de estudos e publicações, cabe ressaltar que há uma expansão dessas discussões, de acordo com Connell e Messerschmidt (2013), nos anos 1980 e 1990, “pesquisas sobre homens e masculinidades estavam se consolidando como um campo acadêmico (...) e expandiu a agenda de pesquisas nas ciências sociais e humanas” (p. 245).

Por sua vez, no campo das pesquisas em saúde, Pinheiro, Couto e Nogueira da Silva (2012) relatam que diferentemente do que ocorreu com os estudos acerca das mulheres, que começaram a partir do movimento feminista, na década de 1960 com o propósito de reagir ao controle social e à abordagem reducionista da medicina moderna, os homens eram abordados em estudos mais pontuais, a partir do referencial das masculinidades e das questões voltadas ao processo de saúde-adoecimento, emergentes no final da década de 1970 nos Estados Unidos da América. Na realidade brasileira, os estudos sobre os homens só ganharam visibilidade na década de 1990, quando passaram a ser produzidos estudos sobre o modo como os homens entendem e expressam identidades ⁹ de gênero e também estudos epidemiológicos acerca das sobretaxas de mortalidade dos homens em relação às mulheres.

⁹O conceito de identidade dentro da perspectiva social de Dubar (1997) é vista como metamorfose resultado do processo de socialização e da intersecção dinâmica entre histórias de vida, contextos

Com base nessas experiências, ressalta-se a importância em se desenvolver uma compreensão mais abrangente, ou seja, para além da concepção tradicional de saúde, gênero e outras questões, a partir da perspectiva da saúde coletiva, onde a produção do cuidado transcende a mera realização de procedimentos e implica o reconhecimento do usuário como sujeito de direitos multideterminados, com necessidades singulares que devem ser institucionalizadas e que precisam ser acompanhadas de forma continuada e dinâmica, pois se alteram no decorrer do processo. Nesse aspecto, o cuidado exige o desenvolvimento de **tecnologias relacionais**¹⁰ para dar conta dos diversos espaços de significação na vida de usuários, trabalhadores da saúde e comunidade (MALTA; MERHY, 2010).

Requisita ainda a compreensão das particularidades dos usuários majoritários e plurais dos serviços de saúde, o que atualmente é sinalizado através do recorte das linhas de cuidado.

Frente aos aspectos teóricos, práticos e pessoais, é de suma importância destacar que esta proposta de estudo almeja contribuir para as pesquisas locais, haja vista a escassez de estudos em municípios do porte de Piripiri-PI e para a formação e atualização profissional no que diz respeito à produção do cuidado no CAPS AD, ao buscar conhecer os aportes teóricos e técnicos que são utilizados pela equipe multiprofissional e ao buscar articular e problematizar várias Políticas Nacionais que envolvem saúde, saúde mental, usuários de álcool e outras drogas, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009), masculinidades, dentre outras associadas a possíveis usuários do CAPS AD de Piripiri-PI, como a de Atenção Integral à Saúde da população negra, segmento LGBTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros), dentre outras.

Objetiva-se, assim, colaborar para a produção de conhecimentos, discussões e pontos provocadores de reflexão para a construção de saberes, práticas, e políticas condizentes/comprometidas com a realidade e principalmente dentro do campo das políticas públicas. E contribuir para as atuações profissionais e produção e implementação das políticas na perspectiva de homens pluralizados, reconstituídos em

históricos e sociais e esses constantes movimentos pressupõem um personagem fundamentado na construção identitária baseado na articulação entre igualdade e diferença e na concepção de que não há separação da identidade de si e do outro, pois um reconhece-se pelo olhar do outro.

Fonte: DUBAR, C. **Para uma teoria sociológica da identidade**. Porto: Porto Editora, 1997.

¹⁰ Para Malta e Merhy (2010) as tecnologias de cuidado são organizadas em duras, leves-duras e leves. As tecnologias relacionais acima citadas são as tecnologias leves.

suas múltiplas e conjugadas **identidades** e marcadores sociais.

Para tal, é de grande importância que haja produção científica neste campo, buscando colaborar, na perspectiva do CAPS AD, com serviços que reflitam as várias dimensões de seus usuários, como gênero, classe social, e etnias, ressaltando novamente que a maioria dos usuários é do sexo masculino e que existe uma complexa questão cultural envolvendo as masculinidades, que, com certeza repercute no autocuidado e também nas práticas profissionais, que é o foco deste estudo.

Desenvolvo uma reflexão acerca das idiossincrasias dos processos de produção do cuidado da equipe que atende a demanda de cuidado aos homens no contexto das substâncias psicoativas e sua consequente articulação com as políticas de saúde voltadas para a demanda implicada no consumo de substâncias psicoativas. E a partir de tal, busca possibilitar subsídios para profissionais e serviços de saúde para o planejamento da assistência prestada à população masculina. Além do fortalecimento das políticas de saúde no contexto municipal, podendo atuar no processo de implementação e avaliação de políticas locais e atividades da equipe referentes às necessidades e diversidades sociais dos usuários/comunidade.

Deste modo, deve-se pensar acerca da importância de reconhecer as diferenças e questionar os conceitos homogêneos, estáveis e permanentes que excluem o/a diferente/diferença. Para tanto, é necessário desconstruir, pluralizar, produzir novos significados, reinventar identidades e subjetividades ¹¹, saberes, valores e convicções. Ou seja, é preciso também explicar como essas diferenças são produzidas e quais são os jogos de poder estabelecidos.

Esta é uma proposta imprescindível e bastante desafiadora, pois, trata-se de uma combinação de temáticas e fomenta discussões que muitas vezes e realizam de forma desintegralizada e com raro foco para os homens.

Assim, é crucial empreender tais discussões para melhor compreender as políticas sociais, os processos de produção do cuidado em saúde mental, identificar lacunas, desafios e alternativas que precisam ser priorizadas e problematizadas para, então, poder contribuir para o campo reflexivo e a desconstrução da ordem tradicional. Para que haja a possibilidade de propor questionamentos e orientações para pesquisas

¹¹Subjetividade refere-se a um processo básico que possibilita a construção do psiquismo em que se torna constitutivo, inacabado, ativo, relacional e pertencente ao indivíduo (de maneira única e singular) diante de uma dimensão/contexto social e seu desenvolvimento da ocorre pela relação contínua entre o interno e o externo.

Fonte: SILVA, F. G. **Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade**: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. Revista Psicologia da Educação, n. 28. São Paulo, 2009.

que visem investigar olhares inovadores, de propostas que busquem questionar os generalismos e as desigualdades tanto nas Políticas Públicas quanto nos serviços e de tecer críticas às possíveis homogeneidades e problematizações sobre as atuações profissionais. Com este estudo espera-se ainda trazer elementos para contribuir para avaliar se tem havido tensões, movimentos, mudanças ou há a manutenção das concepções e práticas?

Diante do quadro esboçado, que se reproduz também no estado do Piauí, o presente estudo teve como norteadoras as seguintes inquietações: Quais os fundamentos que orientam a produção do cuidado para os homens com consumo prejudicial de SPA nos serviços de saúde? Que ações preponderam, frente aos sentidos construídos em torno dos homens consumidores de substâncias psicoativas? E que ações preponderam no cuidado? Quais os sentidos de masculinidades dos profissionais do CAPS AD? Quais as repercussões dos sentidos de masculinidades nas rotinas (produção de cuidado) no CAPS AD de Piripiri?

A pesquisa teve por objetivo geral discutir os sentidos de masculinidades produzidos pelos profissionais de nível superior do CAPS AD do município de Piripiri-PI e como objetivos específicos: identificar os sentidos de masculinidades dos profissionais, conhecer as produções de cuidado desenvolvidas pelos profissionais e analisar a relação entre os sentidos de masculinidades e as práticas de cuidados desenvolvidas pelos profissionais do serviço.

Toda pesquisa está fundamentada na teoria da produção de sentido, conforme elaboração de Spink e colaboradores (2014). Tal apropriação se deu a partir da necessidade de problematizar o (s) conceito (s) e os usos políticos dos “sentidos” de masculinidades, a partir da proposta de compreender uma genealogia crítica de gênero, especificamente das construções e apropriações sobre as masculinidades, no campo teórico-prático dos profissionais da equipe de um CAPS AD, diante de suas ações profissionais e produção do cuidado.

Deste modo, tomei como base as obras de Spink e colaboradores, intituladas “A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas” (2014) e “Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas” (2013). Tais obras foram de suma importância para compor o entendimento e problematização de **sentidos**, assim como uma articulação e apropriação teórica, práticas e metodológica com a proposta de estudo.

Para tais intuitos, início parafraseando Saramago por meio de Spink (2013), a fim de contextualizar e justificar a minha escolha teórico-metodológica, pois de acordo com Saramago, o sentido não é quieto, ou seja, ele fervilha, produz divisões e subdivisões, cheios de perturbações e conflitos. Assim como as diversas escolhas que permeiam este estudo, cheia de fervilhares em todas as palavras e sentidos.

Deste modo, Minayo (2006) coloca que os diversos significados que envolvem a escolha de uma temática e de uma proposta teórico-metodológica perpassam por motivos, significados, valores, aspirações, atitudes e crenças pessoais, uma vez que esta escolha “(...) não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos” (p. 90).

Spink e Frezza (2013) circunscrevem a categoria sentido como uma construção social, dialógica, dentro de uma proposta de Psicologia Social que se apóia na proposta de estudos da produção de sentidos por meio das práticas discursivas, com as reflexões críticas sobre as naturalizações dos fenômenos psicológicos oriundos de produtos culturais socialmente construídos e legitimados, originados da despolitização do saber e reflexões sobre o ponto de vista dos “dominados”, bem como das produções muitas vezes feitas pelos “dominadores”.

Os sentidos e suas compreensões estão presentes também, de acordo com Spink e Medrado (2013), nos discursos e em uma construção intersubjetiva, ou seja, na construção de sentidos de forma dialógica em determinado contexto sócio-histórico, pois segundo os mesmo autores, **a compreensão dos sentidos é sempre o confronto de inúmeras vozes** e o “nosso trabalho, como cientistas sociais que analisam práticas discursivas é exatamente **estudar a dimensão performática do uso da linguagem**, trabalhando com consequências amplas e nem sempre intencionais” (p. 27).

O conceito de sentido, deste modo, tal como busquei/busco ver no cenário Piripiriense, remete a uma “construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (...) dar sentido ao mundo é uma força poderosa e inevitável na vida em sociedade” (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 22).

A perspectiva psicossocial estuda a produção de sentido não como uma “atividade cognitiva intraindividual, nem pura e simples reprodução de modelos

predeterminados. Ela é uma prática social dialógica (...) e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversar, por exemplo), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas” (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 22-23).

Em outras palavras, Spink e Menegon (2013) colocam que construir/produzir sentido faz parte da condição humana, e que esta condição é baseada nas relações e no cotidiano, atravessado por práticas discursivas construídas pela multiplicidade de vozes, ressaltando que “a pesquisa também é uma prática social, requer um esforço continuado de ressignificação de aspectos implicados no desenvolvimento de uma metodologia de pesquisa” (p. 43).

Com base neste entendimento, este estudo busca ser uma prática social e acontecer no contexto da ação social, uma vez que está pautado na escolha de um entendimento relacional, pois de acordo com Spink e Medrado (2013):

a produção do conhecimento deve ser considerada antes como uma atividade construída num tempo e espaço específicos e constitutiva de uma realidade intersubjetiva (...) interessado em identificar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam e/ou compreendem o mundo em que vivem, incluindo elas próprias. Neste sentido, o foco de estudos passa das estruturas sociais e mentais para a compreensão das ações e práticas sociais e, sobretudo, dos sistemas de significação que dão sentido ao mundo (p. 40).

Neste contexto, o que estudo no CAPS AD de Piripiri – PI representa as concepções e as correlatas práticas sociais que as acompanham, ou seja, as práticas dos profissionais são pautadas em sentidos atribuídos a determinada pessoa, instituição, objeto, processos, inclusive pautado nas observações do cotidiano da equipe e nas conversas informais.

Spink e Medrado (2013) situam o discurso nas relações de reprodução social, situando o sentido na linguagem em uso

o conceito de discurso aponta para uma estrutura de reprodução social – ou seja, a linguagem vista a partir das regularidades -, ele não desconsidera a diversidade e a não regularidade presentes em seu uso diário pelas pessoas (...) se procuramos entender os sentidos (...), passamos a focalizar a linguagem em uso. O olhar recai sobre a não regularidade e a polissemia (diversidade) das práticas discursivas (p. 25).

Neste mesmo contexto, Spink e Menegon (2013) destacam que uma das importâncias do fazer pesquisa é ressignificar sentidos anteriormente cristalizados. Ela

defende que não estamos condenados ao uso circular de sentidos já existentes e produzidos. Pois, “se registramos a repetição e a reafirmação de sentidos cristalizados, registramos também a existência de um processo dinâmico de ressignificação que possibilita a produção de sentidos singulares” (p. 213 e 214).

A importância da escolha do tema e da compreensão dos impactos causados por tais posicionamentos devem ser questionados e problematizados, tendo como destaque que:

focos diferentes produzem objetivos diferentes, irreduzíveis um ao outro (...) é pela ruptura com o habitual que se torna possível dar **visibilidade aos sentidos**. É essa, precisamente, uma das estratégias centrais da pesquisa social. Por exemplo, numa **entrevista**, as perguntas tendem a focalizar um ou mais temas que, para os entrevistados, talvez nunca tenham sido alvo de suas reflexões, podendo gerar práticas discursivas diversas, não diretamente associadas ao tema originalmente proposto. Estamos, a todo momento, em nossas pesquisas, **convidando os participantes à produção de sentido** (SPINK; MEDRADO, p. 25-26, 2013).

Parto deste princípio ao também defender que as **pesquisas qualitativas** com base em sentidos estão sendo produzidas a todo o momento, tanto nas conversas informais quanto nos agendamentos com os profissionais (no meu caso) e possuem um grande potencial reflexivo e até mesmo transformador, pois dizem de momentos ativos de ressignificação dos pensamentos até então, via de regra, habituais, inclusive para mim, enquanto estudiosa de um tema, pois também estou, a todo o momento, (re) criando/ (re) produzindo sentidos, e tendo consciência que no cotidiano, o **sentido decorre do uso que fazemos dos repertórios interpretativos de que dispomos**, e entendendo que esses repertórios são unidades de construção das práticas (polissêmicas) discursivas que podem transitar por inúmeros contextos e diversas situações (SPINK; MEDRADO, 2013).

Neste espaço de construção dos fundamentos teórico-metodológicos, cabe ressaltar que somos

produtos de nossa época e não escapamos das convenções, das ordens morais e das estruturas de legitimação. A **pesquisa construcionista** é, portanto, um convite a examinar essas convenções e entendê-las como regras socialmente construídas e historicamente localizadas (...) o construcionismo incorpora a noção de que os critérios e conceitos que utilizamos para descrever, explicar, escolher entre as opções que se apresentam são construções humanas, produtos de nossas convenções, práticas e peculiaridades (SPINK; FREZZA, 2013, p. 15).

Nesta perspectiva, Spink e Medrado (2013) acrescentam que “para compreendermos o modo como os sentidos circulam na sociedade, é necessário considerar as **interfaces desses tempos – longo, vivido e curto**¹² –, nos quais se processa a produção de sentido” (p. 34). Deste modo, coloca-se também a importância de compreender em qual ou quais desses tempos históricos estão situados os sentidos “expressos” pelos profissionais do CAPS AD, sendo necessário um empreendimento sócio-histórico de aproximação ao contexto do *lócus* estudado, que tem por base os processos sociais, históricos, culturais (dentre outros) do Piauí e de Piri-piri.

O Piauí tem um histórico predominantemente agropecuário, baseado na economia de subsistência, que tem por um de seus símbolos o vaqueiro, enquanto o município, mesmo fazendo parte desse percurso, é mais fortemente caracterizado pelo comércio e indústria têxtil. Vale ressaltar que Piri-piri é uma cidade nova, com 107 anos de emancipação política (PIAUI, 2017).

Esse fator da idade do município revela características diferentes do estado, trazendo características mais modernas e também investimentos econômicos em outras possibilidades, como o comércio e a indústria têxtil citados acima. Abro aqui um parêntese explicativo (enquanto papel de pesquisadora e cidadã piri-piriense) para ressaltar a associação entre os principais pontos de comércio e o consumo (abusivo) de álcool e outras drogas.

Esses pontos são principalmente o Mercado Central e o “Mercado da rua de cima”¹³ onde existe intenso fluxo comercial e também muito consumo de substâncias psicoativas e prostituição, aspectos esses citados também pelos profissionais entrevistados¹⁴. Interessante ressaltar que os geograficamente de “cima”, ou que moram/vivem nesse território é que são mais associados ao desvio e ao maior consumo abusivo de SPA.

Para compreender a importância da relação entre o território, *lócus* da pesquisa, pessoas envolvidas e todos os processos históricos e culturais, tomei como base Spink e

¹²Segundo Spink e Medrado (2013), o houve uma necessidade de propor essa divisão temporal diante das práticas discursivas, sendo assim estruturadas em três tempos históricos: o tempo **longo** que marca os conteúdos culturais definidos ao longo da história da civilização; o **vivido**, que diz das linguagens sociais aprendidas pelo processo de socialização e o **curto**, que é marcado pelos processos dialógicos.

¹³Para maior compreensão, popularmente, o município é conhecido/territorializado como centro, rua de cima (parte mais alta, zona norte da cidade) e rua de baixo (parte mais baixa, zona sul da cidade), tendo como ponto de divisão a igreja matriz.

¹⁴Exemplificação: “eles circulam mais pelo mercado, inferninho, mercado da rua de cima e na praça em frente ao estádio” (P 01).

Menegon (2013) que mencionam a necessidade de **ressignificação** da relação entre sujeito e objeto, que são construções sócio-históricas nas quais “a realidade não existe independentemente do nosso modo de acessá-las” (p. 55).

Essa ressignificação pressupõe a *desfamiliarização* com base na ideia cristalizada de dualidade/dicotomia, que são alimentadas por duas posturas, o empirismo (perspectiva exogênica) que objetiva cientificamente a determinação última do conhecimento e a aproximação cada vez mais precisa aos objetivos e o idealismo (perspectiva endogênica) em que as categorias de entendimento são constitutivas da mente humana, sendo universais e necessárias para que se chegue ao conhecimento.

Dentro da proposta deste estudo de reflexão acerca das masculinidades, a **desconstrução** representa um trabalho de reflexão que possibilita uma **desfamiliarização** com construções conceituais que se transformam em crenças, que podem ser obstáculos para que outras possam ser construídas. Deste modo, há a necessidade de uma **desconstrução do tradicional binarismo de gênero** e conseqüentemente dos ideais de uma masculinidade (e até mesmo feminilidade) universal, única, homogênea e ahistórica.

Optei por um tipo de pesquisa **descritiva e analítica** que consiste em descrever as características de uma determinada população/situação e as interpretar, buscando esclarecer que aspectos sociais podem contribuir para a ocorrência de algum fenômeno (COSTA, COSTA; 2011). Este tipo de estudo, de acordo com Gil (2008), tem como objetivo a descrição de:

características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Dentre as pesquisas descritivas salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental etc. Outras pesquisas deste tipo são as que se propõem estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes, o índice de criminalidade que aí se registra etc. (p. 28).

As dimensões descritivas incidem sobre a natureza e estruturado equipamento, bem como sobre a organização do processo de cuidado do CAPS AD, associando-se à dimensão analítica que tem por foco as concepções e repercussões sobre masculinidades nas práticas profissionais.

A pesquisa de **natureza qualitativa**, que é caracterizada por uma aproximação entre sujeito e objeto, com foco nas aspirações, atitudes, crenças, valores, concepções, entre outros, onde a fala expressada na vida cotidiana torna-se o material primordial do estudo; não se orienta por modelos e normas rígidas, mas pelo devir¹⁵, apoiando-se em processos sociais. Necessita que a pesquisadora tenha postura crítica durante todo processo, tendo um papel ativo. A finalidade da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas explorar opiniões, as **diferentes interpretações** sobre o assunto em questão (GASKELL, 2003). De acordo com Spink e Menegon (2013), a proposta qualitativa é mais flexível e sensível ao contexto e aos significados, consequentemente é mais adequada para a apreensão de experiências e significados.

Minayo (2006) acrescenta que esta natureza metodológica objetiva compreender a lógica interna do objeto em estudo, sejam eles grupos, instituições e atores no que se referem a valores culturais, relações entre indivíduos e representações sobre sua história e temas específicos; relações entre instituições e movimentos sociais; processos históricos, sociais e implementações das políticas públicas e sociais.

Com base em Spink e Lima (2013) que trazem a ciência como “um ato de fala impresso” (p. 129), nesse arcabouço, trata-se de uma **pesquisa social construcionista**, com base na “abordagem construcionista do conhecimento” pautada em teoria e ação social, de grande relevância para o campo da psicologia social e das ciências sociais e humanas, nas palavras de Spink e Frezza (2013), “para o construcionismo, a própria noção de indivíduo é uma construção social” (p. 07). É focada nas questões epidemiológicas, nos momentos de interação, dentre outras, a partir do campo empírico e da história das ideias ou das ciências e exige um esforço de **desconstrução de noções** profundamente arraigadas na cultura, como exemplo das masculinidades e da abordagem do consumo de substâncias psicoativas pautada no produto e em uma intervenção proibicionista.

Na perspectiva construcionista tanto o sujeito como o objeto são construções sócio-históricas que necessitam ser problematizadas e desfamiliarizadas, ou seja, deve

¹⁵É um dos principais conceitos criados por Deleuze e Guattari, pode ser definido em um campo de multiplicidade, desdobramento da diferença, onde as forças que constituem o corpo entram em uma zona fronteira, algo se transforma ao se relacionar com outras forças, existindo uma multiplicação de si no acontecimento/encontro. Devir é, a partir das formas que se tem, do sujeito que se é ou das funções que se preenche, extrair partículas, em que se instauram relações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão, as mais próximas vias de devir.

Fonte: DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 1995-1997.

haver uma problematização da noção da realidade pautada em duas perspectivas, no realismo ontológico baseado na postulação da existência da realidade e o construcionismo epistemológico, em que a realidade existe dependendo do modo de acessá-la, pois “só apreendemos os objetos que nos apresentam a partir de nossas categorias, convenções, práticas, linguagem” (SPINK; FREZZA, 2013, p. 11).

Esta abordagem é pautada em três principais propostas teóricas, a primeira é a **tipificação**, em que a realidade é socialmente construída, ou seja, é um produto humano, em que a base da realidade da vida cotidiana é apreendida a partir de esquemas tipificadores, a exemplo dos preconceitos de raça e de gênero fortemente difundidos e aprendidos. A segunda é a **institucionalização**, que tem como pressuposto que a realidade é objetiva e que esta é também construída, deste modo, esquemas tipificadores do outro tornam-se habituais a partir do modo como as gerações adquirem autonomia e institucionalizam-se, gerando a objetividade percebida, que é internalizada por meio dos processos de **socialização**, como terceira proposta teórica (SPINK; FREZZA, 2013).

Com base nestas explicações, esta escolha se pauta principalmente na constatação de que a investigação **socioconstrutivista** está preocupada com a investigação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou (se) percebem no mundo. Desse modo, as descrições e explicações são também formas de ação social, assim como todas as atividades humanas, compondo assim o processo de produção de sentido na vida cotidiana. Tais fundamentos teórico-metodológicos orientam o estudo em apreço, na perspectiva de analisar os sentidos de algo tão cotidiano como o gênero/masculinidades no contexto assistencial da produção do cuidado para pessoas com consumo prejudicial de substâncias psicoativas.

O **estudo de caso** também constituiu uma ferramenta de pesquisa, uma vez que foi desenvolvido somente no serviço CAPS AD de Piripiri-PI, por meio da descrição e interpretação das características e atuação dos profissionais, servidores com nível superior, a partir de uma unidade social, onde se avalia profunda e intensamente, buscando compreender como os condicionantes sociais, formação profissional, relação com a temática, dentre outros aspectos, influenciam na produção do sentido e do cuidado.

Para tal proposta, deve-se destacar a importância empírica e a busca pelo entendimento da totalidade de determinada situação por meio de informações detalhadas e a partir deste momento, descrever, compreender e interpretar o caso de acordo com as metas propostas, em determinado contexto sociocultural. Ressaltando que o estudo de

caso não se limita à concepção de caso como pessoa, mas pode também estar associado à ideia de um serviço/uma instituição, como neste estudo (YIN, 2015).

Spink e Menegon (2013) defendem que a proposta metodológica, quando baseada em princípios sociais e em produções de sentido, deve ser pautada nos parâmetros da **pesquisa edificante**, ou seja, na hermenêutica e na metodologia qualitativa, em que a primeira está associada ao papel de abertura continuada ao novo, mantendo fluidez na comunicação ao invés de fechar a discussão. Já a segunda deixa de ser meramente técnica, associadas ao objetivo da investigação e passa a ser alinhada a uma postura epistemológica específica.

Cabe acrescentar ainda que não há, neste estudo, o intuito de se buscar ou alcançar uma **verdade** absoluta, uma vez que ela está pautada em convenções, pois as verdades “são sempre específicas e construídas a partir de convenções pautadas por critérios de coerência, utilidade, inteligibilidade, moralidade, enfim, de adequação às finalidades que designamos coletivamente como relevantes (...) o que a postura construcionista reivindica é a necessidade de remeter a verdade à esfera da **ética**, pontuar sua importância não como verdade em si, mas como relativa a nós mesmos” (SPINK; FREZZA, p. 12-13, 2013).

Em corroboração com esses pensamentos de **verdade e ética**, outro ponto de reflexão desta escrita se dá originalmente a partir de propostas oriundas de inclinações pessoais, profissionais e científicas, na busca por discutir gênero e saúde mental, com base na potência existente na escolha do tema pretendido e na concepção crítica de “afastamento” da perspectiva de **neutralidade** desse processo, ressaltando, que paradoxalmente, só é espontâneo o que é construído por uma construção realista (BOURDIEU, 1997).

Tendo como ponto de partida a compreensão de que a saúde mental é fortemente influenciada por aspectos sociais, políticos e históricos, representando um processo complexo e de longa duração. O cuidado em saúde mental não se reduz a procedimentos e ações pontuais e, mas sim representa um trabalho contínuo, complexo e permanente, com responsabilização entre equipes, usuários, familiares e comunidade. A finalidade é (re) inserir o sujeito no contexto social e produzir autonomia frente às dificuldades proporcionadas pelo sofrimento e situações cotidianas.

Para construção e produção de informações, foi realizado previamente um **levantamento bibliográfico**, como propôs Cellard (1997), possibilitando um corte longitudinal de observação do processo de evolução de indivíduos, grupos, conceitos e

outros, contemplando um importante momento do plano metodológico. A proposta foi implementada com o intuito de ter embasamento crítico e reflexivo para atingir os objetivos, bem como situá-los dentro de um contexto, a fim de instrumentalizar a pesquisa e ter fundamentação teórica para as análises

Outra importante ferramenta desta pesquisa foi a **análise documental**, tendo em vista que o documento constitui uma fonte preciosa, pois possibilita realizar alguns tipos de reconstrução e eliminar, ao menos em parte, a dimensão da influência do pesquisador sobre o sujeito. Os documentos de base da pesquisa foram aqueles de primeira mão, sem terem um trato anterior, englobando, relatórios de trabalho, levantamentos de dados dos usuários e quadros/cronogramas das atividades profissionais. A primeira etapa da análise documental consistiu em uma avaliação crítica preliminar, e em seguida, o pesquisador produziu uma interpretação coerente do documento, com foco nos objetivos do estudo. Desta feita, passou-se à realização da análise das especificidades dos documentos selecionados (CELLARD, 1997).

Em relação à pesquisa de campo, as técnicas selecionadas foram as **observações participante** (o guia das observações segue como “APÊNDICE A”), do cotidiano do serviço, que consistiu em um inserção da pesquisadora no dia a dia do CAPS AD de Piripiri por cinco (05) meses, circunstância em que busquei identificar e destacar as ações realizadas diariamente pelos profissionais, bem como a relação com suas concepções/percepções, assim como permitiu o contato mais próximo do pesquisador com a dinâmica do serviço, a fim de que esta inserção no dia a dia da equipe representasse uma forma de perceber a realidade destes profissionais e o contexto em que estão inseridos. Tal inserção permitiu que a pesquisadora fosse ao mesmo tempo observadora e participante. Diante dessas escolhas, este estudo busca considerar o papel ativo do pesquisador no contexto de investigação, uma vez que a pretensão é o estudo de práticas, concepções, costumes e culturas (OLIVEIRA, 2002).

O diário de campo, ou seja, um caderno de anotações do apreendido cotidianamente serviu de registro e memória do observado e vivenciado. Esses diários foram desenvolvidos também com base nas **conversas informais** com todos os profissionais do CAPS, não somente os que foram entrevistados e com os usuários. Essas conversas se pautaram na concepção de Spink e Menegon (2013), que afirma ser esta uma importante ferramenta para reflexão sobre o campo social, as práticas discursivas (linguagens em ação) e a produção de sentidos.

Spink (2013) cita que para fazer um bom trabalho com as conversas do cotidiano são necessários três aspectos, sendo eles o conceito enunciado, ou seja, o produto da fala que envolve pelo menos duas vozes, pois “a pessoa, ao formular um enunciado, expressa seu horizonte conceitual, intenção e visão de mundo” (p. 190). Deste modo, é de suma importância o olhar apurado para a análise de tais conversas, sendo necessário também entendermos quem está falando. O segundo aspecto é a tipificação da situação, o contexto imediato da situação em que acontece a conversa, com foco em algumas especificidades, como o local e os integrantes. E por fim a inter-relação estabelecida entre o tempo curto da situação relacional e o contexto mais amplo da circulação das ideias em uma dada cultura (**tempo longo**) que incluiu as linguagens sociais presentes no processo de socialização (**tempo vivo**).

A **entrevista semiestruturada** foi outra técnica empregada, baseada na organização de um “tópico guia”, que consiste em um roteiro de apoio à pesquisadora, buscando uma cobertura das questões que deu conta do objeto e objetivos do estudo, considerando além dos temas previamente estabelecidos, outras informações e estruturas trazidas pelos entrevistados, o que possibilitou que as falas dos entrevistados fluíssem.

Optou-se por esta ferramenta pelo seu potencial de alcance de movimentos no discurso dos profissionais, além de permitir uma abertura para que estes relatassem suas vivências sem nenhum tipo de impedimento, o que impossibilitaria a fala espontânea e a manifestação de outros conteúdos considerados importantes (BOURDIEU, 1997; GASKELL, 2003; MINAYO, 2006). Partiu-se da ideia de entrevista como um processo de interanimação dialógica (SPINK; MENEGON, 2013), em que os participantes, poderiam inserir novas questões e tópicos para o estudo.

Entrevista, para Pinheiro (2013), diz de uma **prática discursiva** composta de movimentos de sentido pautados em uma construção (conhecimento) social da realidade face a (inter) ação situada e contextualizada. A entrevista, neste contexto, representa posicionamentos e interações negociadas e para tal, há a necessidade de compreensão da linguagem como um

Instrumento ou ferramenta pela qual estabelecemos diferentes relações com os que nos cercam e produzimos sentido para nossas circunstâncias. Essas circunstâncias são parcialmente estruturadas e o sentido que damos ou emprestamos a elas, dá uma forma e possibilita a comunicação desse sentido aos que estão ao nosso redor e que falam a mesma linguagem (PINHEIRO, 2013, p. 166).

O período para construção das informações teve início em fevereiro de 2017, quando aconteceram os primeiros contatos com a Secretaria Municipal de Saúde e com a coordenação o CAPS AD, com o objetivo de fazer a apresentação da minha proposta de pesquisa, obter autorização e conhecer o serviço, a equipe e os usuários. Depois de receber a anuência do município e a autorização do Comitê de Ética da UFPI, de junho a novembro de 2017, ou seja, durante cinco meses (05), desenvolvi tanto as observações (e simultaneamente a produção de diários de campo), quanto às entrevistas.

Com as informações construídas, no processo de **transcrição**, a pesquisadora se manteve atenta aos riscos da escrita, sendo indispensável intervir na apresentação das transcrições, pelos títulos e subtítulos e principalmente pelo preâmbulo, encarregado de fornecer a leitores o instrumento de uma leitura compreensiva, capaz de reproduzir a postura da qual o texto é o produto (BOURDIEU, 1997).

O tratamento das informações construídas ocorreu através da **análise das práticas discursivas e produção de sentido de Spink** (2014) a partir da produção dos mapas de sentido/dialógicos ¹⁶, uma vez que partiu do objetivo de dar visibilidade à interanimação dialógica, aos repertórios interpretativos, às rupturas, às disputas e às negociações de sentidos, às relações de saber-poder e a jogos de posicionamento.

Nascimento, Tavanti e Pereira (2014) trouxeram uma produção sobre o uso de mapas dialógicos, que são instrumento ou uma ferramenta a ser usado como recurso analítico em pesquisas científicas, pois trata de uma aproximação com o material, organização dos discursos e norteamento da discussão, uma vez que parte do objetivo de dar visibilidade à interanimação dialógica, aos repertórios interpretativos, ao processo de produção de sentidos, às rupturas, às disputas e às negociações de sentidos, às relações de saber-poder e a jogos de posicionamento. Permite maior visibilidade aos momentos da construção da pesquisa.

Como movimentos desse processo de análise, os autores (2014) sugerem que se debruce sobre o material a ser analisado, áudios, textos, imagens, transcrições, tecendo assim um trabalho criterioso, sistemático e disciplinado. A escolha desta proposta metodológica se deu pela aproximação com o referencial teórico-metodológico com que trabalhamos e da proposta de dar visibilidade ao processo de análise.

¹⁶ A elaboração de mapas dialógicos acontece a partir da transcrição sequencial e/ou da transcrição integral. A transcrição sequencial é a primeira aproximação com o material a ser analisado e auxilia na definição dos temas ou categorias. Já a transcrição integral inclui todas as falas e expressões comunicadas, ou seja, é feita de forma literal, de modo a preservar o discurso original do contexto de pesquisa (NASCIMENTO, TAVANTI, PEREIRA; 2014).

Ressalto também a importância do uso da **linguagem**, que pode ser verbal, representada por meio de vozes e linguagens sociais, que são úteis para analisar a produção de sentidos em contextos dialógicos; e a não verbal, por meio de expressões, gestos, silêncios percebidos na dinâmica das práticas discursivas e necessárias para a descrição do contexto em que essas práticas se desenvolvem (SPINK; MEDRADO, 2013).

Para organização, classificação e análise do material construído foram observados os pontos comuns, divergentes e complementares nas e entre as falas dos profissionais. Para Gaskell (2003), não é um processo mecânico e sim uma sistematização e descrição das mensagens, abrangendo suas significações explícitas e implícitas, apresentando uma interpretação de acordo com aspectos extra discursivos, partindo de **eixos temáticos** dentro de um contexto totalizante.

Para a sistematização das análises, utilizamos **categorias**, que de acordo com Spink e Menegon (2013), são práticas discursivas e representam importantes estratégias linguísticas utilizadas para organizar, classificar e explicar o mundo, ou seja, são propriedades mentais compartilhadas, decorrentes de modelos culturais, regionais ou universais, segundo as autoras nós “falamos por categorias” (p. 57).

As análises e categorizações das entrevistas e outras informações obtidas ao longo da pesquisa levaram a eixos principais de exploração de sentidos que foram organizadas da seguinte forma:

Quadro 1 - Categorias de Análises de Sentido

Sentidos de masculinidades e sua repercussão nos processos de produção do cuidado da equipe do CAPS AD de Piripiri-PI.
CATEGORIAS
1. CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS
2. PROCESSOS DE CUIDADO: ENTRE O PARADIGMA PROIBICIONISTA E A REDUÇÃO DE DANOS
3. CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS PELOS PROFISSIONAIS: MASCULINIDADES EM EVIDÊNCIA
4. ATRAVESSAMENTOS E TRANSVERSALIDADES ENTRE GÊNERO, MASCULINIDADES E CUIDADO

Quadro 1: Categorias de Análises de Sentido. Fonte: Própria

Quanto ao cenário da pesquisa, requer que se contextualize a cidade de Piripiri, a partir da realidade geral do Piauí. Este estado possui atualmente 224 municípios, organizados geograficamente em quatro (04) Mesorregiões (Centro-Norte Piauiense, Norte Piauiense, Sudeste Piauiense e Sudoeste Piauiense) e em quinze (15) Microrregiões e 12 territórios de desenvolvimento. Possui uma população de 3.204,028 habitantes, distribuídos em uma área total de 251.577,738 km². Sua cidade mais populosa é a Capital Teresina e tem como destaque poucos municípios com população superior a cinquenta mil habitantes, como Teresina, Parnaíba, Picos, **Piripiri** e Floriano (PIAÚÍ, 2017).

As principais atividades econômicas do estado são a indústria extrativista (química, têxtil e bebidas), a agricultura (algodão, arroz, cana-de-açúcar, mandioca, mais recentemente a soja), predominando a agricultura de subsistência, extrativa e a pecuária. Nos últimos anos, houve na região sul do estado um incremento do agronegócio, sendo considerado um dos maiores celeiros de grãos do Nordeste brasileiro. O setor terciário tem uma expressão econômica igualmente forte no Estado, junto com a agricultura. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD (IBGE, 2015), no que tange a etnia, apresenta-se representado com 69% a autorreferência parda; 24% branca; 7% Preta e 2,3% amarela; acerca do aspecto religião, o estado é majoritariamente cristão, com os seguintes dados: Católicos Apostólicos Romanos - 85,1%; Protestantes - 9,7%; Não Religiosos - 3,4%; Espíritas - 0,3% e Outros - 1,4%.

Em relação à saúde no estado, este foi avaliado pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) com nota 5,34 em um índice que pode variar entre 0 e 10, ficando na 15ª posição do país, estando abaixo da média brasileira (5,47), ainda assim superior à dos vizinhos Maranhão (5,20) e Ceará (5,14), além do Distrito Federal (5,09) e Rio de Janeiro (4,58). O estudo mediu condições da infraestrutura e os serviços ofertados têm capacidade de dar as melhores respostas aos problemas de saúde da população entre 2008 e 2010 nos diferentes níveis de atenção (básica, especializada ambulatorial e hospitalar e de urgência e emergência) (BRASIL, 2012).

O território ¹⁷ de saúde do estado está baseado na distribuição dos municípios por regionais de saúde em quatro (04) macrorregião (Litoral, Meio-Norte, Semiárido e

¹⁷O conceito de território adotado neste estudo está para além da delimitação geográfica, é algo vivo, dinâmico, interacional e especialmente relacional. Para autores como Gondim e colaboradores (2008), o território é portador de características demográficas, epidemiológicas, administrativas, tecnológicas,

Cerrado) subdivididas em onze (11) Coordenadorias Regionais de Saúde/Territórios (a apresentação detalhada dos municípios encontra-se nos anexos), assim organizadas:

MACRORREGIÃO LITORAL

1. Planície Litorânea/ Coordenação Regional de Parnaíba - 11 municípios;

MACRORREGIÃO MEIO-NORTE

2. **Cocais / Coordenação Regional de Piripiri** - 22 Municípios;
3. Entre Rios /Coordenação Regional de Teresina - 31 Municípios;
4. Carnaubais / Coordenação Regional de Campo Maior - 16 Municípios;

MACRORREGIÃO SEMIÁRIDO

5. Vale doSambito/ Coordenação Regional de Valença do Piauí - 14 Municípios;
6. Vale do Rio Guaribas / Coordenação Regional de Picos - 42 Municípios;
7. Vale do Canindé / Coordenação Regional de Oeiras - 14 Municípios;
8. Serra da Capivara/ Coordenação Regional de São Raimundo Nonato - 18 Municípios;

MACRORREGIÃO CERRADOS

9. Vale dos Rios Piauí e Itaueiras/ Coordenação Regional de Floriano - 28 Municípios;
10. Tabuleiros do Alto Parnaíba/ Coordenação Regional de Uruçuí - 05 Municípios;
11. Chapada das Mangabeiras / Coordenação Regional de Bom Jesus - 23 Municípios;

Tendo em vista esta distribuição/organização geográfica, o mapa piauiense fica assim organizando (conforme apresentado na Figura 1) devido à proximidade territorial e adequações sociais e culturais. Deste modo, o atual desenho o Piauí encontra-se assim estruturado:

políticas, sociais, culturais e ambientais, que influem diretamente nas condições de vida da população e no processo de saúde da mesma;

Figura 1 - Desenho o atual do Piauí.



Figura 1: Desenho o atual do Piauí. Fonte: PIAUÍ (2017).

Dentro do Estado, um dos municípios que apresenta destaque quantitativo é Piriipiri, de acordo com os últimos dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tem uma população de 61.834 habitantes, 44.540 são moradores da zona urbana e 17.294 da zona rural, sendo 30.138 homens (21.212 na área urbana e 8.926 na área rural) e 31.696 mulheres (23.328 na área urbana e 8.368 na área rural). O censo ainda apresenta dados proporcionais, tais como a taxa de urbanização entre os homens correspondente a 70,4%; a taxa de urbanização entre as mulheres de 73,6%. Além da proporção de idade das pessoas relatadas com os seguintes números: 0 a 14 anos, representado com 25,6%; 15 a 29 anos, com 27,2% e 60 anos ou mais de idade com 12,6% (IBGE, 2010), havendo conseqüentemente um número significativo de crianças, adolescentes e jovens.

Em relação ao número total de habitantes, 42.859 são classificados como alfabetizados. Área da unidade territorial de 1.408,934 km² e densidade demográfica de 43,9 hab/km², Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) relativo a 0,635, considerado bom em relação ao Estado que é de 0,646, e do Brasil 0.727. Acerca dos aspectos econômicos, destaca-se que o valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes da zona rural é de 170,00reais e da

zona urbana de 302,75 reais; já o valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar, por situação do domicílio zona rural é de 802,14 reais e na zona urbana de 1.618,30 reais. O município está localizado na região norte do Piauí, a 165 kms de distância da capital, Teresina e sua economia é fortemente marcada pela **indústria têxtil e atividade comercial** (IBGE, 2010).

Tendo em vista a realidade piauiense e a proposta de estudo se desenvolver em CAPS AD, optou-se por Piripiri-PI, por representar a realidade do interior do estado, por compor a sede de uma macrorregião de saúde e por representar um município de destaque no campo da saúde, como destaca Barreto (2008). No campo da saúde Piripiri possui, atualmente, os seguintes serviços:

Quadro 2 - Serviços de Saúde do município de Piripiri-PI.

Modalidades	Quantidade	Serviços
Gestão	01	Secretaria Municipal de Saúde
	01	Coordenadoria Regional de Saúde
	01	Ouvidoria Municipal
Atenção Básica	23	Estratégias de Saúde da Família (ESF)
	23	Estratégias de Saúde Bucal (ESB)
	04	Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)
	03	Academias da Saúde
	01	Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)
	01	Farmácia Central e Odontológica
	01	Centro de Controle de Endemias de Animais
	01	Centro de Atividade à Saúde do Idoso (CASI)
Saúde Mental	01	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS AD)
	01	Centro de Atenção Psicossocial Geral (CAPS Modalidade II)
Atenção de Alta e Média Complexidade	01	Centro de Especialidade Odontológica (CEO)
	01	Centro de Especialidades Médicas
	01	Hospital Regional com disponibilidade de Leito Psiquiátrico

	01	Centro de Reabilitação
	01	Policlínica
	01	Centro de Saúde da Mulher
	01	Laboratório Central de Saúde Pública
	02	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) sendo uma de suporte básico e outra avançado.

Quadro 2: Serviços de Saúde do município de Piripiri-PI. Fonte: Própria

Especificamente acerca do CAPS AD no Piauí, o levantamento realizado em 2016 no estado apresentou que existem atualmente seis (06) CAPS AD no território estadual, situados em: Parnaíba e Floriano com a modalidade AD III e em Teresina, **Piripiri**, Picos e Bom Jesus com a modalidade AD II (PIAUI, 2016).

Acompanhando a tendência nacional, predomina entre os usuários do CAPS AD de Piripiri o segmento masculino, com um quantitativo¹⁸ de 365 homens, que representa 87,32% dos usuários do serviço. No entanto, em relação às ações envolvendo os homens e ao uso prejudicial de álcool e outras drogas não existem produções científicas no município, mesmo sendo uma problemática comum no contexto local. As ações existentes e dirigidas ao público masculino são, no geral, pontuais, focadas no cuidado à próstata, a hipertensão e ao diabetes, como a campanha o “Novembro Azul”. Ocorreu em 2013 a “1ª Conferência Municipal sobre Drogas”, persistindo como única até a presente data (PIRIPIRI, 2016), apesar de não concordarmos com conferências temáticas em saúde mental.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas de Piripiri – PI, serviço substitutivo¹⁹ foi inaugurado em 2006 em uma casa alugada perto da Praça de Eventos e desde julho de 2013 funciona no atual prédio, que também é uma casa

¹⁸Quantitativo pautado em levantamento realizado pelos profissionais do CAPS AD de Piripiri – PI em 2015. Neste período o serviço contava com 418 usuários (365 homens e 53 mulheres), em caráter de atendimentos intensivo, semi-intensivo, não-intensivo e não informado.

¹⁹A proposta dos serviços substitutivos como os CAPS é baseado no modelo psicossocial que objetiva substituir a lógica hospitalar, a fim de que estes novos serviços não continuem reproduzindo as mesmas estruturas manicomialis do asilo, sendo necessária a ampliação de espaços de cooperação e de ação dos profissionais, usuários, familiares, comunidade e outros serviços. Neste sentido, Delgado (2001) fala “Vamos desmanicomializar a vida e as relações sociais” (p. 10), defendendo a ampliação do modo de pensar o manicômio, não apenas como um lugar físico, e que os princípios da Reforma Psiquiátrica são também a defesa do SUS.

alugada, próximo ao Mercado Central e que foi adaptada. Destaca-se que a localização do CAPS AD próximo do Mercado Central, situa o equipamento em um local em que há cenas de uso, sobretudo de álcool, com uma concentração significativa de usuários, o que facilita o acesso dos mesmos ao serviço, bem como o contrário, uma maior proximidade dos profissionais a esses usuários e cenas.

Cabe acrescentar que o profissional da enfermagem entrevistado relatou que ainda falta melhorar muitos aspectos do prédio, como um espaço de repouso feminino, uma sala para as atividades da terapeuta ocupacional, um espaço mais amplo para as atividades grupais e uma sala para atendimento dos profissionais, pois atualmente existe somente a sala dos médicos, o que sinaliza para o centramento e valorização da atenção **biomédica e medicamentosa**.

Para Oliveira (2008),

no Brasil, as práticas dos profissionais de saúde, de um modo geral, privilegiam os aspectos biológicos e, mais especificamente a doença, em detrimento dos aspectos sociais e culturais que, em muitas situações, originam as doenças (...) esta características conduz uma ação naturalizada dos profissionais de saúde: a **medicalização** (p. 49).

Além desta constante prática biomédica e medicamentosa, a estrutura física também não favorece as mudanças nessas práticas, pois se trata de um prédio pequeno e com poucos espaços para atividades grupais. Tem alguns espaços de atendimento individual, mas para outras atividades, inclusive refeitório não há espaço. Há um grande espaço de jardim que fica descoberto, o que impede a realização de grupos, mas há plantio de algumas flores e outras pequenas plantas (DIÁRIO DE CAMPO, 22/06/2017).

Em relação à equipe, há uma impressão com a seguinte escala dos profissionais (o nome dos profissionais foram omitidos para que não haja exposição e que se garanta o sigilo) que fica exposta em paredes do CAPS localizadas nos corredores e nas salas dos profissionais e coordenação:

Quadro 3 - Escala dos profissionais – 2017.

ESCALA DOS PROFISSIONAIS						
PROFISSIONAL	TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
ASSISTENTE SOCIAL	MANHÃ	A.S.1	A.S.1	A.S.1	A.S.2	A.S.2
				A.S.2		
	TARDE	A.S.1	A.S.1	A.S.1	A.S.2	A.S.2

				A.S.2		
CORDENADOR	MANHÃ	Enf. 2.	Enf. 2.	Enf. 2.	-	-
	TARDE	Enf. 2.	Enf. 2.	Enf. 2.	-	-
EDUCADOR FÍSICO	MANHÃ	-	-	-	R.	R.
	TARDE	-	-	-	R.	R.
ENFERMEIRO	MANHÃ	Enf. 1.	Enf. 1.	Enf. 1.	Enf. 1.	-
	TARDE	Enf. 1.	Enf. 1.	Enf. 1.	Enf. 1.	-
MÉDICO	MANHÃ	-	-	-	-	-
	TARDE	-	-	-	-	-
NUTRICIONISTA	MANHÃ	-	V.	-	V.	-
	TARDE	-	-	-	-	-
PEDAGOGA	MANHÃ	M.	M.	M.	-	-
	TARDE	M.	M.	M.	-	-
PSICÓLOGA	MANHÃ	A.	A.	A.	A.	A.
	TARDE	-	-	-	-	-
TERAPEUTA OCUPACIONAL	MANHÃ	M.	M.	-	-	M.
	TARDE	M.	M.	-	-	M.

Quadro 3: Escala dos profissionais – 2017.

Fonte: Diário de Campo com base em murais (06/06/2017). O nome dos profissionais foi suprimido.

Outra informação obtida nos murais do CAPS foi o Cronograma das Atividades previstas para o ano de 2017. De acordo com as conversas informais com a equipe, este cronograma já veio de antigas gestões, havendo adaptações para os horários dos profissionais atuais. Tal fato remete para a não renovação de ações, mas reprodução e adequações, fato que conjugado a inexistência de reuniões da equipe, reforçam uma perspectiva de um CAPS burocrático (LANCETTI, 2008), que se assimila com a lógica manicomial, pois “não funciona pensando na cidade, e em seus problemas candentes” (p. 47), mas é voltado para seu próprio interior, reproduzindo endogenia e pouca interação com os diferentes territórios da cidade. Deste modo, as atividades são distribuídas semanalmente.

Para recrutamento dos participantes da pesquisa, foi definido como critério de inclusão: a) ser profissional de nível superior do CAPS AD de Piri-piri; b) aceitar participar da pesquisa; c) atuar diretamente com os usuários dos serviços. A equipe conta com doze (12) profissionais de nível superior nas áreas de coordenação, farmácia, medicina (psiquiatria e clínico geral), nutrição, serviço social (dois profissionais), psicologia²⁰, enfermagem, educação física, terapia ocupacional e pedagogia, mas apenas

²⁰ Gostaria de abrir um parêntese sobre as práticas dos psicólogos nos CAPS, o Conselho Federal de Psicologia (2009) relatou que as principais atividades efetivadas por psicólogos são os atendimentos individuais (psicoterapia, acolhimento, acompanhamento, escuta, terapia breve), coordenação de **grupos**

oito (08) profissionais estavam aptos a serem incluídos nos critérios supramencionados²¹.

Os oito foram convidados a participar da pesquisa, todos aceitaram previamente, mas efetivamente só consegui realizar as entrevistas com **seis (06) profissionais**, não efetivando esta etapa com o profissional da coordenação e do serviço social, pois o primeiro estava ausente em todos os turnos previamente agendados ou relatava, em outros momentos, estar ocupado para conceder a entrevista e o segundo estava afastado do serviço, inicialmente por férias e depois por licença. Nesse sentido, o tipo de amostragem foi não **probabilística por conveniência** (COSTA, COSTA; 2011).

A primeira atividade com os profissionais constituiu na resposta a um questionário com o objetivo de conhecer e traçar o **perfil sócio demográfico e profissional** da equipe em tela, ou seja, perceber quem são esses profissionais, sexo, faixa etária, tempo de formação, atividades desenvolvidas no serviço, formas de inserção no serviço, dentre outros aspectos. Bem como conhecer alguns detalhes do município, detectar algumas especificidades do cenário e da população usuária do CAPS AD, as diversidades, faixa etária, especificidades rurais e urbanas, dentre outros aspectos, como pode ser visto no Anexo A.

(oficinas terapêuticas/artísticas/esportivas), grupos temáticos (de abertura das atividades do dia, dirigidos à geração de renda, terapêuticos e assembleias) e atendimento psicológico aos familiares. Além de atuação com os/as funcionários/as, visita domiciliar, trabalho em equipe multidisciplinar, atuação em rede e na comunidade, elaboração de pareceres, laudos e prontuários, gestão do serviço, atividades extramuros, atuação nas discussões políticas sobre o campo e abordagens teóricas combinadas para responder as diferentes demandas. Os psicólogos citaram como dificuldades os aspectos técnicos, ausência de discussão teórica e de estágios que enfoquem os CAPS e a reforma psiquiátrica na graduação; falta de cursos de formação continuada, espaços de discussão e treinamentos que permitam ampliar as práticas; ausência de supervisão; dificuldades no trabalho em equipe; dificuldades na relação com a rede de serviços; não adesão às atividades oferecidas; falta de informação e de participação da família e da comunidade. Os psicólogos entrevistados ainda comentaram e sugeriram maior controle e fiscalização para que a política pública seja realizada de forma eficaz; que sejam ofertadas capacitações; uma maior fiscalização por parte do Conselho em relação à formação e prática. Em relação à formação, sugerem que os estágios contemplem as questões relacionadas à Reforma Psiquiátrica, entre outras problematizações. A atuação dos Psicólogos no CAPS revela uma fragilidade em construir dispositivos políticos de mudança social, o que se relaciona à sua formação, que segmenta a psicologia clínica e a psicologia social. Isso tem levado a uma falha nas composições técnico-científicas, com a fragilidade de ações intersetoriais e por outro lado a pertinência de atuações individualizadas e individualizantes que não ganham significado na reestruturação subjetiva, tão pouco na reabilitação psicossocial dos que sofrem algum transtorno mental (CFP, 2009).

²¹ Os profissionais de farmácia, medicina (psiquiatria e clínico geral) e nutrição não se encaixam no aspecto “c” desta pesquisa, pois não desenvolvem atividades direta e constantemente com os usuários. Os profissionais de farmácia e medicina tinham carga horária reduzida no serviço e suas práticas se apresentavam como atendimento rápido aos usuários e o profissional de nutrição trabalha pela prefeitura, emitindo o cardápio para o CAPS. E com o profissional da coordenação foram agendados vários momentos para a realização da entrevista, mas nunca foi possível efetivar devido a vários motivos pessoais e profissionais do possível entrevistado.

Com relação à dimensão ética da pesquisa, Spink e Menegon (2013) trazem uma reflexão acerca dos conceitos de “ética na pesquisa” que se refere às prescrições e normatizações externas para se desenvolver um estudo e “pesquisa ética” que consiste em um compromisso e aceitação de aspectos imprescindíveis, tais como: pensar a pesquisa como uma prática social, adotando uma postura reflexiva sobre produzir conhecimento; garantir visibilidade dos procedimentos de construção e análise das informações e possibilitar a dialogia como algo intrínseco à relação que se estabelece entre pesquisadores e participantes.

Frente a essas reflexões e princípios, esta pesquisa obedeceu aos preceitos normativos vigentes, com a submissão do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Piauí, obtendo aprovação sob registro de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 69058917.2.0000.5214, de acordo com o disposto na Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e do Ministério da Saúde (MS), que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos nas ciências sociais e humanas e tem por objetivo garantir os direitos e deveres relativos aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Aos participantes foi assegurada a autonomia, certeza da não maleficência, anonimato, privacidade e desistência em qualquer etapa da pesquisa. Foi apresentado e solicitado aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a fim de obter anuência das (os) profissionais entrevistadas (os), após os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa, conforme apêndice D. Também foi solicitado a autorização para gravação da entrevista, que foram transcritas posteriormente (BRASIL, 2016) e seu conteúdo categorizado e analisado conforme descrito acima.

Considera-se que a **relevância** do estudo, além de contribuir com as discussões da apropriação do sentido e tradução em práticas da categoria masculinidades, centra-se na discussão acadêmica a partir realidade do interior do Piauí, uma vez que ainda há poucos estudos e conhecimentos da atuação de CAPS AD nos municípios de médio porte, a exemplo de Piripiri-PI, cenário da pesquisa, que compõe uma das sedes de uma macrorregião de saúde e por representar, de acordo Barreto (2008), um município de destaque no campo da saúde do Estado.

Para concluir esses aspectos (não apenas) introdutórios, é importante ainda ressaltar que este estudo está estruturado em três (03) Espaços, sendo o I (este em

desenvolvimento) os Aspectos introdutórios e metodológicos, destinado a explicitar os fundamentos, características/percursos, cenário da pesquisa e dimensões éticas da pesquisa.

No Espaço II – Políticas de Saúde/Saúde Mental e Masculinidades: um diálogo ainda embrionário, destinado para a discussão/fundamental teórica, é organizado em dois capítulos. O primeiro capítulo é intitulado “Políticas de Saúde Mental sob o imperativo da Reforma Psiquiátrica” e tem discussões sobre o percurso histórico da reforma psiquiátrica, as práticas de cuidado, o serviço substitutivo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em especial os contextos e as demandas que envolvem o consumo de álcool e outras drogas.

E no segundo capítulo “Masculinidades: um diálogo necessário com políticas de Saúde Mental” explano acerca das políticas sociais brasileiras e seus aspectos mais importantes para se pensar sobre saúde, para poder, assim, compreender o campo da saúde coletiva como central nessa nossa discussão de políticas, a fim de especificar as discussões sobre gênero/masculinidades no Sistema Único de Saúde (SUS).

O Espaço III trata dos resultados e discussão deste estudo, denominado de “Processos de cuidado e os sentidos construídos sobre masculinidades pela equipe do CAPS AD de Piripiri-PI”, onde discutimos, como principais pontos/categorias “As características dos profissionais entrevistados”, “os processos de cuidado: entre o paradigma proibicionista e a redução de danos”, “caracterização dos usuários pelos profissionais: masculinidades em evidência” e “atravessamentos e transversalidades entre gênero, masculinidades e cuidado”.

ESPAÇO II: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA - POLÍTICAS DE SAÚDE/SAÚDE MENTAL E MASCULINIDADES: UM DIÁLOGO AINDA EMBRIONÁRIO

A pesquisa feminista ²² e a de gênero têm trazido importantes contribuições no sentido de desmistificar a ciência e situá-la como prática social, atravessada por questões de poder que têm como consequência a hierarquização por gênero e a cristalização da diferença

(SPINK; MENEGON, 2013, p. 43).

Esse espaço da dissertação tem por objetivo apresentar a trajetória da política de saúde/saúde mental a partir do paradigma da atenção integral, da atenção psicossocial, da redução de danos e das práticas de cuidado, apresentando as mudanças, o processo histórico e os fundamentos que balizaram os redirecionamentos paradigmáticos, legislativos e assistenciais, focalizando as ações direcionadas para os consumidores de substâncias psicoativas.

Está dividido em dois momentos discursivos. O primeiro prioriza a reconstituição da história da política de saúde e saúde mental sob a égide da reforma sanitária e psiquiátrica, a segunda sob a égide da atenção psicossocial e redução de danos. O segundo trata das apropriações das masculinidades na política de saúde/saúde mental, com foco na Política Nacional sobre Drogas e na Atenção Integral à Saúde do Homem.

Todos esses aspectos aqui mencionados são de suma importância para a compreensão do percurso histórico e atual da política de saúde mental no Brasil, mas cabe aqui também uma reflexão não somente para a implantação de serviços, mas, como destacam Medeiros e Batista (2014), para a importância de um trabalho mais

²²Spink e Menegon (2013) citam Erica Burman (1994) para a apresentação de estudos feministas, de acordo com esta autora, estes estudos são baseados em três (03) tipos de abordagem em pesquisas/estratégias, sendo eles: identificação e correção dos vieses na pesquisa androcêntrica, pautadas no empiricismo feminista que buscava suplementar as lacunas, focalizando a perspectiva da mulher em temas variados, como o caso do trabalho. O segundo tipo é o feminismo separatista ou essencialista, que focalizou não a exclusão da mulher dos paradigmas dominantes, mas as diferenças das experiências, como os casos de feministas negras e lésbicas que contestaram o pressuposto de que havia uma experiência feminista unitária. E por fim o feminismo pós-estruturalista ou relativismo feminista, que representou uma reflexão crítica dos fundamentos epistemológicos, enfatizando os julgamentos sobre verdade e falsidade como permeados por questões morais, políticas e culturais.

humanizado, de uma vinculação próxima e horizontal entre o profissional e usuário, a partir de atitudes como o cuidado, acolhimento, conhecimento e interação da realidade de vida, capacidade de escutar e dar respostas positivas às necessidades sociais, incluindo o empoderamento e a corresponsabilização, a importância das trocas interativas, e a construção conjunta de projetos.

1. POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL SOB O IMPERATIVO DA REFORMA PSQUIÁTRICA

Para se discutir acerca de saúde mental é necessário refletir, inicialmente, sobre Políticas Públicas (Política fiscal, econômica e social) em especial as **Políticas Sociais**²³, destacando a necessidade de um reconhecimento dos processos de regulação realizados pelo Estado, a fim de buscar, como afirma Arendt (1999), uma convivência entre os diferentes, inclusive a partir de uma organização social e da realidade de um País com democracia recente, no qual a sociedade civil conquista um lugar no cerne das políticas sociais. Deste modo, a política social e constitui na sociedade capitalista, a partir das ações de diferentes atores e interesses, em uma arena de disputas entre diferentes projetos, de distintos segmentos que lutam por impor suas necessidades no cenário da proteção social e, sobretudo das ações estatais.

Na arena tensionante da relação capital trabalho, as políticas sociais se constituem esfera de disputas por ampliação da cobertura²⁴ de proteção social, e por recursos públicos para tal alargamento, ao mesmo tempo em que se configuram como esfera de legitimação do estado e mecanismo de minimização/enfrentamento e controle das expressões da questão social. Torna-se assim, um instrumento de

²³Políticas sociais representam estratégias governamentais diante da realidade de contradições do contexto capital-trabalho, tendo o contrato social grande destaque, pois age como definidor do que é excluído e incluído, orientando tanto a vida privada quanto as situações coletivas (SANTOS, 1999).

²⁴Arretche (1995) apresenta a questão da cobertura que deve envolver os riscos da vida individual e coletiva a partir de direitos assegurados pelo Estado, onde o *WelfareState* deve agir como uma solução de conflitos no interior de sociedades (capitalistas), onde essa proteção é concebida como um direito de cidadania.

Fonte: ARRETCHÉ, M. T. S. **Emergência e desenvolvimento do welfare state**: teoria explicativas. BIB, n. 39, 1995.

negociação, constituindo espaço de construção de consensos, a fim de evitar a mera obrigatoriedade, ou seja, o princípio da coercitividade²⁵.

Pereira (2009), com base em Gramsci e Hannah Arendt, afirma que as políticas públicas podem ser compreendidas em termos mais gerais e englobam as políticas sociais, que se delineiam a partir das ações de proteção social, voltadas para minimizar riscos sociais e reforçar as dimensões dos direitos sociais que acompanham as conquistas pela cidadania em cada formação social. As políticas sociais nas sociedades capitalistas agem como estratégias governamentais diante da realidade de contradições da relação capital-trabalho, tendo o contrato social grande destaque, para definir quem é excluído e incluído, orientando tanto a vida privada quanto as situações coletivas, com tencionamentos e problematizações do papel do Estado.

A partir da Segunda Guerra Mundial, no mundo Ocidental, com a construção do *welfare state*²⁶ europeu, em alguns países configura-se uma cidadania plena, que assegura ampla proteção social aos cidadãos, momento que ganha maior vitalidade as discussões sobre os direitos sociais. Esping-Andersen (1991) e Sonia Draibe (1990) problematizam o *welfare state*, discutindo suas características e configurações. Processam reflexões acerca do princípio da regulação social pela transformação das relações entre Estado – Economia e Estado – Sociedade a partir da organização, regulação e produção de bens e serviços individuais e coletivos oriundos de prestações públicas e privadas, sendo materializados nos sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados, como educação, saúde, habitação, políticas de salário e emprego, assistência social, previdência social e integração e substituição de renda. A cidadania passa a ser a categoria de base do *welfare state*, conceito que passa a ser

²⁵ Conceito de **coercitividade** foi difundido por Émile Durkheim ao longo de suas obras, principalmente ao discutir sobre fato social. Coercitividade trata da força/poder, com a qual os padrões culturais de uma sociedade se impõem aos indivíduos que a integram, obrigando esses indivíduos a cumpri-los. Deste modo, a coerção existe através das sanções/punições aos que se rebelam e podem ser realizadas por meio de instituições como família, escola, religião, estado, dentre outras. Fonte: VIANA, N. **Introdução à Sociologia**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

²⁶ *WelfareState* foi conceitualmente dividido, por Draibe (1990) em:

Residual: Proteção Social intervém *ex post*, ou seja, quando os canais naturais não são suficiente e a ação do Estado é relativa, uma vez que é limitado no tempo, suprimindo a situação emergencial e estimulando as capacidades pessoais e/ou sociais. **Institucional Redistributivo:** cada um deve manter suas próprias condições com seus próprios méritos, a Proteção Social só corrige parcialmente. **Meritocrático Particularista:** *WelfareState* como parte importante e constitutiva das sociedades contemporâneas, concepção de produção e distribuição de bens e serviços sociais “extramercado” garantidos a todos, já que o mercado é incapaz de reduzir a insegurança e eliminar a pobreza.

apropriado pelos movimentos sociais, na perspectiva de sua ampliação e incorporação de novos segmentos sociais e usufruto de novos direitos.

Marshall (1967) afirma que a cidadania é construída basicamente por três elementos, os direitos civis, os políticos e os sociais. O autor analisa evolutivamente a experiência da Inglaterra, em que a cidadania se configurou paulatinamente como um enfrentamento e limite ao Estado Absolutista, iniciando-se pelos direitos civis. Neste contexto, a cidadania civil surgiu ao longo do século XVIII sob forma de direito inerente à liberdade, ou seja, a liberdade de ir e vir, de religião, pensamento, reunião pessoal e econômica.

No Brasil, o processo ocorreu de outra maneira, “invertida” como afirma Carvalho (2015) pela assunção de “direitos sociais”. O “Estado de Bem-Estar” no País teve suas bases constituídas e consolidadas nos anos 1930 e 1970, com intensa ampliação no período entre 1946 e 1964, conjunturas de governos autoritários/ditatoriais, em que o Estado buscava assegurar as bases do desenvolvimento industrial e capitalista no País, e buscava legitimidade social. Configura-se como um estado de bem-estar meritocrático e particularista, fundado na cidadania regulada/ocupacional, ou seja, voltada aos trabalhadores urbanos, com carteira assinada e profissão reconhecida oficialmente, portanto, uma cidadania restrita.

Aconteceram intensas lutas sociais, sobretudo dos trabalhadores urbanos inicialmente e rurais, com maior visibilidade nos anos de 1960, exigindo proteção social, mas tais lutas foram transformadas politicamente pelo Estado brasileiro autoritário no binômio assistência-repressão (IAMAMOTO, 2002).

Nessa configuração a política social no país se desenvolve de maneira lenta e seletiva, associada e subordinada à política econômica, aos interesses do desenvolvimento capitalista. No período de 1964 a 1984 ocorreu uma centralização no nível federal, com exclusão da participação social e intensa privatização, em reforço as características corporativistas, meritocrática, particularista e clientelista (BEHRING, BOSCHETTI, 2007).

Os direitos sociais ganham força em uma perspectiva de cidadania plena durante a assembléia constituinte e após a Constituição Federal de **1988**, conhecida como “Constituição Cidadã”, em que foi garantido o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e a propriedade, nos âmbitos individuais e coletivos/sociais, como a saúde, trabalho, moradia, lazer e outros. A descentralização política e administrativa ganha destaque, assim como a participação popular no cerne da Seguridade Social, constituído

pelo tripé: Saúde - Previdência Social - Assistência Social, tendo como princípios e objetivos a universalidade na saúde, a equidade, a equivalência de direitos entre trabalhadores urbanos e rurais, irredutibilidade dos valores de benefícios, gestão democrática, descentralizada e participativa (DRAIBE, 1990).

Com as constatações das dificuldades no desenvolvimento das políticas sociais, sobretudo na efetivação de textos legais, Draibe (1990) e Melo (1993) defendem a constante busca por igualdade, justiça e equidade sociais, considerando assim a importância de conhecer a particularidade do Estado de Bem-Estar Social na realidade brasileira.

A Constituição de 1988 possibilita maior destaque para o campo da saúde, consignada como um direito universal e dever do Estado, conquista que emergiu a partir da **Reforma Sanitária nos anos 1970**, que postulava acesso igualitário, integral, equânime e a participação popular na formulação e desenvolvimento da política, proporcionando um atendimento descentralizado, hierarquizado e com a participação popular (MELO, 1993), contornados pela criação do que veio a receber a denominação de Sistema Único de Saúde.

O artigo 196 da Constituição Federal (1988) apresenta a saúde como “**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, igualitário e equânime às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 117).

As ações em saúde pública passam a ser definidas, pelo Artigo 198 da Constituição Federal, como:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (EC nº 29/2000):

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade (BRASIL, 1988, p.117).

O SUS é erigido como um direito à atenção/cuidado em todos os níveis de complexidade (promoção, prevenção e reabilitação); atendimento de qualidade, ético, intersetorial, humanizado, equânime, universal, igualitário; reconhecimento e respeito dos direitos humanos; acessibilidade, vínculo e continuidade do cuidado; integralidade; (co) responsabilização; participação social; informação e orientação à população, dentre outras conquistas. O conceito de saúde é apreendido a partir das determinações sociais

do processo saúde doença cuidado, capacitação técnica e educação permanente de profissionais, disponibilidade de insumos e equipamentos, monitoramento e avaliação de serviços (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, há a gestação e consolidação de novos saberes e práticas assentados em uma concepção de saúde que considera suas múltiplas determinações, para além da atuação sobre o indivíduo e sua enfermidade, em que o contexto social, histórico e cultural ganham realce. Ademais, o desenvolvimento do SUS está intimamente relacionado à proposta de quebra de paradigmas tradicionais da medicina e contornado por lutas por direitos, como uma saúde de qualidade (MENDES, 2006).

Muitas conquistas foram consignadas no plano legal e no modelo assistencial, cujo exemplo se materializa na Estratégia Saúde da Família (ESF), criado no início dos anos 1990, com a missão de redirecionar o modelo biomédico, baseado na doença, na internação e na cura, até então dominante, com uma ação pautada no território de vida, junto às famílias e comunidade e na perspectiva da promoção em saúde.

No interior do processo de reforma sanitária, que erigiu o SUS, na década de 1970 é criado o movimento da **Reforma Psiquiátrica**, que busca desconstruir o modelo asilar/hospitalocêntrico/manicomial, criado no país, a partir da experiência europeia, tendo por base o Hospício de Alienado de Pedro II²⁷, fundado no Rio de Janeiro, em 1852²⁸, pautado na supressão dos direitos civis do “louco”, haja vista o pressuposto da incapacidade e periculosidade da pessoa com transtorno mental pautar a intervenção, impondo seu isolamento/segregação social, no afã de proteger a sociedade do convívio de um segmento considerado de “risco”.

Segundo Amarante e Torre (2001) o modo asilar começou a lidar com indivíduos não sujeitos, portanto com uma subjetividade alienada e desregrada, voltado para as determinações orgânicas e de medicalização, o que leva a desconsiderar a existência do sujeito, priorizando apenas o seu organismo.

²⁷Criado em 1841 e inaugurado em 1852, primeiro hospital brasileiro destinado exclusivamente para tratamento de “alienados”, que foi denominado Hospício de Pedro Segundo no Rio de Janeiro- RJ, com o propósito de controlar e moldar os comportamentos por meio da vigilância, disciplina e violência institucional.

²⁸Os anos 1980, na conjuntura de redemocratização no Brasil, foram marcados, concomitantemente, por avanços e críticas ao modelo asilar. Como avanços, pode-se citar a progressiva participação de profissionais, usuários, familiares e da sociedade; bem como a criação de espaços de discussão, como congressos e conferências e avanços teóricos no direcionamento dos princípios do Sistema Único de Saúde (TENÓRIO, 2002).

As constituições dos hospitais psiquiátricos eram sustentadas por um ideário que busca a higienização e a retirada deste usuário da comunidade, onde se recolhiam todas as pessoas que perambulavam pela sociedade e causavam “mal-estar”. Em nome de cuidar destas pessoas, o princípio de sua exclusão da sociedade se impunha, metamorfoseando sua finalidade para fins de controle de uma população considerada indesejada, sobretudo os loucos pobres.

Tenório (2002) compreende que a Reforma Psiquiátrica surge como um movimento questionador do poder médico, da psiquiatria e do hospital, da ênfase na enfermidade, da centralidade nos sintomas, das respostas medicalizantes e das violentas formas de concepção e relacionamento com as pessoas com transtornos mentais. De modo geral, com o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, começou a se protagonizar e construir denúncias contra as diversas violências dos/nos manicômios, fazendo uma crítica ao chamado “saber psiquiátrico tradicional” e ao modelo hospitalocêntrico.

Pois nessa época, por não existir ainda uma “ciência psiquiátrica”, o papel de prestar assistência às pessoas com transtornos mentais, inicialmente, era desempenhado pela “medicina social”²⁹ e pela “medicina legal”³⁰, sendo administrada pelas Santas Casas de Misericórdia (BRASIL, 2010).

Para Amarante e Torre (2001), baseado em Franco Basaglia e na tradição italiana de reforma psiquiátrica que influenciou a experiência brasileira, não se deve falar mais em doença mental, mas em existência-sofrimento de um sujeito, onde esta mudança tem que repercutir no plano das ações e não apenas em um discurso. De acordo com Foucault (2008) o saber médico e todas as práticas centradas na cura e nos restabelecimentos de uma razão foram questionados, momento em que o poder do médico psiquiatra e os efeitos do que produzia sobre o doente no fim do século XIX começam a ser colocados em questão, dando início a um movimento que coloca em xeque a psiquiatria tradicional.

Surgem, assim, as primeiras propostas de reorientação da assistência e discussões sobre a ação política e a possibilidade de uma intervenção social para os problemas da Saúde Mental. Pensa-se, então, em um modelo assistencial que pudesse

²⁹Área da Medicina que tem como objetivo a solução de problemas sociais (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

³⁰ Área da Medicina que subsidia a elaboração ou aplicação de Leis (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

superar o modelo asilar/manicomial, investindo em serviços substitutivos que objetivem a relação da pessoa com seu meio social, surgindo assim os CAPS, Hospitais-dia³¹, Residências Terapêuticas³², entre outros (BRASIL, 2005).

O maior desenvolvimento da saúde mental na realidade brasileira, enquanto perspectiva não manicomial aconteceu de forma semelhante à de outros países, sendo que alguns acontecimentos merecem maior destaque, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília no ano de 1986, na qual foram lançados os princípios da Reforma Sanitária com ativa participação da sociedade, buscando, dentre outras questões, uma reforma administrativa e financeira e superar a concepção medicalizadora da política de saúde.

Os processos de mudança na forma de intervir em saúde mental no contexto brasileiro se inspiraram nas experiências que emergiram após a Segunda Grande Guerra (1939-1945), com diferentes tradições teóricas e conjunturas que se refletiu, em países como França, Espanha, Itália, Canadá, Inglaterra, Estados Unidos da América (EUA) e o próprio Brasil, onde os hospitais psiquiátricos deveriam ser abolidos ou transformados em outras formas de atendimento a este público, como um tratamento preventivo e comunitário (COSTA-ROSA, 2006).

A reforma psiquiátrica no contexto brasileiro foi influenciada, sobretudo, pela experiência do movimento italiano, fundado por Franco Basaglia, que busca alterar a perspectiva de ação da pessoa com transtorno mental, tidas até então como, “sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e o excluiu” (BASAGLIA, 1985, p.107).

Basaglia (1985) desconstrói o manicômio, inserindo as pessoas com transtorno mental em seu território de vida, impondo um repensar na relação entre sociedade e

³¹ Hospital-dia é o regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial, é indicado quando a permanência do paciente na unidade é requerida por um período máximo de 12 horas. No campo da saúde mental, o Hospital-dia deve desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária de 08 horas, abranger um conjunto diversificado de atividades como atendimento individual e grupal, visitas domiciliares, atendimento à família e outras. E deve ser regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial.
Fonte: Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001.

³² As residências terapêuticas foram estabelecidas pela Portaria número 106/2000, destinadas principalmente a pacientes psiquiátricos com longa permanência hospitalar ou com vínculos familiares interrompidos. São constituídas por casas localizadas em espaço urbano, onde o número de usuários varia de um até oito pessoas, que devem ter suporte profissional de acordo com suas demandas. Esse serviço visa à reabilitação psicossocial do usuário, inserindo-o nas redes de serviços, organizações e relações sociais da comunidade em que vive (BRASIL, 2004).

loucura, o louco e a cidadania, constituindo o paradigma desinstitucionalizante, na perspectiva da desconstrução de aparatos administrativos e legislativos, e dos saberes, que se firma como campo da reabilitação/atenção psicossocial.

Com a inserção de cuidados por meio de ações continuadas no território de origem da pessoa com transtorno mental, os hospitais deixam de ser percebidos como única forma de tratamento e passam a ser considerados como uma possível etapa, o que de acordo com Costa-Rosa (2006) fortalece o modelo biopsicossocial.

A **atenção psicossocial** é um paradigma fundamental para a ação em saúde mental e diferencia-se do modo asilar por ter por foco a experiência de loucura como parte da condição humana, pautada na reconstituição da complexidade do adoecer e viver com o transtorno mental, em uma perspectiva crítica. Nesse sentido, a **interdisciplinaridade** compõe essa perspectiva, com entrelaçamento de saberes e profissões, em que os profissionais devem atuar em equipe multidisciplinar, promovendo ações de cuidado e promoção de saúde distantes da lógica de restituição de uma sanidade mental e cura.

A reabilitação psicossocial é uma estratégia que vem sendo cada vez mais utilizada no cuidado relativo aos sofrimentos psíquicos, com o intuito de buscar a inserção sociocultural, política e econômicas dos sujeitos (COSTA-ROSA, 2006), sendo compreendida por Saraceno (2001) como sinônimo de cidadania.

Pitta (1996) alerta para as várias utilizações da reabilitação psicossocial no Brasil, com diversos fins e contextos. Nota-se a predominância dessa prática através da compreensão de intervenções que saiam do ambiente hospitalar e buscam diminuir o caráter cronicado dos tratamentos tradicionais. Para além de técnicas específicas com um público alvo delimitado, como reabilitação psicossocial a atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis diante dos modos de sociabilidade habituais que necessitam de cuidados complexos e delicados.

Oliveira e Fortunato (2007) acrescentam que esta estratégia deve ser um espaço de escuta com intervenções que busquem aliar as necessidades dos sujeitos e as oportunidades que o contexto oferece. As ações que se dizem reabilitadoras incluem a desconstrução de práticas que excluem e silenciam e a (re) construção de outras possibilidades destinadas para as necessidades reais de pessoas.

Além disso, Hirdes e Kantorski (2004) chamam atenção para a necessidade de um trabalho que articule comunidade, serviços e políticas voltadas para a saúde mental, com intuito de promover prevenção, promoção e qualidade de vida aos sujeitos, pois,

a reabilitação psicossocial deverá prover serviços nos quais as possibilidades se transformem em uma realidade dialeticamente construída-inventada no seu cotidiano. Para que as possibilidades se transformem em realidade, é necessário o envolvimento de profissionais, familiares, usuários e a desmistificação do sofrimento psíquico e educação da sociedade. Numa perspectiva que remeta à dignidade, ao valor e ao potencial para crescimento de cada ser humano (p.221).

No Brasil, o processo de reforma psiquiátrica avança politicamente com o movimento de trabalhadores de saúde mental³³, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 2007), que ao lutar por melhores condições de trabalho, passam a dar visibilidade às péssimas condições assistenciais, iniciando processos de denúncias de violação de direitos humanos da pessoa com transtorno mental. Apresenta avanços assistenciais, com a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, Luis Cerqueira, em São Paulo, em 1986³⁴, com financiamento do governo do Estado de São Paulo, com uma proposta de cuidar de portas abertas e parametrado pela liberdade e cidadania.

Em 1989 iniciaram-se as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo, quando o deputado Paulo Delgado (PT/MG) dá entrada no Congresso Nacional ao Projeto de Lei³⁵, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e mudanças no modelo assistencial (BRASIL, 2005).

Dois anos depois, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos-SP deu início a um processo de intervenção com repercussão nacional, que demonstrou a possibilidade da construção de uma rede de cuidados fora do âmbito do hospital psiquiátrico, principalmente, pelas constantes denúncias de maus-tratos e mortes de pacientes no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta (KINOSHITA, 2009), o que redundou na

³³Como avanços na saúde mental pautado nos movimentos dos profissionais, em 1987 ocorre o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em Bauri – SP, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

³⁴ Em 1987, como desdobramento da VIII Conferência Nacional da Saúde, que consolida os preceitos da universalização da saúde e inicia um novo momento de deliberação na política da saúde com a ampla participação popular, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro (BRASIL, 2011).

³⁵ Este Projeto resultou na Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que foi o grande marco para a problematização da lógica manicomial brasileira, pois veio consolidar a desospitalização e criar serviços substitutivos (TENÓRIO, 2002).

primeira política municipal de saúde mental comunitária, orientada por cuidar em liberdade.

No ano seguinte, em 1992, ocorre a assinatura da Declaração de Caracas e a II Conferência Nacional de Saúde Mental, e entra em vigor a primeira norma federal, Portaria nº 189/92 que permite o financiamento e regulamenta a implantação de serviços de atenção diária e comunitária, funcionando de “portas abertas”, fundadas nas experiências dos primeiros centros e núcleos de Assistência Psicossocial (CAPS e NAPS) e Hospitais-dia. Com a Portaria nº 224/92 é estabelecida a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. No entanto, até então, mais de 93% dos recursos ainda eram destinados aos Hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Em 2001³⁶ é sancionada a Lei nº 10.216, que reconhece os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial e, passa a ser denominada como Lei da Reforma Psiquiátrica. Segundo a mesma, o cuidado aos usuários é baseado na ausência de qualquer discriminação, seja ela de raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e outras. Propõe direitos como o acesso ao melhor cuidado de saúde e receber o maior número de informações sobre suas dificuldades e tratamentos. É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde, apresentando destaque à participação principalmente da família.

Nesse contexto também ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentabilidade e visibilidade. Tal conferência teve ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, fornecendo substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil. No ano seguinte, o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos a partir dos grandes hospitais e de desinstitucionalização de

³⁶ Neste mesmo período, em 2003, foi criado o programa De Volta para Casa (Lei 10.708/2003) com o objetivo de contribuir efetivamente para o processo de inserção e reabilitação psicossocial das pessoas com longo histórico de internações em hospitais psiquiátricos. A referida lei estabelece que o governo proporcione o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. E em 2004 ocorre o aprofundando das estratégias já estabelecidas para a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e para o incremento dos serviços extra-hospitalares. E o Ministério da Saúde aprova o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH) que tem como principal estratégia promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais e hospitais de grande porte (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004).

pessoas com longo histórico de internação ganha impulso ao passar por uma série de normatizações pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Inicialmente é a garantia da mudança no modelo assistencial, visando assegurar os direitos civis da pessoa com transtorno mental, que está no cerne das discussões da reforma psiquiátrica, a partir do lema “cuidar em liberdade”, e os Centros de Atenção Psicossocial – os CAPS - tornam-se o principal equipamento destinado a ordenar o cuidado nessa perspectiva, fundado na lógica de atenção territorial, baseado na “existência-sofrimento”.

Diante dos paradigmas em tensionamento nas disputas por impor sua hegemonia, o paradigma psicossocial no seu modo de atuação é preciso atentar, bem como mencionou Delgado (2001), para que os serviços não continuem mantendo as estruturas manicomiais, haja vista os ganhos significativos consignados pela política de saúde mental em curso, sob a égide dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Desse modo, uma das possibilidades seriam os espaços de cooperação e de ação dos agentes sociais, fortalecendo o protagonismo de usuário e familiares a partir do objetivo de desmanicomializar a vida e as relações sociais. Podemos com essas colocações de Delgado, concluir que os princípios que a Reforma Psiquiátrica defendem coadunam com os princípios defendidos pelo SUS.

Alguns autores destacaram que a reforma ficou como um gueto, como algo a parte do SUS, mas, é parte integrante, constitucional dele. Podemos dizer que a Reforma Psiquiátrica está implicada em uma nova forma de conceber e agir frente à saúde mental, caracterizada como uma transição paradigmática e um processo em contraposição à visão asilar e voltada para o fortalecimento do paradigma psicossocial. A partir da Reforma Psiquiátrica, cresceu e se intensificaram as discussões sobre modelos substitutivos aos tratamentos tradicionais, para além de ações curativas, com possibilidades de utilização no campo da saúde mental (COSTA-ROSA, 2006), havendo uma ala que defendia ações de saúde mental exclusivamente a partir da atenção básica e outros que postulavam serviços intermediários como os CAPS.

De acordo com Alverga e Dimenstein (2006), os desafios e impasses da Reforma Psiquiátrica são as repercussões no modelo assistencial diante da transferência dos recursos financeiros do SUS para os serviços substitutivos. Redução dos gastos com internação psiquiátrica, elevada demanda em saúde mental, principalmente nos casos de crianças e adolescentes e de usuários de álcool e outras drogas, dificuldades em relação

ao preconceito existente na cultura popular, além da abrangência, acessibilidade, ações, qualificação do cuidado e da formação profissional.

Com a Reforma Sanitária e Psiquiátrica, o sujeito deixa de ser percebido apenas por sua “doença”, buscando-se sua valorização no cuidado e atuando na lógica do território como espaço de interação social entre comunidade (s) e serviços, produzindo assim uma prática baseada no cuidado e acolhimento. Perspectivas essas que estão presentes (ou deveriam estar) no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial.

Medeiros e Batista (2014) afirmam que todos os profissionais devem estar sensibilizados ao novo modelo de reestruturação da saúde, especificamente a saúde mental e a importância de seu contexto social, entendendo o indivíduo como um todo dentro de sua realidade, defendendo um olhar biológico, psicológico e sociológico.

As práticas psicossociais representam uma nova forma de trabalhar a partir de espaços de sociabilidade, com vivências para além dos muros e da rigidez institucional, possibilitam uma nova maneira de experienciar e superar os inúmeros preconceitos e discriminações presentes não somente na sociedade, mas muitas vezes na própria equipe (AMARANTE; TORRE, 2010), ou mesmo na família, pois incorpora os mesmos valores de seu meio circundante.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Saúde Mental, apresentou como princípios essenciais o incentivo à responsabilização e autonomia dos usuários e familiares, investimento no vínculo, promoção da cidadania, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, intersetorialidade, desinstitucionalização, territorialização, reabilitação psicossocial, produção de Projetos Terapêuticos Singulares, práticas grupais a partir de abordagens coletivas e outros. Priorização de ações conjuntas entre as equipes, discutindo casos, destacando os mais severos, além de criar estratégias de intervenção diante da proposta de redução de danos e apoio matricial, evitando a manicomialização, encaminhamentos, psiquiatrização, medicalização, preconceito e a segregação dos sujeitos (BRASIL, 2003).

Para Merhy (2004), o trabalho com a saúde mental, onde o profissional oferta o seu trabalho vivo para potencializar o sentido da vida do usuário, geralmente tem se caracterizado por fazeres árduos e experimentações constantes de sensações tensas e paradoxais. Complementa, que “Não é por acaso, que muitos trabalhadores, em supervisão, falam, como um lamento, da sua exaustão, da sua tristeza, da sua

incapacidade de acolher o outro, o tempo todo, e do seu pavor diante das crises dos usuários”³⁷ (p. 08).

Assim, foi possível “sentir na pele”, no contato, nas incertezas e implicações os modos como podem ser desenvolvidos os **manicômios mentais**, percebidos por Alverga e Dimenstein (2006) como um dos maiores desafios para efetivar a Reforma Psiquiátrica, pois são desejos de controlar, fixar e manicomializar, mesmo com o conhecimento de como deve ser feito o trabalho a partir da lógica da atenção psicossocial. Daí a importância de considerar o impacto das práticas tanto dos profissionais como dos usuários, com o constante questionamento das subjetividades que vão se produzindo.

Por isso é preciso investir nas tecnologias relacionais³⁸, que colocam em maior evidência o desapego do trabalhador de saúde de práticas prioritariamente técnicas, estruturadas e normalizáveis, para movimentar relações de cuidado que são estabelecidas com a construção de relações, de vínculos e escuta (MERHY, 1999). Postula-se a atuação profissional diante do sujeito em sofrimento, dos familiares e da comunidade em seu contexto sociocultural, em que as ações são construídas pelo entrelaçamento de saberes e profissões que devam coproduzir ações de cuidado e promoção de saúde distantes da lógica de restituição de uma sanidade mental (AMARANTE, TORRE; 2010).

Nesse sentido, uma das perspectivas de práticas de cuidado propostas por Malta e Merhy (2010) é a elaboração das características sociodemográfico dos usuários, identificação dos aspectos como os diferentes cursos de vida a partir das faixas etárias, dimensões étnico-raciais, matrizes religiosas e orientação sexual na produção das **linhas de cuidado**³⁹, a partir das necessidades específicas em saúde de cada usuário e nos

³⁷ Esse mesmo posicionamento pode ser percebido na fala dos profissionais do CAPS AD de Piripiri, eles colocaram os sentimentos de frustração, de não sentirem resultados com suas práticas e isso causar tristeza e mencionaram também a questão da exaustão. Esses dados e falas estão apresentados no capítulo de análise e discussão das entrevistas.

³⁸ Ministério da Saúde (2007) destacou que aos **dispositivos hospitalares** (ou seja, foco das tecnologias duras e leves- duras), geralmente chegam os usuários vitimados por um longo processo de adoecimento, que apresentam consequências diretas e indiretas da falta de acesso, ou da ausência de efetividade, das práticas preventivas. Além de alertarem para o fato de que os usuários que já apresentam padrão de dependência para substâncias psicoativas não constituem a maior parcela da população de consumidores destas substâncias.

³⁹ **Linhas de Cuidado:** uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientada por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada Região de Saúde, para um cuidado ágil e singular dos usuários frente às possibilidades de diagnóstico e terapia frente às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Objetiva à coordenação ao longo do contínuo

territórios. Com o intuito de explorar as possibilidades frente às linhas de cuidado, que buscam garantir a integralidade e otimizar/organizar a distribuição e fluxo dos serviços, processos de trabalho e dos recursos, de forma eficiente e eficaz. Como forma de atuação, busca-se a participação das equipes e gestores como forma de articulação com os demais níveis de assistência, bem como a participação dos usuários, com suas experiências, práticas, potencialidades e saberes.

Diante dessa perspectiva, o Ministério da Saúde, levando em considerações a Lei 10.216, da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e a necessidade de atualizar as normas da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, institui/sanciona/publica a Portaria n.º 336/GM homologada em 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta a criação de CAPS⁴⁰. Essa portaria é responsável pelo reconhecimento do serviço substitutivo, organizado em CAPS⁴¹ (I, II, III) e voltado para o segmento infanto-juvenil e usuários de álcool e outras drogas, variando de acordo com a abrangência populacional, atendendo a uma demanda de saúde mental com prioridade a transtornos severos e persistentes e agindo de acordo com a lógica territorial (BRASIL, 2002).

As produções de cuidado nos CAPS devem contemplar atividades tanto individuais (psicoterapia, acolhimento, acompanhamento, escuta, terapia breve), quanto grupais, as quais devem ser priorizadas, pelos efeitos e trocas coletivas que promove a

assistencial, por meio da pactuação, conectividade e contratualização de tarefas dos pontos de atenção e profissionais (BRASIL, 2010).

⁴⁰Diante desses modos de trabalho propostos pelo Ministério da Saúde, os CAPS são organizados em CAPS geral, CAPS infantil (CAPS i), que atende a crianças e adolescentes com transtornos mentais e o CAPS AD, que atende a pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas. Ressaltando que todos os profissionais que compõem os CAPS devem atuar em atendimento individual e grupal, visitas domiciliares, atendimento à família e outros (BRASIL, 2002).

⁴¹**CAPS I** - atende em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, atuando no horário de 08 às 18 horas, em dois turnos, em cinco dias úteis da semana, com uma equipe composta por um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior, podendo ter entre eles o cargo de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, quatro profissionais de nível médio, dentre eles o técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão; **CAPS II** - localizado em municípios que contam com uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes, atuando de forma semelhante ao CAPS I, mas com funcionamento de 8 às 18 horas, durante os cinco dias úteis da semana, existindo a possibilidade de um terceiro turno com funcionamento até às 21 horas. A equipe também se organiza de forma semelhante, porém é ampliada, uma vez que são quatro profissionais de nível superior e seis de nível médio; **CAPS III** - especificidade de representar um serviço ambulatorial de atenção contínua, atuando 24 horas/dia, incluindo feriados e finais de semana, atendendo ao município com população superior a 200.000 habitantes, com maiores atribuições que os demais CAPS, tendo capacidade de atendimento de quarenta usuários por turno e limite máximo de sessenta em regime intensivo, ou seja, destina-se a atenção à crise. A equipe é organizada de acordo com o turno (BRASIL, 2002).

coordenação de grupos (oficinas terapêuticas/artísticas/esportivas), grupos temáticos (de abertura das atividades do dia, dirigidos à geração de renda, terapêuticos e assembléias) e atendimento aos familiares. Além de atuação com os/as funcionários/as, visita domiciliar, trabalhos em equipe multidisciplinar, atuação em rede e na comunidade, elaboração de pareceres, laudos e prontuários, gestão do serviço, atividades extramuros, atuação nas discussões políticas sobre o campo e abordagens teóricas combinadas para responder as diferentes demandas.

Todos os profissionais que compõem os CAPS devem atuar em atendimento individual e grupal, visitas domiciliares, atendimento à família e outros (BRASIL, 2002), sendo um técnico de referência, uma nova figura que respeita, mas se sobrepõe e extrapola o núcleo formativo.

A questão/demanda do consumo prejudicial de **álcool e outras drogas** entra tardiamente na agenda normativa da reforma psiquiátrica, a partir de 2002, com o reconhecimento do consumo nocivo como um problema de saúde pública, apesar da predominância das internações por dependência química em hospitais psiquiátricos, de ter figurado em algumas portarias e como tema do relatório final da IV Conferência de Saúde Mental ⁴² intersetorial, no eixo II Consolidar a **rede de atenção psicossocial** e fortalecer os movimentos sociais e ser criado o CAPS AD na Portaria 336/2001 (BRASIL, 2002).

Em 2002, é lançada a Portaria 816, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, e propõe (ampliação) atendimento a esta demanda diante de uma perspectiva da proteção à saúde, direitos dos usuários e redução de danos, além de uma visão holística, que visa ampliar as discussões sobre esta temática e buscar medidas que não sejam moralistas e/ou repressivas, entendendo-a como problema de saúde e de interesse do usuário, da família e da comunidade.

Em relação às Políticas Públicas, para contemplar a particularidade das necessidades desse público foi criado o **CAPS AD**, que de acordo com o Ministério da Saúde (2012), deve atuar como um serviço aberto, com base comunitária, funcionando de acordo com a lógica territorial, fornecendo atenção contínua aos indivíduos com necessidades relacionadas ao uso de álcool, crack e outras drogas, sendo referência de

⁴² A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial buscou ampliar o diálogo com as demais políticas, haja vista o princípio da atenção integral de convocar relação, trocas e ações para além da política de saúde.

proteção e cuidado para familiares e usuários em situações de crise ou outras necessidades relacionadas ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas, constituindo referência para a organização de ações nesse sentido.

Até então, as ações governamentais sobre a questão do consumo prejudicial de álcool e outras drogas era tratado predominantemente como um tema, sobretudo, da Política de Segurança Pública, vinculada ao Ministério da Justiça, voltado para uma perspectiva militar, **proibicionista** e de criminalização dos consumidores, sobretudo de substâncias consideradas ilegais.

Teixeira *et al.* (2017) caracterizam o modelo proibicionista como de “Guerra às Drogas”. Defende um discurso antidrogas e objetiva o combate ao tráfico e um “mundo livre de drogas”, cujo compromisso é a prevenção do consumo e a repressão da produção e da oferta, além da defesa da criminalização de usuários e traficantes. Os autores acrescentam ainda que no setor da saúde enfatiza-se o caráter orgânico e os medicamentos como principal ferramenta para a “cura”, uma vez que os indivíduos ocupam um lugar passivo no tratamento, considerado inicialmente desviante, infrator/criminoso e depois, doente e por estes enquadres justifica-se seu isolamento social/familiar.

Em 2005, concretiza-se um alinhamento de ações entre Ministério da Justiça, sobretudo através da Secretaria Nacional sobre Drogas – SENAD e o Ministério da Saúde, através da Coordenação de Saúde Mental, álcool e outras drogas, através da Resolução nº 03, de 27 de outubro, que Aprova a Política Nacional sobre Drogas, pautada na **redução de danos**, em ações de prevenção e no reconhecimento da diferença entre usuários e traficantes de substâncias psicoativas.

A Estratégia, depois transformada em Política de Redução de Danos⁴³ inicialmente propunha ações envolvendo os usuários de substâncias psicoativas injetáveis, que compartilhavam seringas e, assim estavam sob risco de contaminação por HIV e hepatites. Esta proposta busca respeitar a liberdade de escolha, a inclusão social, a temporalidade e a cidadania dos usuários, em seus contextos de vida, com um modo de atuar clínico e com efeitos terapêuticos eficazes balizados nos direitos

⁴³A política de redução de danos **iniciou-se** com ações voltadas para diminuir os índices da infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas injetáveis, porque predominava o compartilhamento de seringas. Nesse sentido foram iniciadas ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, disponibilizando informações, educação, aconselhamento, e substituição de seringas, bem como assistência social e saúde. No entanto, houve uma ampliação da utilização da proposta de redução de danos (BRASIL, 2005).

humanos e em ações pragmáticas, construídas com e a partir da realidade de cada usuário (SOUSA, RONZANI; 2012; DUARTE, 2014).

Em reforço a tais perspectivas, em 2006, é lançada a **Lei 11.343 de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD**, que advoga o respeito aos direitos dos consumidores de substâncias psicoativas e propõem ações pautadas na prevenção e distinção entre consumidores e traficantes (BRASIL, 2011).

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas⁴⁴ se configura como o principal equipamento do SUS para implementar as diretrizes das ações voltadas para os consumidores de álcool e outras drogas, focados na redução de danos. Deve ter disponibilidade de acolher casos novos e os já vinculados, sem qualquer barreira de acesso, considerando-se ser um equipamento com “baixa exigência”, deve promover a inserção, suporte de grupo e proteção aos usuários, organizar o processo de trabalho com a equipe multiprofissional, estabelecer profissionais de referência, adequar a oferta de serviço às necessidades, ofertar cuidados aos familiares e proporcionar a compreensão das Políticas Públicas junto aos usuários e as famílias (BRASIL, 2012).

Suas ações devem se orientar pelos princípios da Redução de Danos, além da coresponsabilização pelo cuidado e manejo de situações de comorbidade psiquiátrica ou clínica, dentro de suas dependências ou em parceria com outros serviços da rede de atenção em saúde, bem como produzir juntamente com usuário e familiares, um Projeto Terapêutico Singular e regular o acesso com base em critérios clínicos e/ou psicossociais (BRASIL, 2012).

⁴⁴**CAPS AD II** atende a pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas em dois turnos, durante cinco dias úteis da semana, com uma equipe composta por médico geral e um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior, podendo ter entre eles o cargo de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo; seis profissionais de nível médio, dentre eles o técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Estes profissionais devem atuar em atendimento individual e grupal, visitas domiciliares, atendimento à família e outros; **CAPSAD III**, de acordo com a Portaria número 130/2012 do Ministério da Saúde, deve ser um serviço aberto 24 horas por dia em todos os dias da semana, incluindo feriados e finais de semana, sendo referência de proteção e cuidado para usuários e familiares em situações de crise. Deve ter uma equipe composta por um médico clínico, um psiquiatra, um enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental, cinco profissionais de nível superior, quatro técnicos de enfermagem, quatro profissionais de nível médio e um profissional de nível médio para realizar tarefas de natureza administrativa. Para os acolhimentos noturnos, a equipe mínima contará ainda com os seguintes profissionais, em regime de plantão corrido de 12 horas: um profissional de nível superior, dois técnicos de enfermagem, um profissional de nível médio ou fundamental para tarefas de natureza administrativa. No período diurno, aos finais de semana e feriados, a equipe mínima deverá contar, em plantões de 12 horas, com: um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e um profissional de nível médio ou fundamental para realizar tarefas administrativas (BRASIL, 2012).

Duarte (2014) afirma que o governo brasileiro ainda desenvolve as lógicas da **internação, abstinência e repressão**, ao mesmo tempo em que, timidamente, defende princípios como as **linhas de cuidado, reinserção social, redução de danos**, dentre outras propostas, pendendo mais para a primeira, predominando em sua atuação ações de cunho “curativas”. Deste modo, existe a necessidade do conhecimento e ativação de práticas preventivas, de tratamento e educação intra-setoriais aos diversos programas públicos, buscando um cuidado sem julgamentos, integral e articulado a fim de prevenir, tratar, reabilitar os usuários dentro de suas singularidades, possibilidades e potencialidades, sempre estimulando a participação dos atores envolvidos.

Consolidando o SUS, a partir da regulamentação da Lei nº 8080/1990⁴⁵, em 2011, é lançado o Decreto 7.508⁴⁶, que pauta as ações do SUS na **atuação em rede** no que diz respeito à organização do SUS, planejamento e assistência da saúde, e articulação interfederativa (BRASIL, 2011).

Dentro da proposta de atuação em rede são criadas também as redes de atenção na saúde ⁴⁷, dentre as quais, a **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** ⁴⁸, pela Portaria 3088/2011. Esta rede objetiva ampliar o acesso da população em geral, promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território,

⁴⁵Também conhecida como **Lei Orgânica da Saúde**, a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, que define as diretrizes para organização e funcionamento do Sistema de Saúde brasileiro, trata de pontos como determinantes sociais em saúde, vigilância, princípios e diretrizes do SUS, políticas para populações específicas, responsabilidades das esferas do governo, estrutura de governança do SUS, política de recursos humanos e participação complementar do privado (BRASIL, 2011).

⁴⁶O Decreto 7.508/2011 aponta também novos desafios na gestão desse Sistema e institui que o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) dará concretude aos compromissos de cada ente federado frente a objetivos em cada região de saúde, respeitando a diversidade federativa e garantindo a segurança jurídica necessária a todos e apresentando-se como um instrumento da gestão estratégica, compromissada com a transparência e a ética da gestão pública.

⁴⁷De acordo com Mendes (2011) as redes podem ser caracterizadas pelos aspectos de interdependência, autonomia, cooperação, confiança e relações relativamente estáveis e são apresentadas como as principais a Rede de Atenção à Urgência e Emergência, Rede Cegonha (mulheres gestantes e crianças até dois anos de idade, **Rede de Atenção Psicossocial** (RAPS – com prioridade para enfrentamento de álcool, crack e outras drogas), Rede de Atenção às doenças e condições crônicas, Rede de cuidado à pessoa com deficiência e Rede Nacional de Saúde do trabalhador.

⁴⁸A **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, sendo formada por sete (07) componentes, sendo eles: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Presume, além disso, o reconhecimento das potencialidades dos diversos equipamentos da saúde e do próprio território na efetivação das ações de cuidado e do trabalho em rede com os demais serviços e políticas públicas (SCHRAIBER *et al.*, 2010; BRASIL, 2011).

Mas, como afirma Dagnino (2004) apesar de todos os avanços consignados a partir da Constituição Federal de 1988, na década de 1990 o ideário neoliberal passa a rondar a implementação das políticas sociais no contexto brasileiro. Há, como explicita a autora, uma “confluência perversa”, pois de um lado temos a consolidação de direitos, principalmente sociais e de outro lado, ações regressivas em relação a eles, ameaçando seu usufruto, pela minimização dos investimentos estatais em políticas sociais, ações seletivas, pontuais e focalizadas nos segmentos mais vulneráveis, impondo reversão da universalidade.

Deste modo, no que tange às demandas referentes aos cuidados envolvendo consumidores de substâncias psicoativas, os profissionais e gestores que atuam sob a égide do SUS demonstram uma preocupação com o avanço de programas orientados por ações/valores moralizantes e com as possibilidades de tratamento compulsório/forçado direcionados para a lógica da higienização (retirada do sujeito do meio social) (BRASIL, 2004), que ganham reforço extra a partir de 2010 e com a Copa do Mundo de Futebol realizada no Brasil (2014), com os mega eventos, sendo paradigmática a realidade carioca

Tal tendência se aprofunda, a partir de 2010, com a divulgação midiática da “epidemia do crack”, e todo redirecionamento da política para um único produto, apesar das pesquisas informarem que o principal problema de agravo em saúde no País ser o álcool, uma substância legalizada, e que traz sérios danos, sobretudo através de acidentes de trânsito. Nesse contexto, em 2014 é lançado o Programa “crack: é possível vencer”, recuperando forças da **perspectiva proibicionista**.

Nesse contexto, paradoxalmente, é ampliado os investimentos nas ações baseadas na redução de danos, mas, simultaneamente crescem as ações proibicionistas, baseadas nas comunidades terapêuticas ⁴⁹, que segregam e pautam suas abordagens em

⁴⁹ De acordo com (2014), Comunidades Terapêuticas são Instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. São instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária, voltadas a pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à droga. O tempo de acolhimento pode

princípios religiosos, em um evidente confronto com o estado laico/republicano. Tais direcionamentos evidenciam o campo de disputas que se constituem em torno, sobretudo da direção da política social e do orçamento público destinado para a matéria (GIOVANELLA, 2017).

Em 2016, com o golpe sobre a Presidenta Dilma Rousseff, e assunção do Presidente Michel Temer à presidência da República, reforça-se a perspectiva de desmonte do SUS e de toda política de saúde orientada pela redução de danos, haja vista o fortalecimento das ações segregadoras, higienistas e hospitalocentricas, com o aumento na diária dos hospitais psiquiátricos e fomento ao investimento das internações compulsórias e em comunidades terapêuticas, que passam a integrar a Rede de Atenção Psicossocial.

E esse processo, como afirma Vasconcelos (2016), está pautado em um contexto incerto, uma vez que (sobre) vivemos em tempos sombrios, que trouxeram mudanças e incerteza para o Sistema Único de Saúde e para a Reforma Psiquiátrica que, ainda, estavam buscando mais consolidação e avanços.

Estamos presenciando vários movimentos em defesa da privatização da saúde, da lógica higienista e segregadora, enfatizados no atual momento com a crescente precarização dos CAPS, aumento nas diárias das autorizações de internações hospitalares, em hospitais psiquiátricos, e mais recentemente, ênfase da ambulatorização da saúde mental, em um claro reforço ao poder de uma única categoria profissional.

Como formas concretas de compreender tais fatores, podemos citar que em 28 de dezembro de 2017, tivemos o lançamento da portaria 3.992 que extinguiu os seis (06) blocos de financiamento⁵⁰ e mais recentemente o “bloco de financiamento”, que limita o repasse a duas categorias: custeio e capital. Também temos a Ementa Constitucional 95 que congela os financiamentos em saúde por 20 anos. E a flexibilização para alocação de recursos na saúde por governos estaduais e municipais, com o desmonte da atenção básica e reforço à média e alta complexidade.

Presenciamos o grande risco de que a saúde mental, que sempre ficou secundarizada, tenderá a ficar cada vez mais minguada, com baixos recursos e fixados

durar até 12 meses. Durante esse período, os residentes devem manter seu tratamento na rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários.

Fonte: GOULART, M. A. B. Comunidades terapêuticas: conceito e prática de uma experiência dos anos sessenta. Revista de Psicologia, Fortaleza, v. 5 - n. 2, p. 53-69, 2014.

⁵⁰ Atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, gestão do SUS e investimento

apenas na atenção à crise, com retorno da lógica manicomial e privatista. Ainda há ênfase em uma atenção fundamentada meramente em preceitos religiosos, o que desafia os nossos saberes pautados na ciência.

É um momento que requer de nossa parte reflexão, sobretudo coletiva, para unir forças para preservar a cidadania de um segmento historicamente estigmatizado e para o qual, a dívida social não foi saldada. Requer ainda um repensar sobre os acúmulos do controle, da participação social, para preservar o que construímos coletivamente, em prol da saúde como direito de todos e dever do Estado, embora tais preceitos Constitucionais tenham ficado restritos ao texto legal. Nossa cidadania está inconclusa. Precisamos ganhar força e reiniciar a luta, para preservar o pouco que foi conquistado e lutar pelo bom emprego do nosso imposto. Giovannella (2017) informa que os países desenvolvidos gastam entre 07 a 08% do PIB com saúde. O Brasil gasta apenas 4%, mostrando, portanto que a saúde no País é subfinanciada cronicamente.

Tais tendências convergem ainda com avaliações negativas em relação à potência dos CAPS em assegurar a reversão do modelo assistencial, pelo predomínio da endogenia, expresso em termos como *capscentrismo*, *capscômio*, ou seja, perspectiva de manutenção da lógica manicomial no interior dos CAPS, haja vista as intervenções do equipamento se concentrarem em seu interior, e não na lógica territorial.

Nesse sentido, Antonio Lancetti (2008) no livro “A clínica peripatética”, informa que nem todo CAPS conseguiu promover a reorientação do modelo, distinguindo dois direcionamentos para esse equipamento, que denomina CAPS burocrático, que reproduz a lógica manicomial, e CAPS turbinado, que incorpora o “espírito” da reforma.

Frente a este percurso histórico, podemos concluir e sintetizar que se desenvolveram e coexistem dois modelos, o manicomial/asilar⁵¹ e o psicossocial⁵²,

⁵¹ O modelo asilar centra-se no saber médico e na concepção de loucura como doença que precisa ser tratada através do isolamento, sendo o sujeito destituído de voz e ação frente à transformação de sua realidade, subjugado a um poder que disciplina. Segundo Amarante e Torre (2001) o modo asilar começou a lidar com indivíduos não sujeitos, portanto com uma subjetividade alienada e desregrada, voltado para as determinações orgânicas e de medicalização, o que leva a desconsiderar a existência do sujeito, priorizando apenas o seu organismo.

⁵² A atenção psicossocial é um paradigma fundamental para a ação em saúde mental e diferencia-se do modo asilar por ter uma experiência de loucura mais abrangente e crítica. Os dois paradigmas são considerados alternativos por serem contraditórios, ou seja, fundamentados e atuantes em sentidos radicalmente opostos, sendo insuficientes as simples dicotomias e diferenças entre interesses, instituições e organizações (COSTA-ROSA, 2006). E constrói-se no entrelaçamento de saberes e profissões que devem olhar e intervir junto com o outro, promovendo ações de cuidado e promoção de saúde distantes da lógica de restituição de uma sanidade mental.

sendo este segundo fonte de referência e reflexão para a construção e desenvolvimento de práticas antimanicomiais.

Com base em um levantamento bibliográfico de publicações realizadas entre 2000 e 2016, Teixeira *et al* (2017) resumem que há, no setor da justiça e da segurança pública, dois paradigmas opostos, proibicionismo e antiproibicionismo. No campo da saúde e assistência social existem os Psicossocial e de Redução de danos que defendem as práticas em saúde mental/álcool e outras drogas e em oposição se destaca o proibicionismo⁵³.

Ressalta-se que os CAPS não estão imunes às ações manicomiais, como foi constatado por Lancetti (2008). Todavia, os dois paradigmas são considerados contraditórios, ou seja, fundamentados e atuantes em sentidos radicalmente opostos, sendo insuficientes as simples dicotomias e diferenças entre interesses, instituições e organizações (COSTA-ROSA, 2006). A Reforma Psiquiátrica está implicada com uma nova forma de conceber e agir frente à loucura, caracterizada como uma transição paradigmática e um processo. Contrapõe-se à visão asilar e é voltada para o fortalecimento do paradigma psicossocial, fundamentada no cuidar em liberdade e na desconstrução dos aparatos que produziram a segregação.

Vai além do equipamento e de ações em saúde, buscando, assim como o SUS, um projeto novo de sociedade, baseado em outra relação entre sociedade e loucura. Ou seja, extrapola a política de saúde, configurando um projeto de sociedade, como esclarece Paim (2006).

Teixeira *et al.* (2017) ressaltam que no modelo psicossocial as práticas profissionais pautadas em movimentos sociais são marcadas por considerações que vão além da noção de doença⁵⁴ e conseqüentemente, os recursos usados na atenção também precisam ir além dos medicamentos. E o cuidado se dá na perspectiva de interdisciplinaridade e intersetorialidade como práticas da clínica ampliada⁵⁵ e

⁵³ Termos já conceituados anteriormente.

⁵⁴Teixeira et al. (2017) acreditam que existir ações pautadas além da ótica da doença, deve haver uma contextualização dos fenômenos, e para tal eles se pautam nas concepções de Basaglia e na fenomenologia de Husserl, propondo que a doença deve ser colocada entre parênteses para que o sujeito seja compreendido diante de determinantes econômicos, sociais, políticos e outros.

⁵⁵A clínica ampliada é uma das diretrizes que a **Política Nacional de Humanização** propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Constitui uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, buscando integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é multiprofissional. É necessário criar um contexto favorável

atendendo às redes de atenção territorializadas, sendo que a integralidade deve considerar a relação como ambiente (aspectos socioculturais, numa tríade indivíduo – droga - contexto) e as práticas de cuidado (que visam à redução de riscos e danos e não a supressão sintomática e a abstinência), e defender o respeito às diferenças, defesa da vida e direito à liberdade e dignidade, inclusão e reinserção social. Deste modo, seus principais objetivos são a desinstitucionalização, liberdade, autonomia, cidadania, fomento ao protagonismo e outros.

No entanto, é preciso reconhecer que atualmente no Brasil ocorre o confronto de diferentes ideologias e paradigmas, pois coexistem práticas e concepções pautadas tanto no paradigma manicomial como nos novos paradigmas psicossocial/psicossociais (SPINK, MEDRADO; 2013).

Percebe-se que a lógica da atenção psicossocial, ao substituir a lógica hospitalar através da Reforma Psiquiátrica, ganha força com a criação dos serviços substitutivos como os CAPS. Porém, é preciso atentar para que estes novos serviços não continuem reproduzindo as mesmas estruturas manicomiais do asilo, sendo necessária a ampliação de espaços de cooperação e de ação dos agentes comunitários, usuários e familiares.

Delgado (2001) defende ainda a ampliação do modo de pensar o manicômio, não apenas como um lugar físico, e que os princípios da Reforma Psiquiátrica são antes de tudo a defesa dos princípios do SUS por meio da universalidade do atendimento, equanimidade, integralidade, descentralização e controle social.

Cabe ressaltar que pautamos essas reflexões com base nos teóricos lidos e das colocações⁵⁶ de Dênis Petuco⁵⁷ em discussões sobre os modos de “cuidar” e os de

para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade (BRASIL, 2008).

⁵⁶ Exposição de em 05 de maio de 2017 na UFPI, intitulada: *Drogas e Saúde: uma breve história dos modos de lidar*.

⁵⁷ Dênis Roberto da Silva Petuco é cientista social formado pela UFRGS (2007) com Trabalho de Conclusão de Curso sobre precarização do trabalho em saúde; Mestre em Educação pela UFPB (2011) com dissertação sobre uso de imagens em campanhas de prevenção ao crack; Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora, investigando a constituição de um "campo das drogas" no Brasil. Atualmente, é professor pesquisador na Escola Politécnica Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Áreas de interesse: Drogas, Políticas de Drogas, Redução de Danos, Discursos sobre Drogas, Educação e Saúde, Saúde Coletiva, Saúde Mental Coletiva, Direitos Humanos.

“purificar”⁵⁸, partindo da premissa de que “não se pode esquecer a história sobre o risco de não se repetir”. Ele coloca ainda que “a gente não é dependente químico, a gente é dependente de uma paisagem, de um ambiente” e que a melhor forma de cuidar seria “não focar na droga e sim na vida do sujeito”⁵⁹.

Todas as problematizações levantadas por Petuco nos fizeram refletir sobre a atuação nos CAPS AD e nos deram suporte para pensar sobre a importância de se refletir acerca das masculinidades, a fim de buscar uma das formas de se estudar saúde mental, especificamente substâncias psicoativas, para que não haja o foco na droga em si, mas no sujeito, em sua vida e em uma das categorias que perpassa por essa existência, ou seja, as questões de gênero, recuperando os pressupostos de Olivenstein (1990), abarcando a complexidade da matéria a partir do contexto de vida, das características do indivíduo e do produto.

Os dados epidemiológicos destacam que há uma representação majoritária de homens como consumidores de substâncias psicoativas, sobretudo álcool, crack e anabolizantes. Mas, na política os homens são vistos a partir do sexo e percebidos como algo uno, o que os estudos recentes desconstruem, a partir do conceito de masculinidades, como será visto a seguir (BRASIL, 2009).

Outro ponto que foi discutido e que estamos nos deparando é com o retrocesso (que podemos inclusive denominar de golpe) na nossa Política Nacional de Saúde Mental. Ressaltando que é nosso dever, enquanto profissional-pesquisador, fazer um registro (e inclusive uma denúncia) desse desmonte que está sendo feitas nas lutas e conquistas da saúde pública brasileira...

⁵⁸Esta dicotomia apresentada por Petuco me ficou muito fortemente marcada na fala dos profissionais do CAPS AD de Piripiri-PI, alguns trouxeram fortemente a proposta de “cura pela abstinência”, que os que não partem desse mesmo objetivo não buscam nada no serviço, apenas comer e dormir. Estas e outras reflexões estão mais detalhadas nas análises.

⁵⁹As frases aqui transcritas entre aspas foram ditas por Petuco tal qual estão digitadas, daí o uso de aspas para essas colocações.

2. MASCULINIDADES: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO COM POLÍTICAS DE SAÚDE/SAÚDE MENTAL

A partir da reconstituição da complexidade do processo saúde – doença - cuidado, com foco nos determinantes sociais pelo Sistema Único de Saúde e reforma psiquiátrica, que requer ações para além de uma única política, postula-se o diálogo e a transversalidade⁶⁰ da agenda das políticas de saúde com as demais políticas sociais, atuando de forma intersetorial, articulando saberes e experiência no desenvolvimento e avaliação de políticas referentes às necessidades sociais, qualidade de vida e mudanças sociais, no contexto de intensas alterações nas configurações familiares, nos contextos de trabalho, expresso na reestruturação produtiva, condições gerais de vida da população, reversão de políticas universalistas e diversidade de perspectivas em relação a distintos segmentos da sociedade.

Nesse contexto as análises das políticas sociais e de seu ciclo, através da formação da agenda, planejamento, escolha das ações, execução e avaliação (MELO, 1993) ganham destaque, convocando outros saberes para além do campo biomédico. Com a ampliação do objeto da política de saúde para os determinantes sociais do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade é requerida, e o diálogo entre o planejamento, a epidemiologia e as ciências sociais conformarão outro campo de saber, a **saúde coletiva**.

A Saúde Coletiva emerge como um campo de saber e prática social oriundos do movimento sanitário e pautada na articulação de quatro vetores desenvolvidos no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e em instituições de pesquisa, sendo eles as práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas. Acerca dos movimentos ideológicos, a Saúde Coletiva recorreu ao diálogo e à crítica a alguns conceitos, dentre

⁶⁰O conceito de *Transversalidade* é utilizado por **Guattari** na elaboração *teórica da psicoterapia institucional* com o intuito de comentar os desafios da intervenção nas instituições, sendo a transversalidade um terceiro vetor frente a superação de uma verticalidade e horizontalidade (ajeitar-se na situação). A transversalidade implica, assim, a ativação da circulação, da comunicação e dos agenciamentos enquanto produção de outros modos de ser, de sentir e atuar, sendo realizada quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e sentidos, uma vez que o prefixo *trans* conduz a uma nova forma de pensar a existência, livre dos constrangimentos disciplinares e dos mapas estabelecidos do conhecimento.

Fonte: AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. **Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise**. Psicologia: ciência e profissão, v.27, n.4, 2007.

eles o Preventismo, Medicina Social, Saúde Comunitária, Medicina de Família e, atualmente, com a Promoção da Saúde e Nova Saúde Pública (PAIM, 2006).

Para a perspectiva da saúde coletiva, a produção do cuidado transcende a realização de procedimentos e o foco na enfermidade, enraizando-se nas configurações da particularidade de cada formação social e nas práticas sociais e culturais, o que implica o reconhecimento do usuário como sujeito de direitos multideterminados, com necessidades singulares que não devem ser homogeneizadas e que precisam ser acompanhadas de forma continuada e pluralizada. Ultrapassa-se a tradicional noção genérica e abstrata da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define a saúde como perfeito bem-estar físico, social e psíquico, haja vista que as ações ocorrem com pessoas em contextos reais e múltiplos. Essa representação de “saúde ideal” é muitas vezes criticada por estudiosos que entendem que essa constituição tem a ver com uma formação social, necessidades, organização no espaço, relação social e territorial, desvinculando de conceitos e concepções causais e institucionalizadas (MENDES, 2006; MACHIN *et al.*, 2011; COUTO, GOMES, 2012; ALMEIDA, 2014).

O trabalho em saúde coletiva, para Campos e Guarido (2007), tem como objeto, a relação dos sujeitos com determinado território, em que a vida e os laços sociais se desenvolvem. Consequentemente, saúde passa a estar atrelado eminentemente ao movimento de produção e reinvenção da vida e possibilidades de produzir novas normas para andar com a vida, se apropriar de determinado território, reconstruir relações e processos sociais, na perspectiva de fomentar o protagonismo do usuário, e fortalecer a sua cidadania.

Saúde é entendida como uma práxis complexa diante da diversidade de conceitos e práticas que postulam uma coprodução em que seres humanos constroem e atribuem significados aos processos a partir de distintos lugares sociais, existindo uma mútua interação atravessada por várias mediações que requer olhares de diversas disciplinas.

Nesse contexto as especificidades de gênero, classe social, etnia e geração com base em referência ética e política ganham visibilidade e outra densidade (ALMEIDA, 2014). As conquistas dos movimentos sociais impõem que a diversidade passe a ser considerada parte da condição humana e que seja incorporada no processo de produção do cuidado em saúde, pois expressam as desigualdades que se manifestam nos agravos em saúde e saúde mental.

Logo, as distintas expressões das diversidades das necessidades em saúde ganham visibilidade e materialidade através de políticas específicas no âmbito do SUS engendradas com base no princípio da equidade, a exemplo, da política de saúde voltada para a população negra, LGBTTT e também para os homens.

Guiraldelli e Engler (2008) destacam a importância de políticas que devam ser universalistas e que estejam voltadas ao enfrentamento das desigualdades de gênero e raça/etnia, principalmente na realidade brasileira que é permeada por contrastes sociais, onde deveria haver maior investimento em políticas universais voltadas à empregabilidade, educação, habitação, saúde, saneamento básico, entre outras. Com o intuito de alcançar principalmente as populações mais excluídas, a partir de políticas públicas de inclusão social e de igualdade racial e de gênero, fazendo com que a cidadania plena se efetive.

Logo, postulam-se políticas universalistas, que compreendam a saúde como um direito de todos, e que enfatizem a igualdade como fundamental, como cimento de toda conquista da sociedade e reconhecimento de todos os cidadãos, com direito à proteção social, mas que se atentem às desigualdades sociais, o que é enfatizado nas ações voltadas para a equidade, assim como nas particularidades de alguns segmentos, historicamente invisibilizados, mas que através das lutas sociais, tem conquistado espaço nas ações governamentais, através de políticas específicas. Logo, às lutas por igualdade, se somam às lutas por reconhecimento, por ações afirmativas a partir das necessidades em saúde de determinado segmento social (FRASER, HONNETH; 2003), com as questões de gênero também sendo ressaltadas.

Discorrer sobre gênero não é somente apresentar a contradição e a justaposição das concepções que envolvem os papéis e não deve ser reduzido a uma identidade sexual ou étnica de registros biológicos. A definição de gênero é complicada porque apresenta vários significados e agrega sentidos amplos relacionados a características estabelecidas e decorrentes da tradição, pois possui “uma história”, podendo ser entendida, em seu sentido literal, como uma organização social da relação entre os sexos. As concepções de gênero diferem não somente entre as sociedades ou momentos históricos, mas no interior de determinada sociedade, ao se considerar os diversos grupos que a constituem (LOURO, 2010).

Pensar em gênero é discutir um longo processo histórico, permeado por lutas e mudanças que primeiramente tiveram maior destaque para o movimento feminista com suas lutas e conquistas. Nesse sentido, gênero inicialmente é apropriado como uma

categoria para dar visibilidade às conquistas femininas, dos movimentos de mulheres, havendo intensa associação entre gênero e mulheres/feminino.

Villela e Pereira (2012) esclarecem que a categoria gênero surgiu nas discussões sobre as mulheres que buscaram questionar sobre as vantagens masculinas percebidas nas diferenças de relações de poder entre os sexos. O reconhecimento do caráter histórico do sexo permitiu afirmar que este é resultado de um conjunto de práticas e hábitos corporais que delimitam o sujeito. Mas, como formular políticas sem limitar masculinidades e feminilidades dentro de identidades fixas, que são produtos históricos e sociais? Como desenvolver políticas públicas que não caiam na **oposição tradicional e binária** entre “homem” e “mulher”?

Saffioti (1987) defende que o

Sentido específico de um fenômeno natural, formulado de diferentes maneiras, por distintas sociedades, constitui sua dimensão social, cultural ou sociocultural. É exatamente essa dimensão sociocultural que permite compreender a famosa frase de Simone de Beauvoir, em *O segundo sexo*: “ninguém nasce mulher, torna-se mulher” (...) rigorosamente, os seres humanos nascem machos ou fêmeas. É através da educação que recebem que se tornam homens e mulheres. A identidade social é, portanto, socialmente construída (p. 10).

Gênero deixa de ser apenas uma condição social e histórica predeterminada de vulnerabilidade e de desigualdades entre os sexos e passa a ser visto como uma categoria atravessada por questionamentos sobre classe social, raça, etnia, cultura, gerações dentro de determinado contexto sócio-histórico-cultural (MEYER, 2004).

Articulando tal questão com o campo da Saúde Coletiva, o que torna visível a desigualdade de gênero é a politização da intervenção técnico-científica da ação profissional, já que a invisibilidade é fruto da cultura biomédica reducionista. Dessa forma, práticas de saúde arraigadas nessa cultura biomédica podem ter, como um de seus efeitos, o agravamento de processos de exclusão e desigualdade social. Em contrapartida, se uma mudança na perspectiva eminentemente técnica não for realizada, a “visibilidade” que é destinada aos gêneros pode resultar em um esvaziamento ético e político deste conceito (SCHRAIBER, 2012).

O estudo de gênero reconhece as diferenças/diversidades e questiona os conceitos homogêneos, estáveis e permanentes que excluem ou silenciam o/a diferente. Sendo necessário desconstruir, pluralizar, ressignificar, reinventar identidades e subjetividades, saberes, valores, convicções e outros. É uma categoria que explica como

a diferença é produzida e explicita os jogos de poder que foram historicamente estabelecidos para demarcar lugares sociais a partir do sexo.

Explicar as categorias fundamentais de gênero, segundo Butler (2003), consiste em analisar os efeitos de uma formação específica de poder, por meio de uma

investigação crítica, a qual Foucault, reformulando Nietzsche, chamou de *genealogia*. A crítica genealógica recusa-se a buscar as origens do gênero (...) que a repressão impede de ver; em vez disso, ela investiga as apostas políticas, designando como *origem* e *causa* categorias de identidade que, na verdade, são efeitos de instituições, práticas e discursos cujos pontos de origem são múltiplos e difusos (p. 09).

Acerca de poder, Joan Scott, em sua clássica produção intitulada “Gênero: uma categoria útil de análise” (1990) descreve que gênero “é uma forma primária de dar significado às relações de poder (...) é um campo primário no interior do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado, implicando na concepção e na construção do próprio poder” (p. 88). Bento (2015) acrescenta que:

Gênero talvez seja uma das categorias primeiras que são interiorizadas (...) a forma como a sociedade constrói e define o que é do gênero feminino e do gênero masculino é uma das primeiras verdades construídas e reproduzidas pela sociedade (...) a forma como as sociedades elaboram as verdades (através de lendas, doutrinas, disciplinas e mitos) sobre as diferenças dos sexos pode ser vista como uma categoria do pensamento humano. Mas as categorias de percepção do mundo são históricas e culturais. Essa estrutura não é da ordem natural (p. 52).

Assim sendo, gênero é um construto que condiciona a percepção do mundo e uma forma de reprodução do que pertence para além do masculino e feminino, problematiza a oposição e dualismo existente no âmbito da percepção, pensamento e/ou ação (MACHIN *et al.*, 2011).

De acordo com Louro (2010), a norma social que se estabelece, historicamente, diz respeito a um homem branco, heterossexual, de classe média, em contexto urbano e

cristão. Desta forma, a mulher é representada como o *segundo sexo*⁶¹ e os gays e lésbicas são vistos como desviantes da norma heterossexual.

Como repercussão dessas discussões houve mudança nas denominações de “estudos dos homens” para “estudos de masculinidades”. Nesse período aconteceram transições das teorias de papéis sexuais de acordo com o enfoque de gênero (SCHRAIBER *et al.*, 2010).

Uma vez que, deve-se partir de que a (s) masculinidade (s) “não é uma entidade fixa encarnada no corpo ou nos traços da personalidade dos indivíduos. As masculinidades são configurações de práticas que são realizadas na ação social e, dessa forma, podem se diferenciar de acordo com as relações de gênero em um cenário social particular” (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013, p. 250). Em outras palavras, os autores acrescentam que se deve eliminar qualquer uso de masculinidade hegemônica como modelo fixo ou trans-histórico. Deve-se estar atento à historicidade do gênero e as definições sociais que geraram ou foram geradas pelas masculinidades.

Acerca dos estudos sobre Masculinidades, não se deve deixar de mencionar a cientista social australiana Raewyn Connell, conhecida por seu trabalho nos campos da sociologia, educação, estudos de gênero, ciência política e história. Connell (1997) defende que **a masculinidade não é única, na verdade são várias masculinidades**, dentre elas a de subordinação, que diz respeito à dominação de um grupo de homens sobre outros, onde pode haver violência, preconceito e discriminação; a de cumplicidade, em que faz parte aqueles homens que se beneficiam (in) diretamente da masculinidade hegemônica; a de marginalização, que é a interação entre gênero e outras estruturas sociais, como as classes sociais e etnia; e a hegemônica, que é foco deste estudo, que parte de princípios como patriarcado, heterossexualismo, posição social, sendo também marcado pela interação entre gênero, classe social e etnia. Ressalta-se que esses conceitos podem não corresponder necessariamente à vida de nenhum homem concreto, mas representam modelos em vários sentidos, ideais, fantasias e desejos.

⁶¹Conceito e obra publicada em 1949 de **Simone de Beauvoir**, escritora francesa, intelectual, filósofa existencialista, ativista política, feminista e teórica social com grande contribuição com suas discussões democráticas e propostas de rupturas das estruturas psíquicas, sociais e políticas. Nesta obra, Beauvoir discutiu questões consideradas intratáveis na época, como sexualidade, maternidade e identidades sexuais, sendo importante inspiração para refletir sobre o modo como as mulheres “ocupam” posição inferior/secundária aos homens. Deste modo, surge a grande questão: “O que é uma mulher?”, bem como uma das principais frases do movimento feminista: “Não se nasce mulher, torna-se mulher.”

Fonte: BEAUVOIR, S. O segundo sexo: fatos e mitos. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

Outro autor de destaque nos estudos de masculinidades é o professor de Sociologia James W. Messerschmidt, estudioso da interrelação de gênero, raça, classe, sexualidade e crime. Juntos, Messerschmidt e Connell fizeram uma importante releitura intitulada “Masculinidade hegemônica: repensando o conceito” a fim de repensar este conceito em um contexto mais contemporâneo, com primeira publicação em 2005 e tradução para o português em 2013.

Nesta releitura, os autores (2013) discutiram aspectos como a origem do conceito e a convergência de ideias, que se deu nos anos 1980 a partir de concepções como masculinidades múltiplas, hegemonia, transformação, dentre outras, com os propósitos de descartar o tratamento unidimensional da hierarquia e concepções tradicionais de gênero.

O conceito de masculinidade hegemônica influenciou pensamentos sobre homens, gênero e hierarquia social e proporcionou ligação entre os campos de estudos sobre masculinidade e homens; ansiedades populares sobre homens e meninos; posicionamento feminista sobre o patriarcado; modelos sociais de gênero. Este conceito foi originalmente formulado com uma “forte consciência de argumentos psicanalíticos acerca do caráter multifacetado e contraditório da personalidade, da constatação cotidiana como parte da vida social e da mescla de estratégias necessárias a qualquer tentativa de sustentar a hegemonia” (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013, p. 259).

O conceito de “**masculinidade hegemônica**”⁶² diz respeito ao grupo cujas representações e práticas constituem a referência socialmente legitimada para a vivência do masculino, ou seja, representa uma forma de reproduzir esta organização social, considerada como uma importante referência nos estudos sobre gênero e sexualidade, interferindo nas teorias e nas práticas sociais cotidianas. Torna-se evidente pensar sobre uma sociedade na qual se destaca a forma hegemônica de masculinidade, em que prevalece a cultura patriarcal (MACHIN *et al.*, 2011).

De forma consoante, Connell e Messerschmidt (2013) acrescentam que este conceito é uma importante categoria de análise de estudos das determinações sociais da saúde do homem, a exemplo dos comportamentos de risco. Inclusive, a própria masculinidade hegemônica passou a ser entendida como padrões de práticas que

⁶²“Masculinidade hegemônica é a capacidade de impor uma definição específica sobre outros tipos de masculinidades (...) e a hegemonia é a capacidade de um grupo exercer o poder sobre o conjunto da sociedade de forma legítima, sem resistência” (BENTO, 2015, p. 87).

possibilitaram/possibilitam a dominação dos homens sobre as mulheres e que defendem uma concepção heteronormativa que essencializa a diferença macho-fêmea⁶³.

Dentro dessa concepção heteronormativa, a discussão de gênero perpassa muitos aspectos, inclusive a raiz patriarcal tão presente no Brasil, onde:

(...) as mulheres são educadas e adestradas para o espaço privado, ou seja, para exercer as tarefas domésticas (...) ser dócil, submissa, terna, cautelosa, prudente, dependente do homem. Já o homem é educado e adestrado para a esfera pública, ou seja, para ser empreendedor, viril, racional, agressivo (...). Isso é perceptível em diversas esferas da vida, seja de ordem econômica, política, cultural e/ou social. As mulheres ocupam os postos menos qualificados do mercado de trabalho, ainda são predominantes nas universidades nas áreas de humanidades, enquanto os homens prevalecem nas ciências exatas e biológicas, ou seja, as consideradas ciências duras (GUIRALDELLI; ENGLER, 2008, p. 253-254).

Historicamente, com o predomínio do patriarcado, erigiu-se uma visão do homem, do masculino como o dominante, que se modernizou com a divisão sexual do trabalho, que associou o homem ao espaço público, da política e da provisão econômica, e a mulher à esfera privada. A esse paradigma, se construiu uma visão de homem associado à força, à agressão, à virilidade.

Logo, na sociedade Ocidental, as pessoas do sexo masculino tornaram-se “dominantes em todos os sentidos, inclusive no estabelecimento de leis/normas” (ROSA, 2015, p.33).

Todavia, cabe destacar, segundo Guiraldelli e Engler (2008), que as mulheres não se constituíram em um sujeito passivo, mas alguém que reivindica seu espaço na vida social, mediante suas diversas inserções sociais, forjaram o movimento feminista e conquistaram outros direitos e lugares na sociedade. As primeiras políticas de saúde construídas no País em torno desse segmento privilegiaram o binômio mãe - bebê, pois as ações materno-infantis orientaram parte significativa do orçamento em saúde. É bem recente a assunção da questão de gênero na política de saúde, que emerge pelas ações do movimento feminista, a partir da década de 1970, em prol do alargamento da política da saúde voltado para as mulheres, para além das condições reprodutivas. Logo, a primeira demanda foi para pluralizar o olhar para a diversidade do ser mulher, com várias

⁶³ Há várias Críticas no que diz respeito a esta questão da dicotomia entre macho-fêmea, sexo (biológico) *versus* gênero (cultura), ou seja, essas discussões acerca do Sistema sexo/gênero dizem respeito a um conjunto de arranjos por meio dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos das ações humanas e na qual estas necessidades sexuais transformadas devem ser satisfeitas (RUBIN, 1993; CONNELL, MESSERSCHMIDT; 2013).

necessidades relacionadas às distintas inserções, destacando-se a raça/etnia; a orientação sexual, dentre outras.

Diante desse panorama histórico, creio que cabe aqui um parêntese para recuperar a trajetória feminista, para que possamos melhor compreender as masculinidades e o percurso da saúde em relação aos homens. Louro (2010), considerando o foco feminino, apresenta uma reflexão sobre o movimento feminista que buscou seu espaço diante da sociedade em meio à distinção de papéis e tentativas de aceitação das posturas homoafetivas, principalmente as lésbicas. Nesse momento, o feminismo buscou a igualdade social, política e econômica entre as mulheres e os homens.

Em meio a tantas e constantes buscas por igualdade, a mulher avançou, buscou e atingiu muitos de seus objetivos. Staudt (2007), em uma discussão das concepções populares, destaca que, assim como, a mulher age para apresentar-se capaz profissionalmente, o homem também enfrenta muitas dificuldades para obter credibilidade na esfera doméstica, tendo que reafirmar diariamente todas as suas conquistas e possibilidades neste espaço.

Com todas as reivindicações e movimentos, é importante destacar que a constituição das mulheres como papel político ocorreu inicialmente por meio de sua mobilização pela democratização do regime político autocrático-burguês e de questões que atingiam os trabalhadores, tais como baixos salários, elevado custo de vida, inexistência de infraestrutura urbana, acesso precário a serviços coletivos, modelo de desenvolvimento capitalista marcado pela relação entre crescimento e pobreza. Tais relações entre crescimento e pobreza acabavam atingindo também a comunidade de um modo geral a respeito da falta de água e de saneamento; busca por equipamentos coletivos como escolas, creches, postos de saúde e denúncias sobre desigualdades entre classe a partir dos movimentos de mulheres e mais especificamente questões como os direitos das mulheres à saúde, sexualidade e proteção contra a violência (FARAH⁶⁴, 2004).

Com base em uma revisão histórica, podemos ressaltar que nos anos 1960, as políticas públicas apresentavam foco na mulher a partir da disseminação de práticas

⁶⁴Esta produção de Marta Farah (2004) “Gênero e políticas públicas” trata da reconstituição da agenda de gênero e de sua relação com a agenda de reforma do Estado e das políticas públicas desde a década de 1980 até os anos 2000. Tem a proposta de apresentar movimentos de mulheres e entidades feministas no campo das políticas públicas e a partir desses movimentos, analisar programas das áreas de saúde, combate à violência contra a mulher e geração de emprego e renda, destacando-se a agenda feminista.

voltadas à anticoncepção (MACHIN et al., 2011). Mas, os estudos e as políticas públicas de gênero se consolidaram no Brasil no final dos anos 1970, simultaneamente à redemocratização do Estado e combate pela melhoria da qualidade de vida e trabalho e ao fortalecimento do movimento feminista, por meio da luta pela democratização do regime e de reivindicações ligadas ao acesso a serviços públicos e à melhoria da qualidade de vida. Nesse primeiro momento, as mulheres e a problemática de gênero estiveram presentes, sendo que aí este conceito foi incorporado pelo feminismo e pela produção acadêmica sobre mulheres e, desde então, tem sido interpretado de diversas formas por diferentes correntes do feminismo, a partir da constituição da mulher como sujeito coletivo e que passaram a atuar no espaço público (COUTO; GOMES, 2012).

A agenda dos anos 1970 sofreu alterações devido às mudanças ocorridas no Estado brasileiro que passou pelo processo de redemocratização, em que se enfatizou a democratização dos processos decisórios e dos resultados das políticas públicas, reivindicando a ampliação de atores envolvidos nas decisões, concomitante à inclusão de novos segmentos da população brasileira entre os beneficiários das políticas públicas. Buscava-se, dessa forma, propostas como a descentralização e a participação da sociedade na formulação e na implementação das políticas públicas (FARAH, 2001).

Ainda sobre os anos 1970, Schraiber e colaboradores (2010) destacam que aquele período representa um marco inicial dos estudos norte-americanos em relação ao modelo biomédico. Entretanto, as produções sobre a saúde dos homens foram apenas exploratórias, mantenedoras das concepções de que a masculinidade tradicional produzia dificuldades de saúde e foram baseadas nos estudos existentes sobre teorias e políticas feministas.

A transformação social da situação da mulher proporcionou a inclusão da questão de gênero na agenda pública, como uma das desigualdades a serem superadas por um regime democrático. Como resultado, a partir da década de 1980, as primeiras políticas públicas com viés de gênero foram implantadas, a exemplo do Conselho Estadual da Condição Feminina (1983) e da Primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher (1985) localizados em São Paulo, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher do Ministério da Justiça (1985), o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 que representa um movimento de mulheres, incluindo a dimensão de gênero nas políticas de saúde e ainda a Constituição de 1988 (FARAH, 2004).

Somente na década de 1990, os movimentos negros (sobretudo de mulheres negras, gays e lésbicas) juntamente com o movimento de mulheres, conseguem atribuir

novas demandas e perspectivas de gênero no que diz respeito à cidadania até então hegemônicas por questões como os direitos reprodutivos e sexuais. Na mesma década, a implementação do PAISM demonstra que, apesar de todo desejo e movimento, ainda não aconteceu de forma satisfatória (COUTO; GOMES, 2012). Segundo Schraiber (2012), há uma consolidação das noções de poder e desigualdade de gênero na maioria dos estudos sobre “saúde dos homens” associado a outras questões, como raça, etnia, orientação sexual, classe social, com o intuito de entender os processos de saúde e doença nos diversos segmentos masculinos.

Apenas em 2004, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a fim de recolocar em pauta a saúde da mulher e recuperar os objetivos da PAISM, diante de especificidades como raça, orientação sexual e de trabalho, na busca por combate a violência doméstica e sexual, além de prevenção e tratamento para doenças sexualmente transmissíveis, outras doenças crônicas não transmissíveis, câncer ginecológico e produzir direitos sexuais e reprodutivos (COUTO; GOMES, 2012).

Com o desenvolvimento do PAISM articulado com o referencial de gênero e com o campo da saúde ao colocar a mulher como ser de direitos, com necessidades de saúde e de individualidade própria, mas ainda com dificuldades para se incorporar na rotina dos serviços (MACHIN *et al.*, 2011). Deste modo, a construção de uma agenda de gênero nas políticas públicas é resultado do posicionamento feminino e do desenvolvimento da categoria analítica “Gênero”, ocorrido principalmente a partir desse período (COUTO; GOMES, 2012).

Com isso, há um aprofundamento dessa perspectiva de gênero até os dias atuais. E a análise das políticas públicas consistiu primeiramente na identificação de iniciativas que incluem mulheres como público beneficiário, por meio de foco da ação governamental, ou de um segmento atendido por programas mais abrangentes, com uma atenção específica ou diferenciada.

Nas últimas décadas no Brasil, movimentos feministas procuraram verificar de que modo essas iniciativas indicam um reconhecimento do poder público sobre as diferenças de gênero e, questionar ainda, se tais iniciativas incorporam essa perspectiva, percebida como uma orientação para a redução das desigualdades entre homens e mulheres. Uma vez que essa agenda significa também debates entre correntes do feminismo contemporâneo e diferentes sujeitos envolvidos na formulação de políticas públicas que contemplam as mulheres. Entre os principais pontos de divergência, está a

diferenciação no interior do próprio campo feminino e a possibilidade de focalização (FARAH, 2004).

Muitas das iniciativas de saúde, durante a década de 1990, elegeram as mulheres, principalmente as gestantes e seus filhos como principal grupo de risco devido aos elevados índices de mortalidade materna e infantil no Brasil⁶⁵. Knauth e colaboradores (2012) ressaltam que a história das políticas de saúde no Brasil privilegiaram ações de saúde materno-infantil. Mas essa prerrogativa foi alvo de críticas pelo movimento feminista que, no final da década de 1970, começou a demandar a ampliação das ações governamentais no que diz respeito à saúde da mulher, e se contrapor ao modelo dominante através da discussão sobre implicações dos padrões de gênero para a saúde.

Algumas iniciativas são realizadas a favor do bem estar feminino, a exemplo do combate contra a violência, como a criação da Casa da Mulher (1992) para vítimas da violência. Que refletem a agenda dos movimentos e organizações de movimentos feministas, tendo como ação uma abordagem integral, que inclui um atendimento emergencial e uma perspectiva emancipadora, que se busca a reinserção social e a recuperação da auto-estima a partir da perspectiva de gênero que está voltada para a transformação do padrão de relações, marcado muitas vezes pela subordinação feminina. Além da proposta de geração de renda, como o Fundo de Geração de Emprego e Renda (Funger), em que dois terços das unidades produtivas apoiadas beneficiam as mulheres (FARAH, 2004).

Atualmente, a agenda de gênero no Brasil, tem sido direcionada à saúde, violência, geração de emprego e renda, trabalho, educação, possibilidade de habitação e tantas outras questões. Porém, essa perspectiva nas políticas de saúde, e, principalmente na reforma psiquiátrica ainda é um tema pouco explorado, para tal, deve haver abrangência de discussões no que diz respeito aos movimentos sociais, políticas públicas e pesquisas científicas (FARAH, 2001).

Podemos assim concluir que analisar programas governamentais e políticas públicas a partir da perspectiva de gênero é muito mais que identificar políticas e programas que atendam as mulheres. É de suma importância adotar um amplo conceito

⁶⁵ Para a atenção materno-infantil foram destinados, inicialmente, programas como o Projeto Casulo (SP) e o Mãe Canguru (PE) que atendem a gestantes e recém-nascidos, objetivando reduzir a mortalidade infantil, a exemplo dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde em Paraíba, Programas de Saúde da Família também em Paraíba e em Santa Catarina e Programa de Atenção à Mulher na Terceira Idade no Paraná, que incluem ações mais designadamente dirigidas a esses grupos e no Paraná mais especificamente as mulheres idosas (FARAH, 2004).

de gênero, mas sem esquecer a construção social e histórica dos papéis feminino e masculino, marcados e marcadores por/de uma forte assimetria (FARAH, 2004).

Nesse contexto, voltando para as masculinidades, os homens passam a integrar a agenda de saúde pública no Brasil, a partir da condição de trabalhador, em uma clara alusão à sua mera importância para o processo produtivo-econômico. Historicamente a política de saúde teve como foco das ações a saúde do trabalhador, segurado da Previdência social, através de ações médico – curativas, portanto, o homem ganha visibilidade como paciente ou segurado.

O público masculino passa a ser visibilizado novamente na política de saúde de forma mais enfática em 2008, quando é lançada a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** - PNAISH (BRASIL, 2008), focalizando o homem a partir, sobretudo, da violência, pelo intenso crescimento da mortalidade de homens, sobretudo por causas externas⁶⁶ (acidentes e violências), como perpetrador e vítima, sobretudo o segmento jovem.

Esta política, de acordo com Couto e Gomes (2012) representa uma proposta extremamente necessária e bastante condizente com a realidade contemporânea e necessitando sintonia com as conquistas dos diversos movimentos sociais nas ações em saúde no Brasil. Ela foi pensada a partir das informações em saúde relacionados à realidade masculina, devendo ser ampliada para desconstruir crenças culturais, como o baixo autocuidado, a negação da vulnerabilidade e da possibilidade de fraqueza e a pequena procura por qualquer tipo de ajuda em relação a questões de saúde. Representando assim um desafio para as políticas de saúde que buscam uma melhoria nesse aspecto.

A saúde do homem, também, ganha visibilidade pela constatação da baixa utilização dos serviços de saúde voltados às ações preventivas, pois a maioria dos homens procurava as ações terciárias, quando a enfermidade já estava instalada (PEREIRA, BARROS; 2015).

Discutir sobre saúde do homem é uma proposta extremamente necessária e bastante condizente com a realidade contemporânea e com as construções de saúde no

⁶⁶ Considera-se como causas externas os acidentes e violências, a taxa de mortalidade por causas externas são maiores entre os homens jovens (20 a 29 anos de idade). Ocupa o terceiro lugar de causa mais frequente de morte, dentre os tipos de ocorrências destaca-se acidentes por transportes terrestres, homicídios e quedas. No Brasil foi de 162 por 100 mil habitantes, variando de 117, em São Paulo, a 295, em Alagoas, sendo que as regiões **Nordeste** e Norte apresentaram maiores taxas de mortalidade comparativamente às demais regiões (BRASIL, 2008).

Brasil na consolidação democrática, como se evidencia no estudo desenvolvido por Couto *et al.* (p. 258, 2010):

é crescente a produção de pesquisas acerca da relação homens e saúde, sobretudo direcionadas a temas como acesso e uso de serviços (Figueiredo, 2005, Pinheiro *et al.*, 2002), perfis de morbimortalidade (Laurenti, Mello Jorge, Gotlieb, 2005) e representações sobre saúde e adoecimento em grupos sociais específicos (Figueiredo, 2008; Gomes, Nascimento, Araújo, 2007; Nardi, 1998).

Pereira e Barros (2015) apresentam que os homens, além de não receberem destaque nos serviços de saúde, têm sofrido discriminação e preconceito decorrente dos aspectos sócio-histórico-culturais calcados em conceitos tradicionais que cerca a sociabilidade em torno do ser homem, abarcando a virilidade, força e invulnerabilidade. Esse contexto pode refletir em uma desvalorização do autocuidado e preocupação incipiente com a saúde, contribuindo por um lado para uma menor procura dos serviços de saúde e por outro pela pouca ênfase das ações dos profissionais em relação a este segmento.

Outro motivo importante é a **cultura machista**, característica da cultura patriarcal que estamos inseridos, que está fortemente associada à relação homem-serviço, a partir de elementos que dificultam a busca dos serviços, como a ideia de que “homem não adoecer” e contribuem para comportamentos considerados tipicamente masculinos, como o uso de álcool, o tabagismo e a violência. Essas dimensões culturais são consideradas responsáveis por diversos comportamentos que dificultam um acompanhamento mais abrangente, inclusive com ações de promoção e prevenção voltadas para os homens, pois sustenta a concepção do usuário ser identificado de forma negativa (KNAUTH *et al.*, 2012).

Com base nesse contexto cultural e em dados oriundos de pesquisas, o Ministério da Saúde (2008) evidencia que homens morrem mais precocemente quando comparado com as mulheres, mas ainda assim se consideram invulnerável e conseqüentemente não se cuidam adequadamente, contribuindo para uma maior probabilidade de doenças que poderiam ser evitadas. Como afirmaram Machin *et al.* (2011), a imagem masculina de sujeito “forte” pode resultar em práticas de pouco cuidado com o próprio corpo, tornando-os mais vulnerável a diversas situações.

Frente a este contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem a finalidade principal de facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos diversos serviços de saúde. Essa ação demonstra que os agravos que

acometem os homens constituem um problema de saúde pública também para os serviços de baixa e média complexidade, não somente os de alta complexidade, como os hospitais. Esta Política contempla os homens com idade entre 25 e 59 anos, correspondendo a 41,3 % da população masculina brasileira (de acordo com os dados levantados antes da publicação da política), com o intuito de efetivar os princípios da equidade, igualdade, participação comunitária, humanização, redes de ações e outros. Buscando a promoção e prevenção de saúde através do acesso e do vínculo aos usuários e um trabalho contínuo via Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2008) ⁶⁷.

Defende também uma perspectiva integrada da pessoa e uma dupla atuação de sensibilização, tanto para os homens, com ênfase na prevenção de doenças; quanto para as equipes, que devem ter uma maior percepção em relação às necessidades masculinas, com atenção integral aos indivíduos e trabalho multidisciplinar (BRASIL, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a PNAISH foi construída e é atualmente desenvolvida com indicadores demográficos e com as minúcias estatísticas acerca do público masculino como violência, população privada de liberdade, drogas lícitas e ilícitas, deficiências, direitos sexuais e reprodutivos a partir de indicadores de morbimortalidade. Com objetivos de promover a melhoria das condições de saúde através do enfrentamento dos fatores de risco, organizar e humanizar a atenção integral à saúde do homem, ampliar o acesso às ações preventivas, dentre outros.

Assim, a PNAISH preconiza o rompimento dos obstáculos que impedem os homens de frequentarem os serviços de saúde e destaca a baixa ou nula adesão aos tratamentos, estimula o autocuidado, o reconhecimento dos direitos sociais e de cidadania, humanização e qualidade da atenção e compromisso de corresponsabilização. Defende a atuação para além da cultura do cuidado masculino, busca a articulação com diversas instituições e serviços, visa modos de atuação como educação, lazer, segurança, trabalho, saúde mental e outros. Para os profissionais, ela visa uma maior capacitação técnica, disponibilidade de possibilidades de atuação e equipamentos disponíveis, atuação ética, entre outras posturas (BRASIL, 2008).

Esta política (2008) tem como princípios básicos a busca pelo autocuidado/ bem estar a partir de ações como evitar uso de cigarros e outras substâncias psicoativas, manter uma alimentação saudável, praticar exercícios físicos e uma constante inserção

⁶⁷É um projeto de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Nesse projeto, tratar doenças não é menos importante, mas apenas uma das ações que visam ao cuidado integral (BRASIL, 2008).

nos serviços de saúde. Busca atingir os homens considerando marcadores como etnias, cor, classes social e econômica. Deste modo, o cotidiano masculino deve ser incorporado às discussões que permeiam a saúde do homem tanto nos serviços de média e alta complexidade e principalmente na atenção básica de acordo com o que defende a proposta do Ministério da Saúde, proporcionando uma devida atenção à cidadania e ao autocuidado.

Com um posicionamento mais crítico em relação às práticas profissionais exercidas diante da PNAISH, Knauth *et al.* (2012) refletem que a saúde do homem está sendo reduzida à **saúde urológica** e, se posicionam principalmente porque a política enfatiza especificamente o câncer de próstata em detrimento de outros problemas que podem prejudicar a saúde e a qualidade de vida dos homens. Mas esse posicionamento profissional oriundo das propostas da PNAISH é decorrente da participação efetiva da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) tanto na elaboração quanto na divulgação da política.

Frente a esses propósitos, os homens passaram (ou deveriam passar) a ser percebidos pelos sistemas de saúde de acordo com sua singularidade e múltiplas inserções, enquanto sujeitos sociais envolvidos no processo de saúde e doença a partir de uma perspectiva relacional de gênero e não somente como mero organismo do sexo masculino. Este processo representa um dos grandes desafios para a saúde coletiva, pois há pouca visibilidade no que se refere a homens e saúde no campo das políticas, uma vez que as particularidades dos gêneros devem ser consideradas (COUTO; GOMES, 2012).

Essas reflexões requisitam a compreensão do conceito de equidade, que diz respeito a um dos princípios doutrinários do SUS e tem relação direta com os ideais de igualdade e justiça. A **equidade** pode ser defendida nas políticas de saúde, reconhecendo necessidades de grupos em situações específicas e agindo para reduzir o impacto das desigualdades sociais. Percebida nas ações dos serviços por meio do cuidado aos indivíduos de acordo com suas necessidades, proporcionando mais a quem mais requer e menos a quem menos precisa cuidados, reconhecendo assim as idiossincrasias das condições/ necessidades de vida e saúde das pessoas. Frente a essas necessidades, deve haver programas de saúde em acordo com a pluralidade da população, contemplando todos os segmentos sociais (MENDES, 2006).

Logo, a construção social do masculino (s) passa a ser percebida como uma categoria de grande importância no padrão dos riscos da saúde dos homens e na forma

como eles percebem e usam seus corpos. Com a perspectiva de gênero, a maioria das doenças passa a ser entendida como parte de uma combinação entre causas biológicas e socioculturais, uma vez que os processos sociais que dizem respeito ao gênero produzem diferenças no padrão de morbimortalidade e proteção à saúde masculina e feminina.

Percebe-se assim que as discussões das políticas públicas acerca desta perspectiva representam um movimento a favor tanto da cidadania e direitos humanos, como de políticas de reconhecimento de particularidades, percebendo os sujeitos para além da questão econômica ou de seu papel como “paciente” ou usuário dos serviços. (SCHRAIBER *et al.*, 2010), muito embora persistam as campanhas em torno da saúde do homem focalizada em uma dimensão biológica, por exemplo, através da próstata, abdicando-se de uma perspectiva de pluralização da condição masculina.

Para demarcar a pluralidade das distintas e múltiplas condições de identidades e masculinidades a categoria **interseccionalidade** ganha destaque no campo, uma vez que há a necessidade de reconhecer as diferenças e questionar os conceitos homogêneos, estáveis e permanentes que excluem ou ignoram o/a diferente. Sendo necessário desconstruir, pluralizar, ressignificar, reinventar identidades e subjetividades, saberes, valores, convicções e outros.

De acordo com a filósofa pós-estruturalista estadunidense, Judith Butler, estudiosa das questões do feminismo, teoria *queer*, filosofia política e ética, a reflexão sobre gênero deve estabelecer “interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais discursivamente constituídas (...). Impossível de separar a noção de ‘gênero’ das interseções políticas e culturais em que ela é produzida e mantida” (BUTLER, 2003, p. 20).

A interseccionalidade busca explicar como normas, valores, ideologias, discursos, estruturas sociais e identidades influenciam-se reciprocamente. Abarca o nível das representações simbólicas com o intuito de perceber a dinâmica da dominação social injusta (MATTOS, 2011). Remete às diversas formas possíveis de combinações e entrelaçamentos de inúmeras formas de poder “(...) expressas por categorias de diferença e de diversidade, sobretudo as de “raça”, etnia, gênero, sexualidade, classe/camada social, bem como, eventualmente, as de religião, idade e deficiências” (KENER, 2012, p. 55).

Esta mesma abordagem busca perceber que as categorias de diferenciação produzem efeitos distintos, dependendo do contexto e que não se deve cair na armadilha

de fazer análises “adicionais” e sobrepostas, que não permitam que se chegue a um diagnóstico preciso sobre as causas e os efeitos das desigualdades sociais e se evitar a sobreposição de categorias de diferenciação a respeito da relação causas - efeitos das desigualdades sociais (MATTOS, 2011).

Guiraldelli e Engler (2008) destacam ainda a importância de implementação de políticas que devam ser **universalista** e que estejam voltadas ao enfrentamento das desigualdades sociais de gênero e raça/etnia, principalmente na realidade brasileira que é permeada por desigualdades sociais, onde deveria haver maior investimento em políticas universais voltadas à empregabilidade, educação, habitação, saúde, saneamento básico, entre outras. Busca alcançar principalmente a população mais excluída a partir de políticas públicas de inclusão social e de igualdade racial e de gênero, fazendo com que a cidadania ganhe forma e legitimidade.

Deste modo, é imprescindível conhecer tais discussões para poder contribuir no campo reflexivo e na não manutenção da ordem tradicional, confirmada pela violência entre o que, ainda, é considerado socialmente superior, como ser humano paradigmático do mundo capitalista ocidental (ser rico, homem, branco), em oposição ao que é dito inferior (pobre, mulher, negro, homossexual). Contexto que deve ser considerado no cerne das políticas de saúde, que devem pensar sobre as dificuldades ainda presentes nessas possibilidades de articulação, para que haja uma busca por igualdade, uma vez que aspectos econômicos (renda, emprego e organização da produção) podem interferir positiva ou negativamente na saúde de grupos populacionais, cultura e valores também podem interferir ampliando ou restringindo as possibilidades de saúde pelo valor que se atribui à vida, reconhecimento de cidadania, concepção de saúde, e forma como cada povo lida com as diferenças de gênero, de etnia e até mesmo econômicas (ROCHA; DAVID, 2015).

A adoção da categoria gênero é fundamental também para compreender os padrões e particularidades do consumo de substâncias psicoativas entre diferentes segmentos sociais, haja vista historicamente as pesquisas epidemiológicas se pautarem nas distinções meramente sexuais.

O predomínio da dependência entre homens e mulheres tem uma dimensão cultural. Para elas pode-se perceber que o início do uso está, muitas vezes, associado a um mecanismo de enfrentamento da timidez, ansiedade e baixa autoestima, influenciadas pela mídia que associa o consumo de algumas substâncias à beleza e riqueza, além da influência do parceiro amoroso/intimo. Para o contexto dos homens,

em algumas circunstâncias, o consumo de SPA é estimulado nos rituais de passagens, e como parte cultural da afirmação da masculinidade, fomentadas pela visão patriarcal. No Brasil, faz parte da sociabilidade o consumo moderado de substâncias psicoativas, mas há rechaço da dependência (CFP, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001), cerca de 10% da população dos centros urbanos em nível internacional consome álcool e outras drogas de forma abusiva⁶⁸, independente da idade, sexo, instrução e poder aquisitivo, podendo ocasionar consequências negativas e repercussões familiares e sociais⁶⁹.

De acordo com uma pesquisa de levantamento das manifestações dos entrevistados e elaboração de seus perfis de vulnerabilidade, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2014, ficou evidenciado o aspecto social relacionado às drogas e a necessidade de articulação intersetorial para formulação de estratégias de atenção e cuidado.

⁶⁸Existem alguns padrões de consumo de drogas, mas os mais conhecidos e utilizados didaticamente são o *uso, abuso e dependência*. O uso de drogas é a auto-administração de qualquer quantidade de substância psicoativa, podendo ser frequente ou não. É por exemplo a experimentação inicial da substância e a não afetação pelo uso. O abuso de drogas é o uso nocivo de uma substância, neste caso, o uso é mais recorrente, podendo desencadear na dependência, pode ser entendido como um padrão de uso que aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário, ressaltando que o termo “uso nocivo” é aquele que resulta em dano físico, mental e também consequências sociais. E a dependência provém não do desejo de consumir substâncias, mas da incapacidade de não consumi-las, ocorre quando não existe mais um controle sobre o uso, causando problemas reais à saúde, o consumo representa uma compulsão e a vida da pessoa passa a ser direcionada ao consumo, as substâncias se tornam indispensáveis ao funcionamento psicológico do indivíduo.

Fonte: DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. **Prevenção do uso indevido de drogas**. 3 ed. – Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, 2012.

⁶⁹ Mesmo existindo críticas em relação à metodologia das pesquisas do II LENAD (2012), gostaria de apresentar seus resultados: 17% do número total dos participantes se enquadraram nos critérios da pesquisa para o quadro de abuso e/ou dependência de álcool. No que se refere aos efeitos prejudiciais da bebida alcoólica, 32% dos adultos referiram já não ter sido capazes de conseguir parar depois de começar a beber, 10% dos entrevistados colocaram que alguém já se machucou em consequência do seu consumo. Um total de 8% admitiu que o uso desta substância teve efeito prejudicial no seu trabalho, 4,9% deles já perderam o emprego devido ao consumo. Acerca das questões relacionais, 9% admitiram que o uso de álcool repercutiu prejudicialmente na sua família ou outros tipos de relacionamento e 5% já tentaram suicídio, destaca ainda que existe uma forte associação entre depressão e abuso de álcool. Em relação aos critérios que envolvem gênero, a pesquisa constatou que 64% dos homens e 39% das mulheres adultas relataram consumir álcool regularmente, ou seja, pelo menos uma vez por semana. Em relação aos aspectos de dependência, os homens são apresentados como maioria entre os dependentes de álcool (19,5%) comparado com 6,9% de dependência feminina. Percebe-se também uma sinalização do aumento crescente de consumo de álcool e outras drogas entre as mulheres e 39% delas relataram que ingerem bebida alcoólica frequentemente. Destacando também que elas fazem maior uso de drogas lícitas, principalmente anfetamínicos e benzodiazepínicos e que apesar das taxas de consumo de SPA se aproximarem cada vez mais dos homens, elas ainda bebem menos que eles.

Fonte: LENAD - **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. Org. Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), 2012. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/>>.

A respeito das possibilidades de ações de cuidado referentes aos transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge cerca de 6 a 8% da população, ressaltando que, para essa população específica, vemos que o sistema assistencial ainda vigente privilegia as pessoas mais acometidas, nos serviços hospitalares (BRASIL, 2007).

Por meio dessa perspectiva ampliada busca-se direcionar o olhar para as discussões de gênero, ressaltando que existe uma forte tendência dos estudos em apresentarem resultados baseados no **binarismo** masculino e feminino, representando assim uma das lacunas de conhecimento nesse campo, uma possibilidade de reflexão e proposta de mudança. Neste sentido, Butler (2003) traz uma problematização que defende que “mesmo que os sexos pareçam não problematicamente binários⁷⁰ em sua morfologia e constituição, não há razão para supor que os gêneros também devam permanecer em número de dois” (p. 24).

A pesquisa Nacional sobre o uso de Crack realizada pela FIOCRUZ (2014), acerca do perfil dos usuários de drogas ilícitas, constatou que, nas cenas de uso, 80% dos usuários são negros ou pardos e que 80% deles não chegou ao ensino médio; aproximadamente, 80% dos usuários frequentes são homens e que 20% das mulheres são ainda mais vulneráveis do que esses homens, do ponto de vista social, pois dentre as mulheres que foram ouvidas, quase metade relatou violência sexual e práticas de prostituição para comprar droga ou se sustentar.

Acerca das especificidades dos pesquisados, constatou-se que os usuários de crack/similares são de adultos jovens com idade média de 30 anos e o tempo de uso de crack está em torno de oito (08) anos⁷¹; aproximadamente 40% dos usuários no Brasil encontravam-se em situação de rua⁷². Em relação às atividades ilícitas, 6,4% relataram participar do tráfico de drogas e 9,0% em furtos/roubos e afins, no entanto, não se observou serem essas as principais fontes de renda dos usuários de crack e/ou similares,

⁷⁰Judith Butler, em sua obra Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade defende que a noção binária de “masculino e feminino constitui não só a estrutura exclusiva em que essa especificidade pode ser reconhecida, mas de todo modo, a ‘especificidade’ do feminino é mais uma vez totalmente descontextualizada, analítica e politicamente separada da constituição de classe, raça e etnia e outros eixos da relação de poder, os quais tanto constituem a ‘identidade’ como tornam equivocada e noção singular de identidade (BUTLER, 2003, p. 21).

⁷¹O que contradiz as notícias comumente veiculadas de que os usuários de crack/similares teriam sobrevida necessariamente inferior a três (03) anos de consumo (FIOCRUZ, 2014).

⁷²A pesquisa específica que “situação de rua” não quer dizer que, necessariamente, mora nas ruas, mas que nelas passava parte expressiva do seu tempo (FIOCRUZ, 2014).

uma vez que a forma mais comum de obtenção de dinheiro é proveniente de trabalhos esporádicos e autônomos, em 65% dos entrevistados, porém, quase metade dos entrevistados relatou ter sido detido no último ano, anterior a entrevista, ou seja, em 2012 (FIOCRUZ, 2014).

Em relação aos aspectos da saúde, a mesma pesquisa (2014) constatou que a prevalência de HIV/Aids e de tuberculose nessa população é bem maior que na população geral; que a substância psicoativa mais referida no consumo diz respeito ao álcool e tabaco, casos denominados de poliusuários, e que o crack representa uma questão emergente e importante que se manifesta mais fortemente por seu impacto social e que ganha espaço, não por ser um problema de saúde pública, mas pela ótica moralista, inclusive investida midiaticamente, pelo imprensa sensacionalista.

Dentre as falas dos entrevistados, são recorrentes as que envolvem o interesse em voltar a estudar, conseguir emprego e ter um lugar onde morar, 80% deles relataram ter interesse por tratamento. Por fim, concluíram que tanto pelo perfil de vulnerabilidade, quanto pelas manifestações dos entrevistados, ficaram destacados os aspectos sociais relacionados às drogas e à necessidade de articulação intersetorial para formulação de estratégias de atenção e cuidado, o que reforça os preceitos do SUS, que remete a saúde para seus determinantes sociais, requerendo outras políticas sociais.

Frente às tendências postas, deve haver uma atenção integral que considere os diversos determinantes sociais que expressam as desigualdades nos agravos e acesso à saúde, tais como classe social, dimensões étnico-raciais, orientações sexuais. Diversidades que retratam os modos de ser e identidades que representam os distintos modos de viver a vida dos usuários do SUS, resultando em ampliações de discussões a partir dos movimentos sociais, políticas públicas e pesquisas científicas. Analisar programas governamentais e políticas públicas a partir da perspectiva de gênero, é muito mais que identificar tais políticas e programas, é na verdade adotar um amplo conceito de gênero, focando a construção social e histórica dos papéis feminino e masculino marcados por uma forte e longa assimetria (COUTO; GOMES, 2012) e a interseccionalidade.

Para além das desigualdades relacionais entre homens e mulheres, o acúmulo acadêmico contemporâneo destaca a importância de destacar a pluralidade de ser homem, das masculinidades que disputam hegemonia com a masculinidade hegemônica, no afã de construir um novo homem, reconciliado consigo, pois não se sente ameaçado com as conquistas femininas. Nesse horizonte, as conquistas dos

diferentes segmentos sociais, na perspectiva do reconhecimento das particularidades do movimento e condição negra, do segmento LGBTTT, têm trazido outros elementos para o debate, incluindo as discussões de como as desigualdades sociais e os agravos em saúde se manifestam.

Como essas preocupações orientadoras, dinamizou-se o trabalho de campo no CAPS AD de Piripiri, buscando decifrar as apropriações de sentido e materialidades das masculinidades nas intervenções cotidianas.

ESPAÇO III – PROCESSOS DE CUIDADO E OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE MASCULINIDADES PELA EQUIPE DO CAPS AD DE PIRIPIRI-PI

Sempre vi a dominação masculina e o modo como é imposta e vivenciada (...) resultante de violência simbólica, violência suave, insensível, invisível à suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento (BOURDIEU, 1997, s/p).

Este espaço é destinado à discussão das categorias desenvolvidas de acordo com o processo de construção desta dissertação, baseados nas falas dos entrevistados, conversas informais e nos momentos de observação do serviço. Ressalto que os sentidos sobre masculinidades e cuidado aos usuários do CAPS AD não representam uma categoria específica e separadamente, mas perpassam todas as demais categorias aqui desenvolvidas.

Deste modo, tenho por objetivo analisar tais resultados à luz das referências teóricas balizadoras da pesquisa e das categorias, para tal, inicialmente desenvolvo algumas considerações sobre as principais informações/descrições sobre os profissionais entrevistados, descrevendo os principais dados sociodemográficos, aspectos pertinentes ao desenvolvimento dos processos de trabalho e a relação com o serviço. Em seguida discuto os processos de trabalho e cuidado a partir dos principais modelos de cuidado desenvolvidos (proibicionismo e redução de danos), cotidiano da equipe, ações e atividades desenvolvidas, relação com a família e redes sociais e assistenciais.

Como tema seguinte, apresento a caracterização dos usuários a partir das falas e colocações dos profissionais, apresentando principais dados sócio-demográficos, étnicos, relação com SPA, dentre outras características, propondo evidenciar também as masculinidades. Por fim, discuto os atravessamentos e transversalidades entre gênero, masculinidades e cuidado.

Deste modo, temos muitos pontos importantes para discutirmos e refletirmos, um deles é sobre o cuidado ofertado aos usuários. Quais tratamentos/cuidados eles conhecem ou tem acesso? Quais paradigmas estão mais presentes no nosso contexto de saúde mental: o proibicionista ou a redução de danos? Refletindo principalmente sobre

nossa realidade piauiense-piripiriense. Dentre tantas outras questões que foram e continuam sendo questionadas ao longo desta complexa proposta de estudo.

1. CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

Para analisar a produção de sentidos sobre as masculinidades no cotidiano da produção do cuidado é fundamental conhecer a posição da pessoa que a enuncia, haja vista que uma posição incorpora repertórios interpretativos, os quais configuram as unidades de construção das práticas discursivas (SPINK; MEDRADO, 2013).

Com esse entendimento, conhecer os traços das características dos participantes da pesquisa permite uma aproximação de seu *habitus*⁷³, ou seja, suas disposições adquiridas a partir de sua origem social, de seus grupos de pertença, o que permite contextualizar os fundamentos a partir dos quais se constroem os sentidos e as práticas discursivas, localizando-os nas relações sociais mais gerais, haja vista que todos somos parte de um tempo histórico, de uma época, de um lugar e de um ou diversos grupos sociais, que balizam nossa produção de sentido, que é sempre uma construção social.

Em um equipamento de saúde mental, como o CAPS AD, os profissionais de nível superior estão localizados em um lugar de **poder e saber**, fundante das ações do serviço, pois configuram-se como os principais protagonistas a construir os sentidos, a definir e a responder pelos rumos da direção e produção da assistência direta e cotidiana, em conjunto com a coordenação geral. Cada profissional de nível superior tem uma lei de regulamentação, um código de ética e um corpo de conhecimentos específicos a balizar suas ações, o que lhe confere relativa autonomia para desenvolver determinadas intervenções, sem a ingerência de terceiros. Obviamente, a relativa autonomia não é exercida cotidianamente da mesma maneira, nem com a mesma

⁷³O conceito de *habitus* foi desenvolvido pelo sociólogo francês **Pierre Bourdieu** como um instrumento conceptual que auxilia a reflexão sobre relação, mediação entre os condicionamentos sociais exteriores e subjetividade dos sujeitos. Tem como objetivo pôr fim à antinomia indivíduo/sociedade dentro da sociologia estruturalista e relaciona-se à capacidade de uma determinada estrutura social ser incorporada pelos agentes por meio de disposições para sentir, pensar e agir. Assim, *habitus* auxilia a pensar as características de uma identidade social e diz de como uma matriz cultural que predispõe os indivíduos a fazerem suas escolhas.

Fonte: SETTON, M. G. J. A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. Revista Brasileira de Educação, n 20, 2002.

intensidade, por todos os profissionais de nível superior. Mas, todos os profissionais têm uma relativa autonomia de saber e poder no cotidiano de suas ações.

Para Foucault (1987), o que define uma **relação de poder** diz respeito a uma ação sobre a ação, a uma condução de conduta, uma vez que as relações de poder não se configuram no âmbito da violência, pois o poder necessita do outro ao mesmo tempo em que abre um campo de reações, respostas e algumas criações. O verdadeiro poder não é algo que se concentra ou se possui, é exercido a partir de sujeitos livres, é uma estratégia relacional, que se apóia nos despossuídos, nas microrrelações.

Acerca das discussões sobre o **saber**, como não poderia faltar, Spink e Medrado (2013) apresentam concepções de Michel **Foucault** em sua obra “A arqueologia do saber” e de Pierre **Bourdieu** em “Questões de Sociologia”. Acerca do primeiro autor, eles destacam a importância de compreender o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão ou não adquirir um *status* científico, abrindo espaço para que a pessoa possa falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso. Deste modo, Foucault define que o saber representa possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso. Já Bourdieu é mencionado sobre seu conceito de **domínios**, uma vez que para eles o campo diz de espaços de posições estruturados, cujas propriedades dependem das posições nesses espaços, constituído por definição dos objetos de disputas e dos interesses específicos.

Deste modo, “É nesse jogo em que **a negociação e o poder** se inscrevem. Ao falarmos sobre domínios de saber estamos, portanto, remetendo-nos a um conjunto de conhecimentos que orientam, mas não determinam um modo de pensar e compreender um fenômeno” (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 39).

Na área da saúde mental alguns profissionais tendem a hegemonizar as ações de um equipamento e conseqüentemente tem sua relativa autonomia mais assegurada. Mas, com a importância conferida à clínica ampliada, conseqüentemente, outros saberes passam a ser valorizados no âmbito da reforma psiquiátrica, na direção da reconstituição da complexidade da “existência sofrimento”, havendo inclinação à maior horizontalização das relações, através do trabalho em equipe multiprofissional.

Tendo como base o destaque para esse campo de formação profissional de saber-poder, os integrantes de nível superior foram convidados a participar da pesquisa⁷⁴. De

⁷⁴Para melhor organização dos sentidos das caracterizações dos profissionais de acordo com suas falas, foram organizadas as seguintes linhas de indicadores: sexo, idade, estado civil, outros vínculos empregatícios, tempo de graduação, pós- graduação, tempo de atuação no CAPS AD de Piripiri, tipo de

um universo de doze⁷⁵ (12) profissionais de nível superior do CAPS AD de Piripiri, foram entrevistados seis⁷⁶ (06) profissionais (das categorias de terapia ocupacional, pedagogia, enfermagem, serviço social, educação física e psicologia).

Dos profissionais entrevistados **a maioria são mulheres** (05), *feminização* que tem sido a marca da implementação da Reforma Psiquiátrica no País como um todo. A idade dos (as) profissionais variou de 31 a 63 anos, concentrando na faixa dos 31 a 41 anos (04 pessoas), um segmento de meia idade.

Acerca do estado civil, metade relatou estar casadas/o, o que implica na divisão do uso do tempo com afazeres profissionais e encargos com a família e a casa, associados ainda a outros vínculos empregatícios, em que três profissionais relataram trabalhar em outros locais, onde a P1 afirmou atuar no CAPS I de Pedro II⁷⁷ – PI, a P2 relatou ser autônoma, trabalhando no setor de comércio e a P5 atua em uma escola estadual do município de Brasileira – PI⁷⁸.

Em relação ao ano de graduação, apenas um profissional se formou em 1978. **A maioria se formou nos anos 2000**, com concentração de 2005 a 2015 (04), sob a égide da Constituição Federal de 1988, e conseqüentemente, do SUS, o que, em tese, deveria ter uma formação alinhada aos princípios do SUS. Em relação aos investimentos na formação, três dos entrevistados (50%) possuem especialização, e em temáticas relacionadas ao serviço CAPS, sendo uma dessas pós *lato sensu* em saúde pública e saúde mental.

Sobre o tempo de atuação no CAPS, três profissionais estão na equipe de 2013 a 2017 (menos de 05 anos), e os outros de 2009 a 2014, o que sinaliza para a rotatividade

vínculos empregatícios, carga horária, experiências anteriores, modo como se vincularam ao CAPS, interesses para trabalhar com essa demanda, conhecimentos prévios sobre as possibilidades de trabalho e cursos/formações/capacitações pela prefeitura.

⁷⁵ A equipe conta com doze (12) profissionais de nível superior nas seguintes áreas: coordenação, farmácia, medicina (psiquiatria, clínico geral), nutrição, serviço social (duas pessoas), psicologia, educação física, terapia ocupacional, enfermagem e pedagogia.

⁷⁶ A justificativa para esse quantitativo de profissionais entrevistados encontra-se nos aspectos introdutórios desta dissertação e é caracterizada como uma amostra não probabilística por conveniência (COSTA, COSTA; 2011).

⁷⁷ Pedro II é um município de pequeno porte do Piauí, possui um clima serrano, as únicas minas de opala do Brasil e grande potencial turístico e de artesanato. É localizada a 50,7 km de distância de Piripiri-PI (IBGE, 2016). Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/>.

⁷⁸ Brasileira é um pequeno município do Piauí, emancipada em 1993, com população estimada de 6 983 habitantes, localizado a 18,2 km de distância de Piripiri-PI (IBGE, 2016). Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/>.

dos profissionais, fato percebido durante as observações no serviço e nas falas dos profissionais, principalmente no cargo de coordenador, em que há grande rotatividade e baixo investimento na continuidade das funções de coordenação, o que compromete o vínculo com os usuários e a direção do equipamento, haja vista não se identificar o Projeto Terapêutico Institucional do serviço, nem haver reuniões de equipe⁷⁹ nos últimos meses.

Vale ressaltar que como o vínculo da equipe varia entre servidor efetivo/concursado (04 profissionais) e 02 contratados, a cada mudança na gestão municipal, a tendência é de uma mudança parcial da equipe. Tal fato, inclusive, foi vivenciado no período de realização da pesquisa, em que houve uma mudança no quadro de profissionais, principalmente de nível médio e fundamental.

Sobre a carga horária de trabalho, quatro profissionais possuem 30 horas semanais, um com 20 horas e outro com 40, o que pode proporcionar um descompasso entre a equipe, tal como observei, a maioria das atividades, principalmente os grupos, são realizados por um único profissional, e só acontece um grupo por vez a cada dia, o que não permite escolha para o usuário, haja vista a oferta ser restrita.

Para melhor visualização das informações sobre os profissionais, segue o quadro com os dados dos entrevistados:

Quadro 4 - Características sociodemográficas dos profissionais.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS ⁸⁰ :						
Sexo	F	F	M	F	F	F
Idade	38	50	41	63	31	38
Estado civil	Solteira	Viúva	Casado	Casada	Solteira	Casada
Etnia	Branca	Parda	Branco	Branca	Negra	Branca
Conclusão da graduação	2005	2005	2015	1978	2009	2003
Pós-graduação	Saúde da Família	Não	Não	Não	Ativida de física e	Saúde Pública, Psicopedago

⁷⁹ As reuniões de equipe são momentos em que as vivências podem ser compartilhadas e os papéis profissionais reconstruídos, propiciando um processo participativo e de compartilhamento de saberes, transformando a realidade do processo saúde-doença da população e o saber construído e até as relações de poder, haja vista o SUS ter por princípio a gestão compartilhada (ABUHAB ET AL., 2005).

⁸⁰ Mesmo sendo de grande importância para a compreensão e discussão para este estudo, as categorias profissionais não foram retiradas com o intuito de preservar o anonimato dos entrevistados, uma vez que são poucos os membros da equipe.

	e Saúde Mental				saúde	gia, Psicologia Hospitalar, Neurociência, acupuntura, Adm. Hospitalar.
ATUAÇÃO:						
Tempo de atuação no CAPS	Desde 2009	Desde 15 de fevereiro de 2017	Desde 04 de janeiro de 2017	Desde 2014.	Desde 2010	Desde 2013
Regime de trab./carga horária	Efetiva/30 horas	Contratada/30 horas.	Contratada/40 horas	Efetiva/30 horas	Efetiva/30 horas	Efetiva/20 horas
Outros vínculos empregatícios	Pedro II - CAPS I.	autônoma/comércio	Não	Não	Brasileira - escola estadual	Não

Quadro 4: Características sociodemográficas dos profissionais. **Fonte:** a autora, 2017.

Todos os profissionais informaram ter experiências anteriores, destacando-se a própria política de saúde e a assistência social. A profissional 01 já tinha experiência em CAPS I e II e NASF, as profissionais 02 e 04 tinham nos serviços de assistência (Centro de Referência de Assistência Social - CRAS e Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS), profissional 03 tinham experiência nos serviços de saúde em hospital, Estratégia de Saúde da Família e clínicas particulares, profissional 05 disse ter experiência anterior na APAE de outro município e profissional 06 ter experiência com NASF. Ou seja, apesar da formação com menos de cinco (05) anos, todos os participantes da pesquisa, tinham uma trajetória profissional com outras políticas ou instituições da rede socioassistencial.

Sobre o modo como os profissionais se vincularam ao CAPS AD de Piripiri, predominou o convite, mas, em algumas situações outros critérios foram ressaltados. P1 afirmou ter ingressado através de um convite realizado por uma amiga que já trabalhava no município, P2 e P3 também foram por convites, mas de profissionais da secretaria municipal de saúde. Tal modo, informa que mesmo após a Constituição Federal de 1988, que institui a figura do concurso público, como única forma de ingresso no serviço público brasileiro, as relações de amizade persistem no tempo longo

da cultura pública brasileira, a qual sinaliza para as permanências de uma tradição que a redemocratização não conseguiu desconstruir.

Cabe destacar a fala do P3, que retrata mais enfaticamente critérios, tais como o gênero – masculinidades, que podem atravessar a “escolha” dos profissionais

Eles [a gestão] estavam precisando de um enfermeiro que tivesse um pouco de prática na área da saúde e com pessoas que tem problema com dependência química e eu trabalhei praticamente dez anos no pronto socorro como técnico e um ano como enfermeiro lá no pronto socorro do Chagão (risos), do nosso hospital regional Chagas Rodrigues e a gente vê muita gente com problemas mentais nos finais de semana, cai, quebra e vai pro setor de traumatologia, faz medicação, analgesia ou antiinflamatório. E eles ainda disseram assim “**Queremos um homem, pro CAPS AD só dá certo se for um enfermeiro homem**” (*Por quê?*) Porque assim, **aqui já teve enfermeira mulher e os nossos pacientes descobriam que tem como intimidar** e eles acham que com um homem, como tá relacionado com a mesma fisiologia sexual da maioria dos pacientes, eles não vão ter a mesma atitude que teriam com o sexo oposto (...) o enfermeiro assume um papel não de coordenador, mas seria tipo de um auxiliar de gestão aqui dentro, seria esse cargo administrativo. Então nós temos normas aqui (P3).

A identidade de gênero é sinalizada como “facilitador” no manejo de usuários majoritários do serviço, ao ser do mesmo sexo do trabalhador, pois é indicado que em experiências anteriores com profissionais do sexo oposto, houve “intimidação”, o que perfaz um modo de subjetivação de hegemonia masculina, haja vista o homem usuário ser identificado com a agressão, a violência, de um lado, e de outro, o homem profissional, com a força e a autoridade, para “não ser intimidado”, em tese, assegurando lugares e posições.

E com esses fatos fica o questionamento: seria intimidação, dificuldade no estabelecimento de vínculo, lacunas na formação ou falta de experiência mesmo? Neste momento cabe uma reflexão sobre essa “intimidação”, até onde ela pode representar um processo disciplinar, de controle e punição? Como nos traz Foucault (1987), em Vigiar e Punir, esse processo de vigilância representa uma hierarquia nas relações, tal como foi observado no cotidiano do CAPS AD, tanto na relação entre profissionais – usuários, profissionais – profissionais/coordenação e na relação entre todos estes e a rede e gestão municipal.

Ainda sobre as formas de ingresso no CAPS AD, uma resposta que causou impacto remeteu à persistência do “tempo longo” do “coronelismo” na gestão da coisa pública, haja vista a Profissional 4, relatar ser encaminhada para trabalhar no CAPS por problemas políticos, segundo seu relato,

Encaminhada por problemas políticos, porque infelizmente tem essas questões aí, meu esposo como muito conhecido político (...) quando teve

aquelas mudanças políticas imediatamente me encaminharam para o CAPS II, passei um mês lá, **achando que me jogando para o CAPS onde era doença mental eu não ia aguentar** e ia pedir demissão ou pensando que ia ser pior pra mim e na realidade onde você tem tempo de serviço, experiência, força de vontade e a capacidade de elaborar programas e um plano de trabalho, onde você for você não vai se intimidar, isso não é barreira profissional (P4).

Pode-se observar, no relato de P4, que o sentido do vínculo inicial da profissional com o serviço de saúde mental esteve associado à uma punição ou “vingança” política, ideias essas que ouvi em várias circunstâncias nas conversas informais com a equipe, que poucos são os profissionais que realmente escolhem atuar com essa demanda por vontade própria ou interesse pelo serviço em si. Mais próxima a essas perspectivas, encontrei as respostas de P5 e P6, onde P5 fez a escolha pelo CAPS AD após ser convocada no concurso e P6 que, depois de um tempo de licença saúde, ao retornar ao seu cargo escolheu este serviço por ser mais próximo de sua casa.

Dessa forma, há vários modos iniciais de vinculação do profissional com o equipamento, persistindo “velhas” formas, expressa no mandonismo local, nas amizades ou outros critérios nada republicanos, mesclados com novas formas mais democráticas, em que o profissional pode ter escolha, a partir da assunção do cargo por concurso público ou opção. O direito de escolha sendo também considerado pode aproximar o perfil desejado do serviço com o perfil necessário de profissional. Mas, ressalta-se que essa relação é complexa, pois como visto, a profissional que teria sido encaminhada para o CAPS AD como punição, assumiu a mesma como desafio.

Mas, sem uma avaliação mais densa da questão, os gestores arriscam ter profissionais nos CAPS sem alinhamento com a reforma psiquiátrica, haja vista os critérios clientelistas e autoritários, ainda regerem o vínculo trabalhista. A despeito desse fato, há profissionais que com o passar do tempo constroem afinidade pela atuação no serviço.

Frente a essas inserções no serviço, um questionamento feito é se eles tiveram ou mantêm o interesse pelo trabalho neste campo, P1, P3 e P6 afirmaram que não tinham interesse, mas que aproveitaram a oportunidade. Já P2 e P5 destacaram que, de certo modo, tinham interesse. Tais posicionamentos podem ser vistos com as seguintes falas:

Eu aceitei porque foi a oportunidade que me apareceu, mas interesse mesmo não, eu até brincava, fala até pra professora que “era muito complicado, professora eu nunca vou trabalhar em saúde mental, é um tratamento muito longo, *disperdicioso*, sem retorno rápido, eu gosto mesmo é do pronto

socorro, porque é tudo muito rápido, *pápum, pápum, pápum*, centro cirúrgico, atendimento de urgência, UTI”, aí eu vim e gostei estou gostando, **o que eu tinha muito era preconceito**, mas graças a Deus acabou o preconceito e to gostando muito, muito mesmo (P3).

Eu sempre tive desejo de trabalhar nesse campo aqui e graças a Deus juntou o desejo com essa oportunidade (P2).

Por que eu gosto de lugar diferente, não sei se foi também a experiência anterior que eu tive na APAE (P5).

Há diversidade de interesses e motivações na vinculação com o CAPS AD, alguns manifestando desejo de atuar nesse serviço. Outros “aproveitaram a oportunidade”, sem inicialmente ter identidade com o processo de cuidado. Mas, o vínculo cotidiano pode fazer com que as “estratégias de sobrevivência” mudem de sentido, para alguns profissionais. Há também aqueles que buscam diversificar experiências e locais de atuação. Tais aspectos subjetivos influenciam na vinculação com o serviço, e consequentemente, na relação com o usuário e desempenho cotidiano.

Outra indagação focalizou os conhecimentos prévios que os profissionais tinham sobre o CAPS AD, seu objeto de intervenção e público alvo, antes de começarem a atuar neste serviço. **Todos os profissionais relataram que não tinham conhecimento prévio**, que “sabiam que existia”, mas não tinham conhecimentos aprofundados, no máximo tinham conhecimento superficial, através do trabalho em rede do município, tal como relatou a P3 “como eu trabalhei muito tempo pelo CREAS e pelo CRAS e como a gente fazia essas articulações de rede, essas reuniões”.

Ou o relato do quarto entrevistado, que destacou ter feito visitas institucionais durante a graduação “a gente vê CAPS por alto, durante o período de seis meses, que é o bloco da gente de saúde mental, a gente vem duas vezes aqui e quatro vezes no outro [CAPS II], então eu sabia que tinha CAPS AD e CAPS II em Piripiri, mas o **funcionamento interno, a didática, o desenvolvimento, o tratamento, isso daí mesmo a gente só adquire na prática**” (P4).

Logo, predominou o conhecimento superficial ou desconhecimento geral, sem processos formativos iniciais para a nova forma de atuação requerida, o que compromete os objetivos do SUS e da reforma psiquiátrica de formar recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura. A superação do paradigma biomédico, que foca na doença e nos sintomas, ficam comprometidos, bem como a emergência e consolidação do perfil do novo trabalhador postulado pelo SUS/reforma psiquiátrica: que atua em ações polivalentes, com diversificadas

competências e que atue com o intelecto e com a intuição, superando a condição de mero executor terminal de políticas sociais, acompanhando as mudanças no lugar e posicionamento do Estado e da reestruturação produtiva⁸¹. O SUS e a reforma defendem um profissional propositivo, formulador, articulador, gestor, implementador, empreendedor, produtor de conhecimentos e ações em rede, ou seja, que pense sobre suas ações a partir da lógica do território, pensando a cidade e seus problemas candentes (LANCETTI, 2008).

A partir dos relatos comentados de que muitos profissionais não escolheram atuar nesse serviço ou não tinham interesse direto pela demanda, outro aspecto que levantei com a equipe foi sobre a realização e participação em cursos de formação, treinamentos, momentos de educação continuada voltadas para essas demandas de saúde mental. O que me foi relatado é que **o município de Piripiri não preparou** nenhum desses momentos nos últimos tempos. Quando o profissional tem interesse por tal atualização busca na internet ou em Teresina, como pode ser visto nas seguintes falas:

Treinamento não, mas sempre tem capacitação em Teresina (...) do ano passado pra cá não teve mais. Tem os à distância que a gente faz pra aprimorar, eu já fiz no UNA-SUS um de saúde mental, ai você tem que ir buscando, se aprimorando. *(E como foram essas capacitações?)* Eles ficavam falando sobre o que são as drogas, o que afeta nas pessoas também (P1).

Não, **treinamento que eu tive foi aqueles a distância**, porque até então eu só sabia dos de educação física, foi depois que eu fui atrás de fazer vários cursos, uns cinco, porque até então eu não sabia de nada. *(E depois que você entrou aqui teve algum curso?)* Teve, eu fiz uns dois em Teresina, participei também da conferência de saúde mental de 2010, eu acho que foi a última que teve (P5).

A única contrapartida da gestão municipal parece ser a liberação da carga horária do profissional, quando necessita participar de processos formativos na capital ou mesmo no município. Mas mesmo diante do autodidatismo ou da busca pessoal, observa-se que o conhecimento adquirido parece cair no vazio, em um CAPS sem uma

⁸¹Reestruturação produtiva, conceito fortemente utilizado por autores como Antunes, Iamamoto, dentre outros, se caracteriza pela flexibilização das relações trabalhistas e pela ampliação tecnológica em substituição ao trabalho vivo, em um cenário de globalização, de desregulamentação e liberalização da economia. Deste modo, representa a uma série de mudanças no modo de produção capitalista, das quais são mais expressivas e podem elucidar o que de fato torna tão incrementado o modo de produzir com base na pragmática neoliberal, quais sejam: a flexibilização, terceirização, precarização do trabalho, etc. Princípios organizacionais dos quais decorrem padrões de produção em que se tem uma vinculação com a demanda, trabalho operário em equipe, just in time, Círculos de Controle de Qualidade (CCQs), dentre outras.

Fonte: SILVA, M. M. Reestruturação produtiva: um ataque ao trabalho. In V Jornada Internacional de Políticas Públicas (JOINPP – UFMA), 2011.

gestão consolidada e que “cobre” a dinamização de novos conhecimentos, no cotidiano assistencial.

Na política de saúde existe a Política de **Educação Permanente em Saúde** (EPS), que trata-se de processos formativos, inclusive em serviço, que extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse/relevância social que contribuam com a elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde, em suma, é uma estratégia fundamental para o desenvolvimento do quadrilátero da saúde, ou seja, a gestão, atenção, ensino e controle social no SUS (CECCIM, FEUERWERKER; 2004).

Tendo como base as compreensões de Ceccim e Feuerwerker (2004) e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2007) os profissionais foram questionados sobre as participações e envolvimento com Educação Permanente. Algumas respostas estão associadas a cursos de capacitação, conforme relata o profissional 01 “sempre tem **capacitação** em Teresina, mas do ano passado pra cá não teve mais. Têm os **à distância** que a gente faz pra aprimorar, eu já fiz no UNA-SUS um de saúde mental, ai você tem que ir buscando, se aprimorando”. Persiste o interesse, a busca individual, sem que haja ações estruturadas, planejadas em prol de processos formativos permanentes e nem processos avaliativos em torno das insuficiências ou necessidades nesse sentido.

Cabe ressaltar que alguns membros da equipe enalteceram as atividades formativas desenvolvidas pelo CRR-UFPI⁸², que teve repercussão positiva conforme a fala dos profissionais que participaram. Destacaram aspectos positivos na relação com os outros serviços, com os diversos territórios do município e seu caráter prático, conforme ressaltado nas seguintes falas:

Teve um no ano passado que trouxe a questão das vivências, começaram com essa questão teórica e depois a práticas, com vivências que a gente teve que pegar alguns bairros, cada um ficou com algum bairro, uns ficaram com a rua de cima, outros com a rua de baixo, uns ficaram com o mercado central,

⁸²Centro Regional de Referência (CRR) em formação permanente aos profissionais que atuam nas redes de atenção integral à saúde e de assistência social com usuários de crack e outras drogas. O CRR é resultado de uma parceria entre o Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Drogas (SENAD) e Universidade Federal do Piauí (UFPI), representado na figura do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP).

outros com a linha férrea na estação, outros ficaram com o inferninho⁸³, a gente ficava alguns dias e via o que podia ser trabalhado no local de acordo com a vivência pra trabalhar com os pacientes. Foi muito bom, a gente fez tipo uma **territorialização**, porque quando é só a parte teórica é muito cansativo, porque dessa forma **foi até bom pra gente poder resgatar essas pessoas que estavam pelas ruas ou que estavam a muito tempo sem vir pro CAPS (P1)**.

Aqui já tivemos uma capacitação muito importante pra nós que foi muito boa, ela foi em umas três semanas, foi em março de 2016 pelo pessoal de Teresina, foi uma capacitação muito boa, com intervenção motivacional, foi em várias etapas, ela tinha teoria e tinha prática, ela apresentava as drogas, como a gente proceder, tinha as dinâmicas, foi muito movimentado. E a conclusão foi pra gente apresentar um trabalho fora, você ia escolher o local, como você ia abordar e o que você ia fazer, **usando redução de danos** e apresentar depois. Ai foi em grupo, dividido por serviços, nós pegamos usuários do mercado central, fizemos uma ação tipo busca ativa, fizemos a identificação das pessoas, primeiro reconhecemos quem eram os usuários da área, e depois pra **redução de danos**, e no meu grupo tinha agente comunitário de saúde e ele conseguiu orientar em relação a preservativos. Conseguimos mobilizar para que eles viessem para o CAPS (P4).

E aqui em Piripiri teve no ano passado com o pessoal da Federal, foram uns quatro ou três finais de semana, foi sexta e sábado, foi muito produtivo, veio pessoal do CAPS, CREAS, Monte Tabor, pessoal das associações, estudantes da Chrisfapi. Foi pautado na **redução de danos**, no vínculo com a comunidade, com o paciente, com a questão do acolhimento, em resumo, foi mais pro **profissional saber ouvir o paciente**, o usuário, **porque às vezes a gente só joga “olha, se comporte assim, faça isso, faça aquilo” e às vezes ninguém para pra escutar o que ele quer**. Se tivesse pelo menos uma vez no ano seria ótimo (P5).

Alguns processos formativos podem dinamizar outra lógica no processo de cuidar, ao territorializar as ações e ao retirar os profissionais dos muros da instituição. Permitem ainda novos investimentos em usuários que estavam invisíveis para a equipe, ou mesmo, a dinamização de outras perspectivas de atuação fundada em tecnologias leves, relacionais (MERHY, 2004), que é a base das ações em saúde mental, e fundamentadas em perspectivas cidadãs, como a redução de danos, que investe na construção conjunta do cuidado com o próprio usuário, oferecendo escuta e fomentando o seu protagonismo.

Mas, apesar de alguns processos formativos apresentarem inovação, se a gestão local não oferecer condições para a manutenção de novas práticas, quer através do estímulo a criatividade e inovação ou mesmo através de processos de supervisão e

⁸³ Inferninho é uma região localizada no Centro, mais especificamente próximo ao centro comercial de Piripiri-PI, onde as pessoas se reúnem para consumir álcool e outras drogas. Ressalto ainda que o município está “organizado” em rua de baixo e de cima, onde a primeira é a parte mais baixa e fica localizada da Igreja Matriz (centro) para zona sul, já a rua de cima está na região mais alta, no sentido zona norte.

gestão qualificadas, o risco é de regressão às práticas mantenedoras do *status quo* da lógica manicomial, burocrática e engessada.

E as **reuniões de equipe**? Não representam um espaço de formação e produção de saberes e trocas? De acordo com Abuhab e colaboradores (2005), as reuniões de equipe devem fazer parte do processo de trabalho em saúde, porque contribuem para a troca de informações, vivências, dificuldades e facilidades no cotidiano do trabalho. Pode ser também um espaço de discussão das atribuições profissionais e onde é possível entender se o serviço é transformador e prioriza a troca/decisão da equipe nas ações profissionais, ou se é tradicional, condizente com o modelo médico hegemônico, em que os papéis são impostos e não discutidos.

Como a produção de sentido está contextualizada, ou seja, datada e situada em determinado território, atravessado por dimensões culturais, sociais, econômicas e também institucionais, é importante o conhecimento de como a organização, o CAPS AD de Piri-piri está estruturado, pois é em determinada moldura que a manifestação do sentido ganharão materialidade e vice versa, novos conhecimentos também poderão reconfigurar a estrutura do processo de cuidado, em uma relação dialética permanente.

2. PROCESSOS DE CUIDADO: ENTRE O PARADIGMA PROIBICIONISTA E A REDUÇÃO DE DANOS

A organização das ações cotidianas do CAPS segue um ritmo de repetição de antigas práticas, o que pareceu ser efetivado sem questionamentos, o que limita a capacidade de criar e inovar da equipe e sinaliza para uma dinâmica institucional congelada, marcada pela mesmice, aparentemente sem mudança. Tal fato é agravado pela ausência, no período da construção do trabalho de campo da pesquisa, de reuniões de equipe e até mesmo de espaços de protagonismo dos usuários como assembléias ou fomento para a organização de associações entre eles.

Abuhab e colaboradores (2005) defendem que estabelecer o desempenho das atividades profissionais através de **funções pré-estabelecidas**, o modelo tradicional cristaliza sua prática tornando-a pouco criativa e não transformadora, podendo acarretar a perda da identidade profissional e em possíveis resultados positivos para o serviço.

Diante dessa ausência de propostas e possibilidades de mudanças, os profissionais do CAPS AD mantêm as práticas oriundas do CAPS II Geral e das propostas originais do CAPS AD, desde sua formação. Dentre as práticas estão o caráter de atendimentos, tempo e continuidade do tratamento e o calendário/cronograma de atividades da equipe (DIÁRIO DE CAMPO, 21/06/17).

Especificamente sobre essas categorias de manutenção das práticas profissionais, vamos tecer análises sobre cada uma delas. No que remete ao caráter de atendimento, (a próxima tabela⁸⁴ sintetiza o tipo de tratamento/cuidado que são propostos). Em conversa informal com o profissional que me repassou os arquivos fui informada que essa organização do atendimento do usuário é feita na triagem, individualmente pelo profissional que realizou o procedimento, raramente acontecem momentos em que se compartilha essa decisão. No entanto, o Ministério da Saúde (2015) apresenta que esse caráter⁸⁵ de tratamento deve ser definido de acordo com o Projeto Terapêutico Singular construído em equipe e não individualmente.

Tabela 1 – Caráter de atendimento

CARÁTER DE ATENDIMENTO	
Intensivo	132 usuários
Semi-intensivo	160 usuários
Não-intensivo	116 usuários
Não informado	10 usuários
TOTAL	418

Tabela 1 – Caráter de atendimento. Fonte: dados impressos do CAPS AD de Piripiri – PI

Logo, podemos perceber que predomina os usuários semi-intensivos, seguidos dos intensivos e por fim, os não intensivos. Os critérios são baseados na **avaliação da saúde atual do usuário** (como a necessidade de algum procedimento de urgência e emergência – classificação de risco), na necessidade relatada pela pessoa que o leva

⁸⁴Essas e outras informações podem ser vistas na íntegra nos anexos dessa dissertação.

⁸⁵Os tipos de atendimento são divididos em três (03): **intensivo** - destinado a paciente com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou grandes dificuldades no convívio familiar/social. O atendimento é diário, durante um período mínimo de um turno, onde deve participar, de acordo com o seu PTS, de oficinas terapêuticas, consultas e terapia; **semi-intensivo**: o usuário é atendido pelo menos 12 dias no mês, melhora na severidade do quadro psíquico e (re) inclusão nas relações sociais e familiares; **não intensivo**: usuário já não necessita de acompanhamento contínuo da equipe para viver em seu território e realizar as suas atividades familiares e sociais, usuário deve receber até 3 atendimentos mensais (BRASIL, 2015). Destaca-se que na atualidade essa classificação é considerada superada, embora ainda muito usada.

para o primeiro atendimento (geralmente familiar, o que sinaliza para um atendimento inicial relativamente involuntário, pois tende haver pressão familiar, no geral acompanhado por prejuízos relacionais intra familiar) e no local em que ele reside. Ressalta-se que quando se trata de moradores da zona rural ou de outro município vizinho, o atendimento indicado é semi-intensivo ou não-intensivo, devido a maior dificuldade de locomoção diária para o serviço.

Esses números e coordenadas estão de acordo com as narrativas dos profissionais, que relatam a procura cada vez maior dos usuários pelo CAPS AD. Em conversas informais, eles defendem duas hipóteses. A primeira é que está havendo um consumo cada vez maior de SPA e a outra é que está se ampliando o conhecimento e reconhecimento sobre este serviço dentro da rede do município.

Tabela 2 – Tempo de tratamento

TEMPO DE TRATAMENTO	
05 Anos	53 usuários
04 Anos	70 usuários
03 Anos	55 usuários
02 Anos	51 usuários
01 Ano	88 usuários
Admitidos de 2014	71 usuários
Anos anteriores	27 usuários
Não informado	03 usuários
TOTAL	418

Tabela 2 – Tempo de Tratamento. Fonte: dados impressos do CAPS AD de Piripiri – PI

Não há reflexão e nem diálogos sobre esse tempo e continuidade do tratamento. Há uma predominância de usuários com um (01) ano de vínculo com o serviço, acompanhados daqueles com quatro (04) anos, sem que o tempo de vínculo e a inserção em outras políticas pareçam ser utilizadas como indicadores de avaliação de outras possibilidades com a rede.

O calendário/cronograma que a equipe se refere (ocultamos o nome do profissional responsável pela realização da atividade, devido aos aspectos éticos seguidos por esta pesquisa) foi organizado de acordo com os dias da semana e as atividades, conforme descrito abaixo:

Quadro 5 – Cronograma das atividades profissionais – 2017.

CRONOGRAMA 2017					
HORÁRIO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
7:30 às 8:00 h	Acolhimento (A.S.1)	Acolhimento (Psi)	Acolhimento (A.S.2)	Acolhimento (Tec. Enf.)	Acolhimento (T.O.)
8:15h	Medicação Assistida				
HORÁRIO NORMAL	Triagem - Atendimento Individual/Familiar				
8:00 às 8:30h	Café da manhã				
8:30 às 9:30h	Assembléia dos Usuários (A.S.1)	Grupo Psicoterapêutico (Psi)	Assembléia dos Usuários (A.S.)	Grupo Esportivo (Ed. Física)	Oficina de Pintura (Ed. Física e Psi)
9:30 às 10:00h	Intervalo – Lanche				
10:00 às 11:00h	Grupo Pedagógico (Pedagoga)	Grupo Pedagógico (Pedagoga)	Grupo Pedagógico (Pedagoga)	Assembléia dos Usuários (A.S. 1)	Grupo ecumênico
11:00 às 14:00h	Almoço/Descanso	Almoço/Descanso	Almoço/Descanso	Almoço/Descanso	Almoço/Descanso
14:00 às 15:00h	Grupo Educação e Saúde (Enf)	Oficina Terapêutica (T.O.)	Roda de conversa (A.S.1)	Grupo Educação e Saúde (Enf)	Oficina Terapêutica (T.O.)
15:00 às 15:30h	Intervalo – Lanche				
HORÁRIO NORMAL	Triagem - Atendimento Individual/Familiar				

15:30h	Medicação Assistida				
15:30 às 17:00h	Visita domiciliar e multidisciplinar				

Quadro 5 – Cronograma das atividades profissionais – 2017.

Fonte: diário de campo com base em murais (06/06/2017).

O cotidiano, como esclarece Agnes Heller (1985), é esfera da manutenção e ao mesmo tempo da mudança social “é a vida de todo homem” (p.17). Todavia, percebi um engessamento nas ações cotidianas do CAPS, com poucas possibilidades de visualização de espaço para metamorfose, no tempo curto.

Logo, a organização do processo de cuidado do equipamento é voltada para ações predominantemente endógenas, para o interior do serviço e para a permanência dos usuários no universo institucional, não onde sua vida acontece, como é postulado pelos princípios da reforma psiquiátrica.

Há manutenção do *status quo* deste serviço, o que é materializado na continuidade da execução do calendário da equipe. De acordo com os relatos dos profissionais, “a rotina e a estrutura do calendário semanal é a mesma desde o funcionamento no antigo prédio” e a presente organização foi copiada do CAPS II, pois muitos dos profissionais que foram encaminhados para o CAPS AD eram funcionários do CAPS geral (DIÁRIO DE CAMPO, 07/06/17).

Tal constatação (não possibilidade de mudança no tempo curto) ficou evidenciada quando questionei sobre o **cronograma**, a **agenda da equipe** e as temáticas que são desenvolvidas com os profissionais:

Ele já veio pronto pra gente, eu trabalho aqui dias de segunda, terça e sexta, então só pode ser assim, eu tenho que fazer o grupo nesses três dias e como são dois grupos pra cada profissional, sendo que todo dia tem um grupo diferente (P 01).

Na verdade quando eu cheguei aqui [o cronograma] **já tava montado**, só me encaixaram, aí eu adequei meu serviço, mas quando eu cheguei já tava tudo montado. Aí cada um segue o cronograma, aí lá tem os seus dias, cada profissional com os seus nomes, seus dias, suas atividades e seus horários (P 02).

As divisões são feitas pelo dia que o profissional tem disponibilidade (...) quando a gente chegou já tinha o nome dos grupos (P 05).

Quando eu cheguei já tinha os horários do grupo, semanal, ai depois foi só feito algumas adaptações, o dia que um pode (...) então o dia é organizado **de acordo com a disponibilidade de cada profissional**. (*E as atividades propostas?*). Na verdade, foi encaixando também, só aconteceu a sugestão do segundo grupo (P 06).

Como afirma o profissional acima o cronograma/agenda “Ele já veio pronto”. Ou seja, há o sentido de que o cotidiano é pronto e acabado, sem possibilidades de reinvenção. Basta reproduzir o já feito, sem desafios para a recriação. A metáfora do cronograma “pronto”, já montado, restando apenas aos profissionais “encaixarem”, remete ao quebra cabeça, um espaço e tempo bem enquadrado, onde o que é desencaixado, se ajusta e é reencaixado, sem que o quadro sofra alterações. Tudo funciona quadrado, de acordo com a disponibilidade do profissional, sem que as necessidades da gestão, do equipamento, ou as necessidades dos usuários sejam consideradas.

O que é cômodo, para os profissionais, parece dar o sentido da organização da rotina/do cotidiano do serviço. A lógica manicomial se reproduz, sem sutilezas, remetendo a avaliação do serviço ao CAPS burocrático, tal como qualificado por Lancetti (2008), haja vista não haver reinvenção da vida, nem protagonismo, nem sequer dos profissionais que constroem o dia a dia do equipamento. Os profissionais em momento algum indagaram acerca de sua condição de “servidor público”, termo que a Constituição de 1988 consagrou em substituição ao termo funcionário público.

Tal designação bem expressa os compromissos que todo trabalhador de um equipamento público, qualquer que seja a natureza de seu vínculo, deveria, por dever de ofício mesmo, fazer valer, haja vista estar em jogo a possibilidade, através da organização do serviço, das necessidades sociais, a concretização da cidadania, a efetivação de direitos

Especificamente sobre as etapas descritas no calendário semanal do serviço, busco refletir sobre o cotidiano e a atuação da equipe, um dos aspectos que considero importante para essa discussão são as ações/atividades desenvolvidas (grupais e individuais). De acordo como Ministério da Saúde (2015), os CAPS devem desenvolver ações/atividades como atendimento individual (realizadas somente entre o usuário e um profissional e/ou equipe, como prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação), atendimentos em grupo (terapêuticos, oficinas, atividades de suporte social, esportivas, culturais, artesanais, geradoras de renda, grupos de leitura e alfabetização, dentre

outros), atendimento para familiares e atividades comunitárias (envolvendo familiares, associações e outras instituições presentes no bairro), assembleias ou reuniões de organização do serviço.

Em relação às atividades individuais desenvolvidas no CAPS AD de Piripiri, a maioria dos profissionais relatou que faz triagem, acolhimento e atendimentos/consultas ou conversas com os usuários. Já as atividades grupais são desenvolvidas sem organização por perfil ou demanda dos usuários, sendo implementada mais na forma de palestras e orientações, centradas no profissional. E, poucas são as atividades efetivamente realizadas pela equipe fora do equipamento.

A composição de uma equipe multidisciplinar, de acordo com Oliveira e Fortunato (2007) fortalece a existência de diversos olhares e vozes frente à saúde mental para dar conta de aspectos reais, singulares e complexos. Para os autores, “é nessa diversidade que podem ser construídas práticas que usem imaginar o ainda não imaginado e o ainda não experimentado” (p.160). A partir disso, o trabalho de articulação da rede socioassistencial constitui desafio e possibilidade para a saúde mental.

As atividades (a serem) realizadas, segundo o quadro dois (02), são acolhimento, triagem, medicação assistida, oficinas (terapêutica e de pintura), diversos grupos (psicoterapêutico, esportivo, ecumênico, de educação e saúde e pedagógico), assembleia de usuários e visitas domiciliares ⁸⁶.

O **acolhimento**, de acordo com Souza e Melo (2015), diz de uma atitude continuada, fundamentada de acordo com a atenção e escuta do usuário, com o intuito de construir vínculos e identificar possíveis recursos dos serviços dentro de uma rede a fim de que, em casos necessários, possa existir um encaminhado adequado de acordo com as demandas e necessidades dos usuários, objetivando também uma modificação na forma como profissional e usuário se relacionam, reconhecendo o usuário como parte ativa no cuidado.

Segundo o calendário da equipe, o acolhimento deve ser a primeira atividade do dia, onde os usuários são recebidos e medicados. No entanto, o fio condutor nesse momento é principalmente uma oração com base em pedidos religiosos (DIÁRIO DE CAMPO, 08/06/17).

⁸⁶Todas essas atividades estão descritas a seguir, nesta ordem apresentada.

Tal aspecto é importante ser questionado, dado o caráter laico do estado brasileiro. O caráter religioso que atravessa o cotidiano das ações remete para indagações sobre a natureza científica das profissões em tela, será que os profissionais se desencantaram com a cientificidade conferida à sua formação? Por outro lado, a intervenção pautada em oração também lesa cidadania. Onde fica o ateu nesse contexto? Sente-se excluído e violado em seus valores.

Já a **triagem** é um procedimento de classificação de necessidade, tratamento e possíveis encaminhamentos, que deve ser feito de forma tecnicista e que garanta acompanhamento/cuidado adequado e tem caráter decisivo, uma vez que “triar” significa desenvolver uma escolha/separação (SOUZA, MELO; 2015).

As triagens realmente ocorrem ao longo do dia, mas principalmente no início da manhã, quando as famílias e serviços trazem usuários, pela primeira vez, para o CAPS. Normalmente é realizada por um profissional que preenche as fichas do equipamento e dá as principais orientações sobre o tratamento/cuidado. Não há momentos para troca e compartilhamentos entre a equipe. Cada profissional faz sua “parte da avaliação” e todos os usuários seguem um modelo único/padrão de tratamento. Nesse formato, as necessidades singulares parecem ignoradas (DIÁRIO DE CAMPO, 26/06/17).

Com base no conceito de Souza e Melo (2015) e com as observações realizadas no serviço, fica o seguinte questionamento: essa prática realizada é triar ou meramente recepcionar os usuários? Pois a triagem deve estar relacionada com perfil de usuários do CAPS e também com uma dimensão política.

Outra etapa engessada do cotidiano do serviço são as medicações assistidas, essas práticas, segundo o Ministério da Saúde (2015), representam a administração ou fornecimento de medicação garantindo a continuidade do tratamento, geralmente realizadas pelo técnico de enfermagem.

No CAPS de Piripiri, as medicações assistidas acontecem no início da manhã, logo após o acolhimento e no fim do turno da tarde, após o lanche e antes da chegada do transporte que leva os usuários para suas residências.

Em relação às atividades grupais propostas, as oficinas⁸⁷ são atividades que devem possibilitar maior integração social e familiar, desenvolvimento de habilidades corporais, manifestação de sentimentos e problemas, exercício coletivo da cidadania e

⁸⁷No CAPS AD de Piripiri – PI são propostas, de acordo com o cronograma, oficina terapêutica e oficina de pintura, a serem desenvolvidas pela psicologia e educação física e psicologia, respectivamente. No entanto, durante todo o período de observação não vi ocorrendo nenhum desses grupos.

realização de atividades produtivas. Elas podem ser, de acordo com os objetivos, expressivas, de alfabetização e geradoras de renda. A primeira busca desenvolver habilidades plásticas (desenho, pintura e outras), corporal (ginástica, teatro, dança e etc), verbal (leitura, escrita, musical, poemas e poesia, dentre outras). A segunda é destinada a usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola. Tem por objetivo exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante para construção da cidadania. E a última buscam desenvolver o aprendizado de uma atividade de geração de renda, como culinária, costura, artesanatos, dentre outras possibilidades (COSTA, PAULON; 2012).

Sobre os grupos propostos pelo CAPS (esportivo, ecumênico, de educação e saúde, pedagógico e psicoterapêutico), somente o ecumênico não estava sendo desenvolvido durante o período de pesquisa, mas de acordo com os profissionais e usuários, são chamados padres ou pastores para realizar uma missa ou culto no turno/horário destinado para essa atividade.

As assembleias de usuários é um importante dispositivo que objetiva maior horizontalização das relações dentro do tratamento, incluir e co-responsabilizar os usuários na gestão do cotidiano do seu tratamento/cuidado e do (s) serviço (s), possibilitar um espaço de exercício e fortalecimento da cidadania, dentre outros objetivos. Os momentos das assembleias devem ocorrer, na maioria das vezes, semanalmente, onde técnicos, usuários e convidados irão discutir, avaliar e propor encaminhamentos para o serviço, problematizando e levantando possibilidades de trabalho e cuidado (COSTA, PAULON; 2012).

E as **visitas domiciliares** objetivam segundo Mendes (2011), conhecer e identificar os problemas que atingem a população, efetivando práticas e ações de saúde que promovam o cuidado por meio da aproximação dos profissionais ao cotidiano das famílias, possibilitando o conhecimento, interpretação e vivência de todos os fatores que permeiam a vida das pessoas.

No CAPS de Piripiri – PI as visitas domiciliares acontecem ocasionalmente. São realizadas por dois profissionais, geralmente por uma das assistentes sociais e outro profissional, e normalmente no final do turno da tarde. Profissionais relataram que esse horário tem menos atividades com os usuários que ficam no CAPS e há mais facilidade em encontrar os familiares nos domicílios. No entanto, as visitas institucionais ocorrem ao longo do dia, principalmente no turno da manhã. Cabe ressaltar que, nesta equipe, parece haver uma associação entre a atuação do assistente social com ações fora do

equipamento, através da articulação da rede socioassistencial, para viabilizar direitos, sobretudo benefícios sociais. Tal fato parece remeter a associação entre intersetorialidade e ações territoriais à prática do assistente social (DIÁRIO DE CAMPO, 08/06/17).

Cabe ressaltar que a equipe desenvolve ainda comemorações de datas festivas e busca ativa para usuários, atividades essas não descritas no calendário. Outro ponto que também merece um olhar mais atento são as (ausências de) reuniões de equipe, sendo inclusive uma atividade muito requerida e citada na fala dos profissionais.

Sobre as **reuniões de equipe**, desde o início de 2017 não aconteceu nenhuma reunião devido, principalmente, à mudança na coordenação do CAPS. Neste ano houve uma mudança de prefeito e conseqüentemente uma mudança em muitos cargos de contratados (atuam diretamente no serviço, com os usuários), coordenação, gestão e secretário na saúde e demais setores do município. E a atual coordenação, de acordo com a fala dos entrevistados, ainda não tinha agendado, até meus últimos encontros no CAPS, nenhum encontro da equipe. A ausência destes encontros causa ainda mais distanciamento entre a equipe, o que sinaliza para um padrão isolado de intervenção, se assemelhando as práticas ambulatoriais.

Os profissionais reconhecem a importância de reuniões de equipe e lamentam não ter acontecido nenhuma, como pode ser observado nas seguintes falas:

Era pra ter as reuniões da equipe, mas no momento não tá tendo. (*Por quê?*). Por causa do coordenador, **antes tinha de quinze em quinze dias**. A gente sempre fala que é preciso ter reuniões justamente pra gente falar o que tá acontecendo com os usuários, o que tá necessitando no serviço (...). Ai vai só passando o tempo e não faz (P 01);

É pra gente ter pelo menos uma por mês, mas agora tá meio conturbado, estão mudando ai, **estão tirando contratado, chamando concursado**, ai a gente não sabe como vai ficar direitinho, então não tá tendo não, mas tem planos (P 03).

Paradoxalmente, observa-se então, um serviço em um momento instável, com perspectiva de mudança de profissionais e de gestor, o que lhe confere um sentido de serviço sem direção, deixando os profissionais a mercê de si mesmo, de suas próprias referências, sem um alinhamento político e conceitual que confira um sentido de unidade, em sintonia com os princípios e diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica. Importante destacar que o serviço, comumente, “tem a cara de seu coordenador”, encarregado de produzir a bússola do equipamento, e gerir o cotidiano assistencial,

gerencial e social, através do Projeto Terapêutico Institucional, o qual não nos foi dado acesso, parecendo não existir, pois em nenhum momento foi citada sua existência.

Em uma pesquisa de Anjos Filho e Souza (2017), realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, do município de Salvador-BA, sobre a importância de reuniões de equipe, que mesmo sujeito à preeminência do poder médico, abre espaço para participação dos demais profissionais no acompanhamento dos casos, nas trocas de experiências, angústias e pontos positivos, essas "*microrreuniões*" sinalizam a possibilidade de fomentar, com base em procedimento de ajuste mútuo, a troca de informações sobre os usuários. Essas reuniões mostram força também ao ativar o imaginário de transformação da assistência, pois a potência desse imaginário pode operar como limitador de concepções profissionais inegociáveis, projetando um horizonte de trabalho compartilhado.

Sobre as (possíveis) redes e articulações e conseqüentemente como se constroem os processos de trabalho, a equipe citou principalmente as **famílias** e alguns **serviços do município**.

Durante as entrevistas e observações, busquei conhecer como acontecem as relações da equipe com a família dos usuários e também as relações sociais e familiares desses homens, com o intuito de conhecer mais o contexto em que eles estão inseridos e assim pensar em possibilidades de cuidados para além dos muros do CAPS.

Os profissionais relataram que, via de regra, a relação desses homens com suas famílias não é boa, de acordo com profissional 05, “eles comentam que tem muito conflito, ou com a esposa, ou com a filha, com alguém da família”, inclusive que “quando eles estão em uso tudo piora” (P 06), destacando o aspecto negativo dessas relações.

Já no que diz respeito à relação do CAPS com os familiares, profissional 01 destacou que houve um avanço da relação entre os familiares e a equipe, uma vez que aqueles agora estão mais próximos, mas de modo geral, os entrevistados relataram que estão desenvolvendo maior proximidade através de eventos em datas comemorativas, como o dia das mães e a festa junina, conforme pode ser visto no seguinte trecho:

a família antigamente tinha muito essa questão de não dá apoio, a gente tinha dificuldade com a família pra fazer alguma atividade, algum grupo. Hoje em dia não, **a gente já conseguiu conquistar a família**, já estão começando a participar. Esse ano a gente fez o dia das mães e foi muito bom, as famílias vieram, relataram que eles estão bem, que estão ajudando em casa (...). Já teve agora também a festa junina que a gente chamou a família também (P 01).

Como é possível inferir a família participa das ações do CAPS em ações pontuais, como dia das mães, festa junina e outras datas comemorativas. **A avaliação da dinâmica dos usuários com os familiares ainda é centrada na abstinência**, apesar do relato de que alguns “ajudam em casa”. Não há relato de ações de cuidar dos cuidadores, de qualificar o manejo da pessoa em situação de embriaguez ou crise de abstinência, ou mesmo para minimizar os impactos das sobrecargas familiares.

Outro aspecto presente na fala dos entrevistados é que a relação com a família, tanto os usuários, quanto o serviço, **fica melhor quando esses homens estão em abstinência**, os profissionais acreditam que há uma “conquista” dos parentes, pois o fato de o homem estar em abstinência facilita o processo relacional

os que estão mesmo sem fazer uso da bebida e das drogas estão mesmo começando a conquistar, e que mudaram a vida delas, que elas querem o melhor pros filhos delas, as outras falaram também dos parceiros, disseram que tá tudo bem em casa, **neste sentido o CAPS veio pra melhorar**, que melhorou bastante entre eles, então elas relatam isso (P 01).

Neste intuito de propor mudanças, ao longo dos meses que participei da rotina do CAPS, tentei colaborar com sugestões de atividades que integrem serviço, usuários e comunidade/família, para que esses momentos não se limitem às atividades festivas ou ao momento de triagem, que seja um vínculo mais próximo, com momentos de escuta do sofrimento do outro, sem tanta imposição ou formalidade e engessamentos.

Já as **ações em rede** com os demais **serviços do município**, cabe lembrar, conforme já foi descrito no “Percurso da pesquisa”, o município de Piripiri – PI, por ser considerado de médio porte e ser uma das referências na macrorregião do Meio-Norte, especificamente na região dos Cocais (Coordenação Regional de Saúde de Piripiri – PI), possui alguns serviços que compõem a rede local e que atuam (ou deveriam atuar) em articulação.

Com base no conhecimento da rede municipal, busquei questionar e conhecer como acontece (uma possível) relação entre o CAPS e os demais serviços. Os profissionais, em sua maioria, relatam que ainda há muito que se avançar, como destaca P 03 “a rede tá boa, mas a gente precisa melhorar” e P 01 “às vezes é bom, mas tem muita dificuldade”. E em alguns serviços há a necessidade de uma relação mais próxima, pois, na fala do profissional eles não entendem/aceitam o trabalho em rede, “tinham muitas relutâncias”, como pode ser visto em:

eu chegava nos locais, por exemplo, no centro de fisioterapia e diziam “ah, **seus pacientes são do CAPS**”, então “me responda aqui, você é funcionaria da onde? Então Piripiri é uma cidade e o CAPS AD faz parte de um sistema

de saúde e se ele não fizer **ele faz parte da cidade**, e como você é funcionária do município, nem que você não queira você vai atender meus pacientes”. Então **tinha muita relutância em atender os pacientes do CAPS (...)**. E tem muito disso na central de marcação de consulta, no laboratório, mas eu sou bem persistente, eu bato bem em cima (P 03).

Outro elemento presente em várias falas e que está muito próximo a este anteriormente apresentando, é o **preconceito** que os usuários do CAPS AD sofrem dentro da rede

dos postos de saúde a gente percebe que tem essa questão do **preconceito** e também no hospital, tudo envia pra cá **“você é do CAPS, tem que ir é prá lá!”**, a gente ainda observa isso, eles mesmos relatam que não foram atendidos porque são do CAPS. E tem que ver se a pessoa tem hipertensão arterial é pra lá, outros tipos de doença é pra lá, então tem que trabalhar junto, a gente ainda tem essa dificuldade. Por exemplo, no CEO, a gente vai e tem um profissional que leva eles pra lá, tem aquela quantidade de pacientes e leva, pro CEO é melhor essa parceria, mas na Atenção Básica a gente tem mais essa dificuldade, que só manda pra cá, aí eles chegam aqui chateados e a gente tem que entender esse tipo de coisa e levar eles com um profissional pra conseguirem, indo com o profissional dá certo, principalmente no hospital, a gente sente muito aqui essa diferença (P 01).

Logo, observam-se os esforços de alguns profissionais em atuar na perspectiva de ampliar as possibilidades de socializar o usuário do CAPS com outros equipamentos, desconstruindo a ideia que todas as necessidades dele deverão ser supridas unicamente pelo CAPS. Ao ser recomposta a complexidade da vida com o transtorno mental e colocar em ação a integralidade do cuidado, é requerido esforços extras dos profissionais para atuar em conjunto com outras políticas e equipamentos. A equipe do CAPS AD de Piripiri concentra suas ações em alguns equipamentos.

Os serviços mais mencionados por eles foram o CAPS II, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Hospital Regional e a Atenção Básica, ou seja, sobretudo equipamentos intrasetoriais, ou seja, da própria política de saúde. Porém cabe frisar que os profissionais segmentam a rede, tratando somente com o setor que lhe “diz respeito”, como pode ser notado na seguinte fala:

Os outros serviços de Piripiri eu quase não posso te falar, **o meu é mais é com as escolas, as redes institucionais escolares** e as que eu precisei foram nota dez. No caso aqui eu vou primeiro falar com a diretora, expor a causa lá, se for uma matrícula eu falo que é pra fulano de tal e se a vaga tiver disponível elas matriculam, aí eu digo que sou responsável por fulano de tal e eu me responsabilizo de estar fazendo o acompanhamento escolar, caso essas pessoas sejam desagradáveis na escola, não queiram estudar ou se forem expulsos eu vou lá pedir uma chance, se eu chego lá e tem uma notícia negativa eu peço mais outra chance, **“mas na terceira vez você pode expulsar, você tem todo o meu apoio, ele não fez” (...)**. Aí na escola eu

digo que eles são do CAPS, que fazem acompanhamento por nós equipe multiprofissional. O interessante é que **nas escolas elas sempre querem saber “por que estão lá? O que foi que fez?” E uma coisa muito forte é você não expor a vida pessoal deles e eu não exponho e eu procuro dizer que “foi bobagem, coisinha de família e ai eles estão lá só por uns dias, passando uns dias com a gente”**, porque eu **não vou expor** (P 02).

Percebi também que eles defendem maior articulação da rede, mas o mesmo tempo busca “levar tudo” para o CAPS, com o intuito que dentro dos muros do serviço possam existir todas as possibilidades de atividades e cuidados. Desse modo, paradoxalmente, desenvolve-se o isolamento desta equipe ao mesmo tempo em que se almeja que as demais estejam abertas para o CAPS

A gente busca muito, mas nem sempre tem retorno, **é preciso a gente ir atrás**, eu não vejo ainda uma situação ideal, a gente tá sempre em busca de conquistas, eu acho que o CAPS AD e o CAPS II precisam de uma estrutura, ter mais espaço, **ter mais atividades, mais esporte, mais jogo, uma horta, atividades que eles tivessem mais interesses, aqui nós pouco temos atividades religiosas e a gente precisa muito fortalecer a fé** de cada um pra acreditar “eu sou capaz de superar isso daí”. Então eu vejo aqui que o CAPS tá precisando melhorar, dar uma sacudida, mas a gente depende das políticas municipais (P 04).

Ou seja, há muito que conquistar, mas, apesar disso, o destaque para as necessidades religiosas acabam ganhando destaque. Apesar desse contexto, o cotidiano é balizado por modelos de cuidado, construídos explicita ou implicitamente, de maneira formal ou informal, em conformidade com os fundamentos, expressos nos sentidos produzido pelos encarregados de produzir o cuidado que no contexto da abordagem ao consumo e aos consumidores de substâncias psicoativas se orientam pelo paradigma proibicionista ou pela redução de danos.

Já que temos conhecimento do cotidiano da equipe, das práticas de cuidado e dos trabalhos em rede, é de suma importância apresentar os modelos orientadores das ações e seus paradigmas. Com essa intencionalidade, durante as entrevistas e outros momentos da pesquisa, convidei os profissionais a falarem sobre o proibicionismo e a Redução de danos, para saber se eles conhecem esses paradigmas que modelam os processos de cuidado, quais sentidos eles atribuem aos mesmos e ter em pauta o modo como eles utilizam/compreendem esses modelos e conseqüentemente, entender o que eles acreditam/defendem como modo de atuação mais adequado para o CAPS AD em

tela. Dessa maneira, a intencionalidade foi buscar apreender os fundamentos sobre os quais se alicerçam os sentidos, que balizam as intervenções.

Com esse propósito, interações e questionamentos aconteceram após a realização das atividades grupais e conversas com a equipe na sala de reuniões, com questões mais abertas e até mesmo mais pontuais sobre esses pontos.

No decorrer do processo, majoritariamente, os profissionais mencionaram que o CAPS é um serviço em que predomina a “abstinência”, em uma clara alusão a um dos princípios que embasa o modelo proibicionista. Paradoxalmente, é destacado que o foco é “mais para a redução de danos”, referindo-se a uma possibilidade de mescla de modelos, contornada por muitas ambiguidades, conforme pode ser observado nas seguintes falas:

Aqui é mais abstinência, embora o foco seja mais pra redução de danos, **o foco da política é mais pra redução de danos**, até por eles mesmos, mesmo eles não conseguindo ficar em abstinência, eles preferem a abstinência. *(E sobre redução de danos?)* Olha, eu acho que a gente faz muito pouco, até porque na **literatura a gente vê muito essa questão de seringas** e não é muito nosso público aqui, **nosso público aqui é crack e álcool**, ai a questão de **redução de danos é mais quando eles vêm com feridas, aquelas escoriações, os que são diabéticos, hipertensos, pra amenizar, na verdade.** *(E especificamente na abstinência vocês fazem o que?)* **É mais a conversa e a medicação** e mesmo com a medicação eles não conseguem ficar, eu tava até conversando com a outra profissional, que a gente rema, rema, rema e não sai do lugar, **trabalhar com dependência química parece que a gente não consegue evoluir de jeito nenhum e você faz de tudo(...).** **A gente fica se perguntando o que falta fazer.** *(Já acharam alguma resposta?)* Por enquanto não, e eu sou muito paciente, **fico conversando com eles e eles não conseguem reconhecer onde estão errados**, o que tem que fazer, eles sabem que estão errados, naquele momentinho eles dizem assim “eu sei que estou errado, mas...”, eles querem estar sempre com aquela razão. E eu faço essa mesma pergunta pra eles e **eles dizem “eu estou sem jeito”** (P 05).

A ambiguidade dá o tom da produção do sentido e da dificuldade de compreensão do que seja e para que se destina à redução de danos. Há uma leitura de que os profissionais apreendem as necessidades dos usuários, ao ter uma suposta apropriação de sua preferência pela abstinência, “mesmo eles não conseguindo ficar em abstinência”. A redução de danos é construída historicamente para atender situações em que os usuários não conseguem, não podem ou não querem deixar de consumir as substâncias que prejuízos à sua vida e laços sociais.

Nesse sentido, é produzida conjugada a uma realidade e necessidade dos usuários. A suposta preferência pela abstinência pelos usuários, envolve um caldo cultural e político, no qual foram convencidos que a única via possível seria essa. Há

um desconhecimento generalizado do que seja a redução de danos, apreendida de maneira restrita à troca de seringas. A redução de danos inicia-se no Brasil como uma estratégia para combater a epidemia de AIDs entre os usuários de substâncias injetáveis que compartilhavam seringas. Avança e agrega novos componentes, envolvendo o respeito por assistir o percurso dos usuários, através de metas tangíveis, a partir dele mesmo. O profissional restringe a redução de danos a procedimentos, troca de seringas, curativos, ações voltadas para lesões e enfermidades, sem a associar a direitos humanos, abordagens compreensivas, éticas, cidadãs.

Observa que não há efetividade nas ações, “não consegue evoluir de jeito nenhum”, mas, apesar disso, persistem nas mesmas ações, apesar de reconhecer que a política seja orientada pela redução de danos. Nesse sentido, proibicionista, o dano se impõe, através da culpabilização do usuário, através de uma abordagem moralizadora, em que o foco é para que o mesmo “reconheça o seu erro”. Parece haver uma expectativa mágica, que associa reconhecimento do erro, à automática mudança de comportamento adicto, para a abstinência. O sentido da ação é moralizadora, pautada no reconhecimento do “erro”, na culpabilização do consumidor usuário, pois **“eles não conseguem reconhecer onde estão errados”**.

Nesse sentido o profissional e o CAPS é o espaço do conserto, do acerto. O erro está no outro. Mas, a prática discursiva não avança para ações na perspectiva de reinvenção da vida. Não há abertura para a produção de outros sentidos. Só há um jeito de estar certo: assumindo a abstinência. O consumo é restrito a uma dimensão equivocada, sem que seja investido na função da substância na vida do sujeito.

O profissional não percebe que o sentido produzido pela perspectiva proibicionista é danosa e congela a realidade, direcionando a culpa meramente como falha de caráter. Não permite visualizar que a interação, intersubjetividade é uma via de mão dupla, onde ambos, profissional e usuários estão “sem jeito”, pois congelados na mesmice. Tal fato remete à música de Chico Buarque, Cotidiano, “todo dia ela faz tudo sempre igual”. Em fazendo tudo sempre igual, o resultado será sempre o mesmo.

O profissional não se dá conta que a redução de danos surge exatamente para reverter essa lógica, e criar movimento. Fomenta o protagonismo do usuário, ao acionar sua co-responsabilização com o cuidado, produzindo com o mesmo o passo a passo do reinventar a vida. Dessa forma, no tempo longo, observa-se a persistência de sentidos do tempo longo, do proibicionismo, instituído internacionalmente a partir de 1910, a partir da política norte americana. O tempo longo se reflete na persistência da

mesma lógica no tempo vivido do profissional, que se respalda nas ações proibicionistas para implementar o cuidado.

Mas, observei a possibilidade de ruptura do sentido forjado no tempo longo do proibicionismo, com a abertura para a implementação da redução de danos, como sinaliza o profissional P 06,

Tá mais pra redução de danos mesmo, porque a gente vê que a questão do usuário deixar de fazer uso de sua droga de preferência é muito complicado. Porque eles param por um tempo, por dois meses, três meses, depois voltam, então quando eles voltam a gente tem que trabalhar a aceitação da recaída e evitar ao máximo que isso aconteça, ou então que pelo menos diminua o uso daquela droga que ele usa com frequência. Aqui o que a gente percebe é **que a parte de deixar de usar a droga é muito complicado**, com o álcool não, com o álcool aparenta ser mais fácil, o número de pessoas que a gente tem aqui que deixaram de fazer uso da bebida é bem maior. Na verdade, **se você me perguntar, me cite o nome de um usuário do CAPS que deixou de usar a droga de preferência, eu não conheço nenhum**, só tem um que diz que deixou de fazer o uso da maconha, sendo só a maconha, mas quando parte pra crack, cocaína, não. Mas já **álcool tem muitos que já estão a três, quatro, dois anos sem fazer uso do álcool.** Mas passou pra cocaína e crack, eu não conheço, passa só dois meses ou três meses e volta, tirando esse que disse pra gente que já tá com muito tempo sem fazer uso da maconha. *(E por você, qual a sua preferência? A abstinência ou a redução de danos?)*. Quando eu entrei aqui eu pensava na questão da abstinência, de deixar total, mas **depois que a gente entra, que a gente vê realmente a dificuldade de deixar de fazer uso da droga de preferência, a gente já começa ter outra visão**, que seria evitar ou prolongar essas recaídas, o que a gente percebe é que **quando tem recaída eles têm uma certa resistência de voltar ao serviço, por vergonha**, pela questão da frustração porque estavam tentando a um certo período. **Aí eu comecei a trabalhar com eles a questão da recaída**, que faz parte do nosso trabalho, que a recaída também faz parte do processo de deixar de fazer uso da droga e tentar trazer eles sempre mostrando que no dia que acontecer de eles voltarem a usar a droga, que não tem problema, pra que eles voltem pra cá, para que eles não saiam do serviço e não voltem mais por vergonha. **Quando eles recaem alguns passam muito tempo sem vir**, muitas vezes tem que fazer visitas, chamar novamente, convidar pra vir com toda aquela explicação de que aqui é o lugar deles, já que eles recaíram, pra recomeçarem (P 06).

Logo, as lógicas proibicionista e da redução de danos se mesclam e se expressam na correlação de forças e na prática de alguns dos profissionais do CAPS AD, sem que haja um alinhamento teórico conceitual e político, o que, com certeza, é produtor de tensionamentos no dia a dia assistencial, o que não foi tratado por nenhum profissional, mas, observado no decorrer da pesquisa. Efetivamente, na lógica da redução de danos, a recaída faz parte do processo, inclusive como parte da aprendizagem, tais como, das decisões cotidianas aparentemente irrelevantes. Mas requer maior produção de vínculo com os usuários e seu território; maior investimento do profissional na sua própria formação para atuar baseado na negociação, em ações

territoriais, o que requer mais investimento inclusive temporal, no processo de vinculação com os usuários e em ações que possibilitem a produção de novas e potentes relações sociais.

Alguns profissionais, mesmo sem compreender bem o significado de redução de danos, acreditam ainda na possibilidade de trabalho mesclando os dois modelos, afirmam que trabalham tanto com a lógica da abstinência quanto com a redução de danos, na perspectiva de conciliar o inconciliável, como pode ser visto também na seguinte fala:

Abstinência e redução de danos, porque não adianta eu fazer a abstinência total da pessoa se eu não explicar pra ele e inculcar na cabeça dele, no subconsciente dele que ele tem que parar e se manter parado, **porque parar é fácil, o problema é parar e se manter sem parar**, se eu conseguir que meus pacientes daqui parem e se mantenham parados. Ai eu digo pra eles que eles vão ter melhor metabolismo do seu organismo, vai se sentir melhor, vai ter mais disposição, vai ter mais nexos nos pensamentos. O problema de quem bebe, de quem é dependente de álcool e qualquer outro químico é **começar a perder células no neurônio e começar a perder raciocínio lógico normal, é esse tipo de coisas ai. Sem falar do restante, do fígado, baço, pâncreas, acidentes, confusões, conflitos.** (*E a redução de danos?*) Na parte de redução de danos seria só o **paliativo**, tratar quando a pessoa chega escoriado porque caiu porque bebeu, seria só como um paliativo, não seria mesmo a redução de danos, ai dentro da minha área é mais essa questão de curativo, leva pro hospital, fazer a consulta clínica, a consulta de enfermagem pra saber se tá com algum problema, ai a gente tenta resolver, mas se você vê, as instalações aqui não são muito adequadas, aqui é uma adaptação, bom seria se a gente tivesse uma sala de enfermagem com prateleiras, onde tivessem materiais como escalpe, soro, agulhas, seringas, medicamentos, material pra curativos. (*E tem demanda?*) Tem demanda, praticamente toda semana chega um ferido, chega escoriado, chega operado, aqui tem um paciente que caiu de moto bêbado, quebrou a clavícula e eu passei quinze dias fazendo o curativo dele aqui todo dia de manhã. E aqui é improvisado, devia ter uma maca e não tem, o cara fica sentado em uma cadeira. Então é assim, né? Medicina de guerra, só que não tão agoniado (P 03).

Logo, o sentido construído sobre redução de danos é subjugado à lógica proibicionista, com ênfase no paradigma biomédico, nas ações entre células e neurônios e órgãos do corpo. A abstinência está no centro da produção de sentido da intervenção. Não a reinvenção da vida, a produção de laços e novas competências e habilidades sociais. Há uma tentativa de convencer o usuário de “parar” de consumir a SPA, com foco localizado nas perdas com a manutenção do consumo, sobretudo biológicas, corpóreas. As dimensões sociais ficam reduzidas. A função do consumo na vida do sujeito é negligenciado. O foco é na substância e não nas relações, e funções dela na vida do sujeito. Claramente, a redução de danos é situada como “paliativo” algo que “atenua ou adia a solução de um problema”.

Consoante a essa leitura de mundo e cuidado, observa-se a avaliação das condições de trabalho em que são ressaltadas as “faltas” de bens materiais e insumos de cuidados, tais como maca, sem que sejam citadas as necessidades de outras condições para ações territoriais. Dessa forma, o CAPS parece ganhar uma “cara” hospitalar. Há um desejo de hospitalizar CAPS, ou melhor, manicomializá-lo. O que existe, as tecnologias leves, é ignoradas.

Não quero desmerecer a importância e a necessidades de investimentos em condições de trabalho para os CAPS, sobretudo nesse contexto em que há uma crescente precarização desse equipamento, pois as novas direções impressas são no sentido da crescente ambulatorização da assistência. Então, é fundamental, a luta por melhores condições de trabalho, inclusive salariais. Mas, há uma rede socioassistencial, inclusive hospitalar, para oferecer retaguarda, para situações mais complexas de cuidados na dimensão biológica/biomédica.

Cabe ressaltar que nos cuidados produzidos pela equipe há intensa interveniência de fatores para além do enquadre científico, que pauta a formação profissional de cada categoria que compõe a equipe multiprofissional. Crenças pessoais também foram destacadas como “suporte” nos sentidos da ação. A maioria dos profissionais fez referência aos seus princípios religiosos diante de suas práticas profissionais, principalmente no relacionamento com os usuários, uma fala que pode exemplificar tais colocações é a de profissional 01:

eu **sou evangélica**, então quando eu me sinto evangélica todo mundo se preocupa com o próximo, nós que lemos muito a bíblia sabemos o que Jesus quer de cada um de nós. Eu já me preocupei demais, porque **quando eu chegava aqui eu fazia uma oração com eles, cansei de falar pra eles** no momento da aula, durante a aula ou após a aula **“essa vida de vocês não presta, vocês têm que deixar isso daí**, vocês têm que deixar de perder a cabeça, **vocês tem que aproveitar as oportunidades**, porque aqui é uma equipe multiprofissional, quanto profissionais passam aqui por vocês, então vocês reflitam, façam um exame de consciência”. Quantas vezes eu falei e ainda falo isso pra eles, eu digo pra eles “olhe, **como evangélica eu oro muito por vocês e minha maior alegria vai ser mais na frente encontrar com vocês bem um dia**”, eu posso até não ver todos bem, mas alguns eu creio que ainda vou ver. **Eu me sinto triste em ver a situação deles**, porque **isso daqui não é vida digna**, não é vida pra ninguém (...).

Tal sentido fere o cerne da condição do servidor e do serviço público brasileiro, cuja origem remonta à distinção entre o público e o privado e foi construído na perspectiva de satisfazer necessidades coletivas (CHEVALLIER, 2017). O sentido religioso da atuação profissional; o tentar pessoalizar as relações, seduzindo os usuários

através de “orações”, da evocação de sentimento de tristeza ou alegria (em uma referência a “piedade” pela situação deles) reatualiza o tempo longo da cultura e sociedade brasileira, em que há fusão entre a casa e a rua, como analisa o antropólogo Roberto da Matta (1991).

Desta feita, os padrões democráticos são desconstruídos, subvertendo as relações do campo profissional para trocas simbólicas perversas, que aprisionam os usuários dos serviços a sentimentos de gratidão, de “deveres morais” para com o profissional, conformando o que Thomas Szasz (1994) denomina cruel compaixão. Pelo menos três (03) princípios do serviço público brasileiro são feridos, a impessoalidade, a moralidade e a eficiência. A ciência como balizador das ações profissionais também é ferida e evidências científicas são desconsideradas.

Corroborando tal sentido, merece destaque a observação que fiz da realização das **atividades coletivas, que iniciam e terminam com orações**, sejam elas acolhimentos, oficinas, grupos terapêuticos, dentre outras. Antes de todos os grupos, sejam eles de conversas ou de atividades físicas, os profissionais iniciam com uma oração, no geral, católica. Em conversas informais, questionei sobre essas práticas. Eles afirmaram que a maioria dos usuários tem fé e religião e que é importante ter esses momentos de aproximação com a fé deles, havendo assim uma mescla de objetivos para as atividades propostas pela política e realizadas pelos profissionais (DIÁRIO DE CAMPO, 21/06/17).

Destacamos que a espiritualidade é importante ferramenta, sobretudo para os usuários da saúde em situação de agravos, mas, tem seu lugar, que não é no cotidiano profissional do CAPS. É algo da esfera privada, e que não deve fundamentar as práticas profissionais, pois o Estado brasileiro é laico, e os serviços de saúde devem se orientar por esse princípio. A legislação permite que o usuário receba apoio espiritual, inclusive através dos representantes religiosos no interior dos serviços. Mas, esse lugar não deve ser ocupado pelo profissional, que tem outro estatuto que rege suas ações. Do contrário estará afrontando as normas que regem a profissão e a ciência.

Apesar do sentido que tem o Estado e o serviço público, é compreensível, diante dos aportes que balizam os sentidos da ação profissional, a invocação a recursos religiosos, que “reencantem” o universo dos sentidos dos profissionais, pois, efetivamente, a lógica proibicionista convoca a uma desfamiliarização axiológica, conceitual e política, haja vista lesar direitos humanos, ou seja, produzir danos aos consumidores de SPA, ao lançar o consumo à esfera da moral, ao “erro”, ao “pecado” e

os fundamentos profissionais à ineficiência e ao congelamento, como visto nas narrativas acima.

Ademais, como vi no dia a dia da equipe e como já comentei anteriormente, a maioria dos profissionais não tinha interesse em trabalhar nesse serviço e não teve nenhum preparo antes de sua inserção, além da parca presença de momentos de educação permanente. Deste modo, nos sentidos das práticas discursivas produzidas pelos profissionais prevalecem princípios híbridos, que mesclam ação profissional com ação religioso/moral, com clara indiferenciação entre esfera privada e pública.

Assim, podemos concluir que as intervenções profissionais, sobretudo grupais, são consideradas aulas, ou seja, a educação bancária, vertical predomina no cotidiano da equipe, **os profissionais literalmente buscam evangelizar**, tendo a religião como um dos principais fundamentos de suas ações, como explicitado acima. E que existe uma mescla de modelos, mas o foco da prática da equipe se dá, principalmente, na abstinência e na manutenção de um “**CAPS burocrático**”, conforme conceitua Lancetti (2008), pois neste serviço percebi que os profissionais procuram adequar suas práticas às concepções pessoais pautadas em alguns aspectos particulares e não profissionais-científicos, como o religioso, às suas experiências anteriores, deste modo há uma adaptação dos usuários em torno da equipe frente aos serviços oferecidos, havendo pequena ou nula busca por outras estratégias de atuação (DIÁRIO DE CAMPO, 23/06/17).

Uma possibilidade de atuação e de cuidado a esses usuários é a problematização da percepção distorcida sobre eles e das práticas de saúde muitas vezes predominantemente psiquiátrica que pouco contribuem para a inserção social e familiar do usuário. Alguns tratamentos geralmente são segregadores, pontuais e baseados na associação entre drogas e comportamentos antissociais (álcool) ou comportamentos criminosos (drogas ilícitas), tendo como principal objetivo a abstinência. Porém, muitos dos usuários não compartilham desse desejo e acabam abandonando os serviços, outros sequer os procuram, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, muitas vezes, as práticas de prevenção, promoção e adesão ao tratamento são limitadas (BRASIL, 2003).

Como produzir sentido ao mundo engloba a construção de sentido sobre os objetos e sujeitos da intervenção, pois é o sentido que possibilita a ação (SPINK, 2014), é fundamental o conhecimento acerca do sentido atribuído aos usuários dos serviços

pelos profissionais do equipamento, sobretudo dos participantes da pesquisa, pois a ação do CAPS AD se materializa pelo sentido construído por seus integrantes.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS PELOS PROFISSIONAIS: MASCULINIDADES EM EVIDÊNCIA

Em um estudo sobre masculinidades e produção de cuidados de consumidores de substâncias psicoativas é de suma importância o conhecimento, a caracterização e a contextualização dos usuários do CAPSAD, segundo a leitura de mundo, a compreensão dos participantes da pesquisa, haja vista serem os mesmos objeto-sujeito, sob e a partir dos quais incidirão os sentidos construídos pelos profissionais. Como analisam Spink e Medrado (2013), a linguagem é ação e produz consequências, pois quando se fala, invariavelmente são realizadas ações, sejam elas acusando, perguntando ou justificando, ou seja, intervindo no mundo, seja através da oralidade ou através de um texto escrito.

Ao elaborar uma análise/descrição dos usuários, busco não apenas descrever suas principais características referentes a dados sociodemográficos, como idade, local de moradia, nível de estudo, classe social, dentre outros aspectos; mas trazer e discutir características desses usuários a partir da ótica dos profissionais, como etnia, orientação sexual, locais em que encontram lazer, relações sociais e familiares, fontes de renda e outros.

Para tal propósito utilizo algumas ferramentas como às narrativas oriundas das entrevistas, as conversas informais, as observações do cotidiano, anotadas em diário de campo e recupero alguns arquivos produzidos pela equipe. Enfatizo que todas elas dizem respeito, especificamente, ao perfil dos usuários descritos pela equipe. Parto da ideia de que a condição humana se expressa na diversidade. Desse modo, a perspectiva é identificar os sentidos construídos pelos profissionais sobre quem são os usuários do CAPS.

Especificamente sobre os materiais sistematizados pela equipe, destaco a produção de dois profissionais do CAPS AD (técnico de enfermagem e assistente

social), no ano de 2015, que elaboraram uma “tabulação do perfil dos usuários” com base em todos os prontuários.

Cabe ressaltar que esses arquivos estão em formato impresso, sem uma cópia virtual e que não são do conhecimento da equipe de forma geral. Alguns até informaram saber da sua existência e onde estão arquivados, mas revelaram que “não li”. Conseqüentemente, informação essa que permanece em desuso e desconhecimento, não se constituindo em “matéria prima” de trabalho a ser processada no cotidiano assistencial, assim como todos os outros resultados produzidos pelas práticas dos profissionais. Chama a atenção, os investimentos empreendidos por alguns profissionais para a geração de informações relevantes e estratégicas, mas que não orientam a organização e os processos de cuidado da equipe, por exemplo, ordenando linhas de cuidado por segmento etário/geracional; ou mesmo sexo.

Com base na tabulação de 2015 (PIRIPIRI, 2015), existiam **262** usuários do serviço, sendo 231 homens e 31 mulheres, ou seja, as mulheres representam 11,83%, o que configura um equipamento majoritariamente masculino, dado que converge com as pesquisas internacionais e nacionais, que informam que os homens predominam entre os consumidores de álcool e outras drogas, apesar do crescimento numérico da participação feminina. A maioria dos usuários nasceu nas décadas de 1970 e 1980 (112 pessoas em cada década).

A maioria não era alfabetizada ou possuíam somente o ensino fundamental completo ou incompleto, conforme as tabelas apresentadas na íntegra nos anexos. Tal informação sinaliza para uma tendência de associação a empregos de baixa qualificação e maiores comprometimentos na inserção qualificada no mercado de trabalho.

Tais traços remetem ao predomínio no CAPS AD de determinada classe social, o que foi corroborado, por unanimidade, nas entrevistas pelos, profissionais ao afirmar que esses homens são de “baixa renda”, sinalizando que as fontes de renda advêm, sobretudo, de benefício, da aposentadoria de algum membro da família, uma vez que a maioria é desempregada. Conforme citou P 05 a “maioria aqui são desempregados, eles relatam que arrumam dinheiro capinando, fazendo serviço de pedreiro, em bicos, limpando alguma coisa”. Surgiu também a fala de P 02 que acrescentou a questão de roubos:

é bolsa família, inclusive tem deles aqui que a assistente social busca benefícios pra eles, porque **a maioria não trabalha não, eles vivem sustentados pelos pais**. E a gente escuta falar questão de roubo, agora terça feira um foi preso porque roubou uma cadeira de rodas do próprio tio e o outro tá preso por roubos maiores, envolvido com outras pessoas que se

aproveitam da situação e usam eles. E outra coisa também, **aqui dentro também tem [roubos]** (...) a gente tem que ter cuidado, **se você observar, as meninas não trazem bolsa**, eu acho que só quem traz bolsa sou eu e a assistente social, mas fica aqui dentro, ai a gente se polícia, **se for sair tranca aqui [armário], porque se deixar um grampo, um lápis, quando você chegar não tem mais, eles pegam** (P2).

Apesar do SUS e nele os CAPS serem firmados como serviços universais há uma clivagem de classe entre os usuários dos serviços, reconhecidos como majoritariamente, ou até exclusivamente reconhecidos como de “baixa renda”, ou seja, segmentos da classe trabalhadora, com baixa escolaridade (ROSA, 2015), desempregados ou inseridos no mercado informal de trabalho.

Importante ressaltar que na relação entre profissionais e usuários, apesar de ambos poderem ser configurados como frações distintas da classe trabalhadora, impera uma relação intra e, sobretudo, interclasses sociais (ROSA, 2015) no cotidiano do CAPS AD, haja vista os profissionais de nível superior serem considerados ou se identificarem simbolicamente com a classe média brasileira, ou como especifica Duarte (1988), segmentos letrados e pautados nos saberes psicológicos da sociedade.

Nesse contexto, observa-se que entre os profissionais do CAPS AD impera o sentido da imagem do usuário como o pobre, o destituído de tudo, o outro, com estatuto de outra humanidade. O estranho, o estrangeiro ameaçador. No detalhamento relacional, descrito pelo profissional supramencionado, sobressai o sentido da associação do pobre com o criminoso, com o bandido, destacado pelo “trabalho de e no risco”.

Concretamente, o risco é da visualização da pobreza econômica se expandir para as dimensões culturais, pois o olhar negativado dos consumidores de substâncias psicoativas é ressaltado, pelo risco de roubo. Nesse sentido, a associação entre classes laboriosas e classes perigosas são intensificadas, ficando as fronteiras borradas, havendo frequentemente uma criminalização ou perspectiva de policialização das ações e relações.

Tal sentido, reproduz e acompanha a construção histórica do Estado brasileiro sobre esse personagem. Como a política na área de álcool e outras drogas esteve atrelada, até a década de 2000, majoritariamente, pelos equipamentos de Segurança Pública, prevaleceu a associação entre consumidor de SPA com a infração, o crime, o que permanece, em diferentes temporalidades, haja vista a produção de sentido se

processar ao longo de uma vida, ao longo de uma história construída por processos subjetivos, interacionais e intersubjetivos (PAULILO, 1999).

Cabe frisar que esta temática e associação esteve muito presente no cotidiano, através das palavras “roubo” e “polícia”, comumente mencionadas pelos profissionais e até pelos usuários, haja vista inclusive, a tendência dos usuários de álcool se distinguirem dos consumidores de substâncias consideradas ilegais, portanto, associadas ao crime e a violência em geral, havendo maior tendência de criminalização dos consumidores de crack, sobretudo midiaticamente.

Logo, o **estigma**, ou seja, a deterioração da identidade (GOFFMAN, 1988) dos consumidores de SPA, pelos profissionais, perpassa a produção de sentido na produção das ações de cuidado. Para Oliveira (2008) a forte presença de estigmas e preconceitos dos profissionais ocorre devido a “pouca ênfase dada ao consumo das drogas durante a formação universitária básica e a influência de idéias divulgadas pela mídia (...) manutenção de representações que remetem à exclusão social pelo uso da droga atrelado a variáveis como sexo, raça/cor, geração, orientação sexual, classe social, dentre outras” (p. 54). Deste modo, podemos perceber a complexidade de fenômenos sociais que necessitam de atenção às especificidades individuais e coletivas, para além do bio/patológico.

No que se refere às falas dos entrevistados, é interessante notar que entre os motivos atribuídos aos afastamentos dos usuários do cotidiano assistencial do CAPS AD predominava entre as hipóteses, as **recaídas e a prisão**. O sentido do paradigma biomédico e jurídico militar prevalecem. De um lado, os usuários são apreendidos como doentes. De outro podem ser capturados como criminosos.

Cotidianamente, para resolver problemas internos, como brigas ou desentendimentos entre usuários ou entre eles e os profissionais, era comum a sugestão para que se chamassem policiais, inclusive os profissionais citaram que policiais militares já foram algumas vezes ao CAPS para resolver brigas e desentendimentos inclusive dos usuários com os profissionais (DIÁRIO DE CAMPO, 22/06/2017).

Nesse sentido, ficou evidenciado a dificuldade de vínculo positivo entre usuários e profissionais, pois a relação é intermediada pelo risco, pelo temor constantemente registrado. O perigo ronda os sentidos e, conseqüentemente as ações profissionais. A contenção e não a continência, ganham destaque, pois a base da relação não é o vínculo, a confiança construída.

A respeito da naturalidade dos usuários, a maioria deles é de Piripiri (conforme também pode ser visto na tabulação realizada pelos profissionais, nos anexos), mas é comum ter de outros municípios, como Pedro II, Brasileira e Domingos Mourão. O que pode ser explicado pela proximidade do CAPS AD dos outros municípios circunvizinhos e serem poucos os equipamentos destinados a esse segmento no estado todo, apenas seis. Dessa forma, apesar dos CAPS I terem a missão de também prestar assistência a esse segmento, ainda é majoritária a busca por serviços especializados. De se atribuir a um equipamento específico, o CAPS AD a atenção singular ao consumidor de SPA.

Observei no dia a dia que os usuários piripiriense do CAPS AD que são moradores de determinados territórios, situados nos bairros periféricos da cidade (Floresta, Petecas, Prado, dentre outros) são considerados de baixa renda e perigosos, com baixo investimento do poder público e tendentes à estigmatização. Várias falas dos profissionais evidenciaram as situações de pobreza e perigo que envolvem alguns bairros e também alguns usuários que moram nesses territórios.

Conforme Tabela 3, a seguir, podemos perceber que a maioria dos usuários reside no Centro⁸⁸ da cidade, seguidos dos bairros Vista Alegre, Floresta, Petecas e Zona Rural. Sobre os usuários que residem nos municípios vizinhos, a Tabela 4 discrimina quais são essas cidades.

Tabela 3 – Localização

LOCALIZAÇÃO	
Centro	50
Caixa D'água	14
Anajás	15
Petecas	28
Paciência	25
Barcerlona	03
Recreio	19
Vista Alegre	43
Estação	13
Prado	23
São João	13

⁸⁸ Durante conversa informal com o técnico que me apresentou esses dados impressos do CAPS, questionei se os usuários realmente tinham residência fixa no Centro ou se viviam em situação de rua, uma vez que, como mencionado anteriormente, é no Centro que eles mantêm suas relações sociais, principalmente no mercado público municipal, onde, muitos usuários do CAPS passam a noite. O profissional respondeu que alguns possuem residência fixa neste bairro, mas muitos realmente vivem em situação de rua.

Floresta	41
Morro da Ana	2
Campo das Palmas	1
Flor dos Campos	5
Santa Maria	11
Fonte dos Matos	6
Germano	8
Matadouro	4
Crioli	1
Itacoatiara	1
São Francisco	1
Zona Rural	36
Outros municípios	15
Não informado	40
TOTAL	418

Tabela 3 – Localização. Fonte: dados impressos do CAPS AD de Piripiri – PI

Tabela 4 – Outros municípios

OUTROS MUNICÍPIOS	
Brasileira	8
Boa Hora	1
Teresina	1
São João da Fronteira	2
Domingos Mourão	1
Capitão de Campos	1
Pedro II	1
TOTAL	15

Tabela 4 – Outros municípios. Fonte: dados impressos do CAPS AD de Piripiri – PI

Diante desse fato, questionei sobre os locais da cidade que os usuários frequentam e que encontram lazer, e as respostas se limitaram aos espaços que envolvem o consumo das substâncias psicoativas, como o mercado central, inferninho, mercado da rua de cima e praça em frente ao estádio.

As respostas a seguir servem como exemplificação das possibilidades que eles encontram, ressaltando que as falas destacam a carência de locais para lazer em Piripiri e que muitas vezes está associado ao “beber/consumir”, “banhar”, comer “gastar dinheiro” e à dificuldade financeira dos usuários, neste sentido:

os bares, principalmente **esses bares de ponta de rua, as praças, mercado, tanto o mercado** central como aquele outro é *point* deles, às vezes por lá eles consomem, acabam caindo pelo chão e lá dormem. Tem o caldeirão também, rio dos matos, **todo local que tem banho** (P2).

lazer eles não têm, Piripiri é uma cidade pobre de lazer, entretenimento, ou você sai pra comer um churrasco, ou você sai pra beber, ou você sai pra tomar um banho no Caldeirão **e tudo demanda dinheiro** e nossos usuários, em sua maioria, **não tem esses recursos financeiros** disponíveis (P3).

um dos grandes problemas deles é o lazer, **porque o lazer tá sempre relacionado ao uso e se está em abstinência qual é o lazer?** É aquele **lazer bem passivo, ficar em casa, assistir TV, assistir filme, ou ir na casa de um vizinho.** São poucos os que jogam bola, que fazem alguma outra coisa, que vão à igreja (P5).

Vê-se também, nesses fragmentos de falas, que, de acordo com os sentidos construídos pelos profissionais, **o lazer está muito associado ao consumo e a ser consumido (pelas substâncias ou pela sociedade de mercado)** e que as pessoas que buscam a abstinência se encontram “sem opções” ou se limitam a um “lazer bem “passivo”, aquele que fomenta o sedentarismo, a inatividade física, a ser consumidor passivo, diante da tela da TV, por exemplo.

Nessa condição, a **mercantilização da vida** é intensa na leitura de mundo dos profissionais. Mas, é importante ressaltar que os profissionais do CAPS diagnosticam a questão, mas não tem nenhuma ação propositiva, desmercadorizante, para mudar o panorama, nem mesmo a partir das ações do CAPS, que poderiam se articular com a cultura, o lazer e o esporte, de forma intersetorial. Sem perspectiva de reinventar a vida, a reprodução do *status quo*, impera inalterada.

Em uma das atividades grupais que participei no CAPS (realizada por uma profissional não entrevistada) a temática em pauta era a forma como eles utilizavam os horários vagos, “o tempo livre”. A maioria deles relatou que não frequentam nenhum local, para evitar o consumo e, conseqüentemente, ser consumido. Uma questão importante, na sociedade atual, tomada pelo capital, é possível viver sem a mediação do consumo, da mercadoria? Como usar a si mesmo e o tempo livre, sem ser capturado pela mercadoria?

Alguns usuários informaram que os **espaços de circulação se limitam a casa e ao CAPS**, ou seja, uma vida ou cotidiano manicomializado, sem alternativa de reinvenção da existência. Outros disseram que **o lazer é os bares perto de onde moram.** Vale destacar que eles também ressaltaram que o bar não é apenas o espaço da bebida, “cachaça” é também esfera de sociabilidade, onde encontram os amigos. Três acrescentaram que vão à escola no turno noturno e alguns relataram que praticam

esportes nos finais de semana. Houve poucos relatos também de frequentarem as igrejas mais próximas (DIÁRIO DE CAMPO, 22/06/2017).

Podemos destacar, a partir das narrativas e dos diários de campo, que o ponto de passeio/turístico mais conhecido de Piripiri é o Caldeirão e fica localizado distante da sede, sendo necessário transporte particular, uma vez que a cidade não conta com transporte coletivo.

Cabe ressaltar que houve uma dubiedade de sentidos em relação às opções de lazer na cidade. Por um lado, despontou o argumento de que o município possui poucos locais de lazer. Por outro é destacado que existem **locais de atividades gratuitas**, muitas praças, quadras, avenidas estruturadas para a prática de esportes, academias na praça, dentre outros. Simultaneamente, há associação entre lazer e consumo de substâncias psicoativas, o que se torna um impedimento para os usuários do serviço, haja vista o sentido da abstinência prevalecer.

O sentido imperante é do abster se do consumo, de “recair”. E também do viver, do reinventar a vida e o próprio lazer. Parece não haver saída. Usuários e profissionais parecem igualar-se na impotência. Os fatos parecem se impor como fatalidade e não como desafios. A condição humana de construtores da realidade, parece ter se exaurido. E não houve citação de ações das equipes da saúde da família em prol de ações de promoção da saúde.

Neste sentido fica o questionamento: a cidade tem poucos locais de lazer ou esses locais não estão sendo utilizados? Há um (re) conhecimento desses recursos públicos? Em que medida a equipe do CAPS potencializa o uso e a direção desses espaços em prol de seus usuários? Essas, dentre outras questões devem ser refletidas ao se discutir sobre saúde mental e práticas de cuidado.

Neste contexto, considero relevante discutir questões que dizem respeito aos aspectos **interseccionais** referentes à etnia, sexualidade, idade e suas (inter) relações, de acordo com o olhar/sentidos dos profissionais e referente também ao consumo de substâncias psicoativas.

No que tange à **etnia** dos usuários do CAPS AD, todos os entrevistados afirmaram que **são pardos e negros**, fato esse que nos faz refletir a respeito desta interseccionalidade, uma vez que a cor da pele, na realidade/história brasileira submetida a quatro (04) séculos de escravismo criminoso, cujo fim não redundou em nenhuma política de inserção da população ex-escrava no mercado de trabalho, o que acarretou no crescente índice de desemprego, precarização das relações de trabalho e

um acelerado e prejudicial processo de urbanização, produziu danos de toda ordem a esse segmento. Nessa dimensão, associada à classe social, a pobreza tem cor no Brasil, e é negra, ou não branca, refletindo as desigualdades estruturais do País.

Esse contexto resultou e ainda resulta em dados muitas vezes negativos que podem ser confirmados com as seguintes estatísticas, em que a população negra corresponde a 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre, mesmo representando somente 45% da população brasileira. Já os brancos são 54% da população total, mas somente 35% dos pobres e 30% dos extremamente pobres (BRASIL, 2013).

O resultado para os negros é a menor expectativa de vida, maiores taxas de mortalidade, maior probabilidade de agravos à saúde e morte por doenças evitáveis. A população negra adoece e morre de problemas oriundos das condições precárias de moradia e de vida, como a desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, altos índices de doenças do trabalho, transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo e derivados do abuso de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. No que se refere aos óbitos por causas externas, o risco de uma pessoa negra morrer por esta causa é 56% maior que o de uma pessoa branca; no caso de um homem negro, o risco é 70% maior que o de um homem branco. De forma geral, o risco de morte por homicídios foi maior nas populações negra e parda, independentemente do sexo (BRASIL, 2014).

Apesar dessa identificação da população usuária do CAPS ser majoritariamente parda ou negra, observou-se o distanciamento da política de saúde mental, álcool e outras drogas com a política de saúde para essa população, sem que se vislumbre a possibilidade e potencialidade de ações do CAPS com movimentos sociais que atuam na dimensão étnico racial, como os povos indígenas, inclusive, haja vista em Piripiri ter aldeia.

Sobre o recorte etário, geracional, quando questionados sobre as idades dos usuários, os profissionais responderam que, em sua maioria, iniciam com 20 anos e tem como idade máxima aproximadamente 70 anos. A P05 foi conclusiva ao considerar que “eu acho que em média 40, 45, porque a **gente tem gente muito adolescente**, mas **tem muito mais velho**”. Com essas palavras, ela ressalta que existem muitos jovens que procuram o serviço, mas que a maioria ainda é pessoas “com mais idade”, tal qual descreveram os demais profissionais. Apesar dessa diversidade etária, como dito, não foi observado linhas de cuidado específico para segmentos e diferentes faixas de idade,

nem a interlocução com a Política Nacional do Idoso⁸⁹ ou da Juventude⁹⁰. Ações que fomentem encontros e trocas intergeracionais também não foram investidas.

A fala que mais me impactou foi do Profissional 03, que projeta que **tem usuários de “todas as idades, a gente não aceita jovens** porque jovens são mais susceptíveis em colocar um adolescente com gente grande, **porque o grande vem persuadir a fazer o que eles querem**. Ai a gente já evita, **aqui já devia ter CAPS i** em Piripiri, a demanda tá muito grande. Mas a idade é dos **20 aos 60 anos, 70 anos**”. Em seu discurso, profissional 03 ressalta estes homens jovens associados a aspectos negativos.

Ou seja, o profissional projeta a relação intergeracional de maneira negativa, havendo a perspectiva dos mais velhos influenciar negativamente os mais jovens, sem que haja investimentos para alterar essa realidade, potencializando experiências e trocas que poderiam fomentar outra relação.

Outro detalhe importante relacionado à faixa etária remete a uma fala muito presente em que os homens mais velhos são em sua maioria usuários de álcool e por esse motivo são mais participativos e colaborativos e que os mais jovens consomem mais o crack e são mais difíceis de lidar, que atrapalham o andamento dos grupos, são mais “acomodados” e que poucos querem “a cura”, como pode ser visto na seguinte fala:

⁸⁹ Apesar da inserção sobre as questões do envelhecimento na Constituição Federal de 1988, somente em 1994 foi instituída a **Política Nacional do Idoso** (Lei n. 8842/1994) e Estatuto do Idoso (Lei n. 10741/2003). A política objetiva assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A garantia do acesso da pessoa idosa aos seus direitos assegurados perante lei é expressão da sua cidadania e deve ser viabilizado tanto pela esfera governamental, quanto pela sociedade civil.

Fonte: BRASIL. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>.

⁹⁰ A **Política Nacional de Juventude (PNJ)** considera jovem todo cidadão/cidadã da faixa etária entre os 15 e os 29 anos (15 a 17 anos: jovens - adolescentes; 18 a 24 anos: jovens - jovens; 25 a 29 anos: jovens – adultos). O Governo Federal passou a considerar a juventude como uma condição social, e os jovens, como sujeitos de direitos norteada por duas noções fundamentais: oportunidades e direitos. Existe um conjunto de programas e ações da **Secretaria Nacional de Juventude (SNJ)**:

- Plano de Prevenção à Violência contra a Juventude Negra (Juventude Viva): prevenir a violência e combater sua banalização por meio de políticas de inclusão e ampliação de oportunidades;
- Programa Estação Juventude: promover a inclusão e emancipação dos jovens, com a ampliação do acesso às políticas públicas por meio de equipamentos públicos;
- Participatório: espaço de produção do conhecimento e divulgação de conteúdos, focado nos temas ligados às políticas de juventude;
- Programa Juventude Rural: inclusão produtiva, formação cidadã e capacitação para geração de renda.

Fonte: BRASIL. Guia de políticas públicas de juventude. Brasília: Secretaria - Geral da Presidência da República, 2006. Disponível em: <<http://bibjuventude.ibict.br/jspui/bitstream/192/117/1/guiajuventude1.pdf>>.

Esse ano e ano passado a gente **está tendo mais problemas em relação aos jovens, os jovens são mais acomodados, não querem saber de fazer as atividades**, estou tendo essa dificuldade, como as minhas colegas também, inclusive sexta feira eu já falei sobre isso, porque eu tive dificuldades e eles começaram com conversinha, e eu tinha que falar, parece coisa de escola eu ter que falar, **vamos prestar atenção, tá na hora do grupo**. E elas também estão tendo essa dificuldade na hora do grupo por conta das conversinhas deles. Ai a gente tem que chamar atenção, eu falo “Posso continuar o meu grupo?”. Mas é como eu estou te falando, **esse problema é mais com os jovens, as pessoas mais antigas, mais velhas a relação sempre foi muito boa, sempre foram participativos**, já esses até a questão de falar, de se expressar não é como as pessoas mais antigas (P 01).

Há duplo sentido que associa, de um lado jovens, embora o conceito empregado no plural, mas, orientado por um comportamento visto como homogêneo de rebeldia, por resistir às determinações dos profissionais. De outro lado, associado ao consumo de substâncias ilícitas, conseqüentemente à ilegalidade, ao crime. Tais confluências são sobreinvestidas a partir dos anos 1960, com o movimento de contracultura, mas, portanto, tem relação com o tempo longo.

Para fazer face às resistências, a **relação de poder** se impõe, pela disciplina, pois as ações grupais são baseadas em palestras, onde quem detém o saber competente é o profissional, que não questiona acerca da atratividade das ações propostas para os jovens, vistos como “acomodados”. Impõe-se uma relação unilateral, de poder, ignorando-se a ativação do protagonismo dos jovens, tal como postula o próprio estatuto da juventude.

Para Bento (2015), “o poder se constrói relacionalmente. Ele não é algo que paira sobre a cabeça dos indivíduos, mas deve ser apreendido como constelações dispersas de **relações desiguais**, discursivamente construídas em campos sociais de força que se movimenta a partir das correlações de força interna” (p. 139). Deste modo, as relações de poder e de saber – poder interferem e são diretamente afetadas pelos sentidos de gênero. A mesma autora complementa que:

Nos estudos das relações de gênero, a genealogia dos saberes e dos poderes têm possibilitado análises que privilegiam a diferença, o fragmento. Os blocos monolíticos, homem/mulher, são quebrados. Emerge uma gama de possibilidades de análise por meio do cruzamento de múltiplas variáveis, como raça/etnia, classe social, marcas de distinção, geração (p. 140).

Nesse sentido, observa-se o despreparo para o manejo dos “adolescentes e jovens”, por parte dos profissionais, que percebem as diferenças de comportamento, mas não vêem a necessidade de outra inserção e linha de cuidado específico com este

outro público, que trazem dimensões singulares para o cuidado, inclusive desafiando o *status quo*, ao parecerem mais “acomodados”, afinal, querem ser desafiados, com ações mais atrativas e mobilizadoras. Assim a equipe parece querer um usuário ideal, que não desafie seus referenciais e o processo instituído.

Quando questionados sobre a **orientação sexual** dos usuários, todos os entrevistados mencionaram que eles são, em sua **maioria, heterossexuais**, ou nas palavras da profissional 02, trata-se de uma orientação

normal mesmo, como é que diz, é **hetero**. Mas a gente tem o outro também, ele tá até faltando agora, **além dele ser do jeito que ele é, gay**, como se diz, ele tem outros problemas, ele tem dislexia e tem problema de retardo, altamente na dele, ele é tão calmo, **sempre participa**, se ele tiver aqui ele **sempre participa, ele gosta, tudo que eu digo pra ele, ele faz**, mas ele não sabe ler. Mas ele é na dele, não mexe com ninguém. Assim que eu entrei aqui, **eu tava dando meu grupo** e um disse “**professora**, essa coca parece que é fanta”, porque não tem como negar, tem um jeitinho, aí eu deixei passar, continuei a aula. Aí o outro lá disse “professora, essa coca parece que é fanta”, aí quando deu na terceira vez eu disse assim “olha gente, se essa coca aqui é fanta, é guaraná, seja lá o que for, você não tem nada a ver com isso, até porque você está aqui é pra respeitar. Eu tenho que respeitar vocês, vocês tem que me respeitar e vocês tem que respeitar uns aos outros”. Aí eu disse, aproveitei o gancho e disse logo umas verdades, aí nunca mais você acredita? Nunca mais falaram dele (P 02).

Se o “normal” é ser “hetero”, a diversidade da condição humana é rechaçada ou desqualificada. Outras formas de ser tendem a ser inferiorizadas, e até associadas a outras identidades estigmatizadas, como ser gay, dislexo e com retardo. Há uma naturalização das condições e modos de ser. A qualidade do diferente está em ser comportado, em reforçar o poder dominante, ao apreciar e aceitar “tudo” o que o profissional determina. Até a identidade do profissional é metamorfoseada a “professora”, em uma clara alusão à educação bancária, como afirma Paulo Freire, no livro da Pedagogia do Oprimido (2011) em um claro reforço à relação hierarquizada.

Contraditoriamente, como relatado acima, frente a uma primeira ação preconceituosa, a profissional se cala. Apenas na terceira vez intervém, destacando a importância do respeito. Desse modo, observa-se uma possibilidade de ruptura, no tempo vivido, com o tempo longo, que impõe ações preconceituosas, marcadas pelo sentido dominante, heteronormativo.

As dificuldades no manejo de ações grupais com existência de um membro não heteronormativo é frequente, se reproduz também com a profissional 04:

a gente tem pouco dos outros casos e a gente tem que tratar com naturalidade, apesar de que eu já enfrentei uma atividade em grupo em que eles estavam jogando piadas e eu tive até que entrar nessa área, “olha, **você tem que**

respeitar a pessoa, ele é um ser humano. Por que você vai humilhar?”, **tive que mostrar pra ele que era um problema que vinha da concepção, que não era ele quem queria isso**, porque é difícil de entender, não é fácil eles entenderem isso não, nós somos capazes, mas pra eles (P 04).

No entanto, temos que destacar a colocação do profissional ao dizer que se trata de “um problema que vinha da concepção, que não era ele quem queria isso”. A partir dessa frase, refletimos sobre como esses profissionais conferem sentido a homoafetividade como um *problema*. Acrescentando que para os outros usuários é difícil de entender, “porque é difícil de entender, não é fácil eles entenderem isso não, nós somos capazes, mas pra eles”. E parece haver pouco diálogo dos profissionais com a política para o segmento LGBTTT, mas sinaliza-se para o respeito à diversidade humana, o que sinaliza para ruptura com a tendência dominante.

Bento (2015) também traz significativas colaborações para essa discussão, para ela

dentro da cultura dominante, a masculinidade que define o homem branco, de classe média, de meia-idade, heterossexual, é a masculinidade que estabelece os padrões para os outros homens, constrói a imagem de masculinidade dos homens que detêm o poder (...) torna-se sinônimo de força, sucesso, capacidade, confiança, **domínio e controle** (p. 89).

Dentro dessa perspectiva de discussão de gênero questioneei ainda sobre quais **diferenças eles percebem entre homens e mulheres** diante do consumo de SPA e três (P1, P3 e P6) profissionais relataram as disparidades do perfil tradicional de ser homem e ser mulheres em nossa sociedade, em que os **homens assumem essa postura mais agressiva e as mulheres são mais dóceis**, em suas palavras foi dito que “os homens são mais agressivos, são mais zangados, irritados, querem tudo do jeito deles. As mulheres (...) são mais sossegadas, mais calmas, mais tranquilas” (P 01) e a fala de P 03 que afirma que “a usuária de drogas é mais receptiva, ela aceita com mais facilidade as normatizações, **imposições**, conselhos, tratamento. E o homem é um bicho bruto mesmo, literalmente”.

Pudemos notar o sentido unitário de ser homem e mulher, associados a um sentido universal e ahistorico de ser e agir, associados ao modo tradicional imposto pela ideologia dominante. Logo, há associação da mulher com a docilidade dos corpos humanos e com o perfil tradicional da mulher. Saffioti (1987) defende que:

A sociedade não está dividida entre homens dominadores de um lado e mulheres subordinadas de outro. Há homens que dominam outros homens,

mulheres que dominam outras mulheres e mulheres que dominam homens. Isso equivale a dizer que o **patriarcado**, sistema de relações sociais, que garante a subordinação da mulher ao homem, não constitui o único princípio estruturador da sociedade brasileira (p. 16)

Perante as falas e sentidos dos profissionais, para eles, é mais fácil “conseguir essa imposição” de tratamento, principalmente no que envolve o consumo de SPA, pois trata de mais um tema em que os profissionais buscam essa passividade, inclusive diante dos objetivos do cuidado e de como são vistos, socialmente, o usuário e a usuária de álcool e outras drogas.

Neste sentido, P6 relata a **especificidade de ter filhos**, que traz condições diferenciadas para as mulheres e da facilidade de acesso para os homens, P4 acrescenta o peso das críticas que as mulheres sofrem ao manter esse consumo, em suas falas foi expresso que:

A mulher é mais sensível, elas se preocupam mais, **sofrem mais**, têm muitas que perderam a **guarda dos filhos**, então muitas vez **na esperança de fazer o tratamento e recuperar os filhos, então elas se mostram mais sensíveis**, a mulher é mais voltada pra questão da sensibilidade, de perder os filhos. O **homem** (...) é como se fosse normal, é tão forte na cultura o **poder tudo**, muito cedo começa a beber, a fazer uso de drogas e é como se fosse normal (P 06).

O homem tem mais facilidade de ir de bar em bar e ele, pela própria sociedade, **não é tão criticado como a mulher** e se a mulher tiver lá com eles no bar também é vista como a bêbada, a embriagada, é essa, é aquela, principalmente eles que são de um **nível lá em baixo**, nós trabalhamos com essa categoria, eu vejo essa diferença aí. E **em casa também ela é mais discriminada do que o homem**, porque ela vai ser mais criticada pela família, vai ser mais humilhada por ser mulher que está embriagada, tem também o lado da **prostituição** (P 04).

Há, portanto, a apreensão do sentido distinto das repercussões do consumo prejudicial de álcool e outras drogas e do estigma com peso diferenciado para mulheres e homens, havendo impactos mais negativos para a vida do segmento feminino, sobretudo quando há filhos, pelo risco de perda do poder familiar. O consumo prejudicial de álcool e outras drogas é científica e socialmente condenado na gestação e, sobretudo, para as mães, que, nesse contexto, são consideradas mães más, por não secundarizarem (nem conseguirem secundarizar) suas necessidades em prol dos filhos. Tem sido comum a desqualificação das mulheres nessas circunstâncias, pelo imaginário social.

Mas, observa-se possibilidade de ruptura com esse sentido hegemônico, através do reconhecimento do primeiro profissional de que as mulheres que são mães, “sofrem mais”, com o risco da perda da “guarda dos filhos”. “São mais sensíveis” e se esforçam em aderir ao tratamento na intenção de manter ou “recuperar os filhos”, a guarda deles. A maternagem parece ser valorizada quando há esse “sacrifício” ou intencionalidade. No entanto, observou-se ações meramente orientadas pela abstinência, sem outras ações na perspectiva de oferecer uma escuta ou construir discussões ou construir ações, linhas de cuidado específicas para essa condição.

Com essas análises, principalmente nesta categoria referente às características dos usuários do CAPS AD, tivemos resultados semelhantes ao estudo⁹¹ de Oliveira (2008), que constatou que

A imagem de homem, jovem, negro, com baixa escolaridade é acrescida a alguns outros atributos que caracteriza o homem usuário de drogas como uma má influência para pessoas próximas, praticantes de atos violentos que os qualifica como marginal. Essas características estão associadas à concepção de que a droga produz violência (...) tais imagens reproduzem desigualdades com base em construções socioculturais que estabelecem relações de poder (p. 136).

O estigma, a desqualificação social também é reconhecida ao acompanhar a figura feminina que consome SPA em ambientes públicos ou até mesmo no espaço doméstico, sendo a mulher depreciada inclusive pelo homem. Se o consumo tiver associado à prática da prostituição, muitas vezes adotada para conseguir dinheiro para comprar SPA ou até mesmo em troca dela, o peso da desqualificação da mulher é dobrado. Apesar desse reconhecimento, não se observou espaços distintos para homens e mulheres no dia a dia assistencial.

4. ATRAVESSAMENTOS E TRANSVERSALIDADES ENTRE GÊNERO, MASCULINIDADES E CUIDADO

Dentre os vários questionamentos e contatos desenvolvidos com a equipe, particularmente com os profissionais de nível superior, um dos momentos que

⁹¹ Tese de doutorado realizada no Estado da Bahia (2008).

considerarei mais importantes e produtivos foi aquele que tiveram por eixo os sentidos construídos em relação aos homens atendidos pelo CAPS AD, haja vista constituir o segmento representado majoritariamente no equipamento, bem como configurar o foco principal da pesquisa.

Dois componentes principais balizaram a produção de sentido em relação às masculinidades, pelos profissionais de nível superior. De um lado a **associação negativa** do homem em contexto de consumo nocivo de substâncias psicoativas ao perigo, ao risco, relacionado ao sentido da masculinidade hegemônica, do homem agressivo, viril, invulnerável. Uma variante dessa perspectiva, e que na perspectiva da área da saúde atravessa o modelo jurídico moral e biomédico, o relaciona à doença ou ao “erro” “desvio”. No modelo jurídico moral o destaque volta-se para o roubo, o crime/criminalização. Do sentido biomédico, ganha realce a fragilidade, com ênfase para os sintomas, sobretudo de abstinência e recaída.

Em outra direção, embora minoritário e parcamente visível, despontam os componentes que pautaram a produção de sentido que remetem à **possibilidade de ruptura com a perspectiva dominante**, hegemônica, destacando aspectos psicossociais e socioculturais. Deste modo fica o questionamento, onde pode haver (ou onde há) ruptura com as masculinidades hegemônicas?

Acerca do primeiro componente/possibilidade, cabe ressaltar que todos os profissionais associam os homens usuários do CAPS AD a aspectos negativos, em que no sentido construído pelos profissionais são destacados comportamentos como irritados, relutantes, impacientes, dentre outros, como pode ser exemplificado na falas de profissional 03 “Todos eles a **personalidade é muito forte, muito relutante**, é muito complicado a gente tentar **reverter**” e profissional 05 “devido à **impaciência eles se exaltam, falam alto**, às vezes discutem. Ressaltando que tais dimensões são associadas ao modo de ser masculino, remetendo à masculinidade hegemônica.

Nesse sentido, a periculosidade é destacada na interatividade, o que leva o profissional a relacionar as suas relações de trabalho à dimensão do risco iminente. O usuário é o outro, o estrangeiro, o que ameaça, inclusive a integridade do profissional. Mas, na narrativa dos profissionais, fica explicitado os processos de resistência dos usuários a processos disciplinares, hierarquizados, que tem a intencionalidade de “tentar “reverter”, o que pode ser traduzido como “converter” o usuário a um processo do qual ele mesmo não quer ou não pode percorrer.

A perspectiva da periculosidade acompanhou historicamente os usuários da saúde mental, a partir da apropriação médica e jurídica da loucura, associada a partir da idade moderna à incapacidade, sobretudo de discernimento e também para o trabalho. Ao mesmo tempo, associa-se à figura do louco o perigo, ao risco, à ameaça interativa, o que forjou o modelo baseado no “isolamento terapêutico”, do modelo manicomial. Em nome da proteção da sociedade, houve uma homogeneização desse segmento e sua exclusão do convívio social. Nesse sentido, o desafio da reforma psiquiátrica é desconstruir esse imaginário, mas, como afirma Perussi (1995) os próprios profissionais de nível superior não estão imunes ao cotidiano, que é atravessado pelo preconceito.

Nesse sentido, podem reforçar construções pautadas no senso comum que ratifica essa visão dominante, calcada na periculosidade, que, até a própria ciência e o meio jurídico reforçou. Nesse contexto, tende haver alargamento dos preconceitos associados aos usuários do serviço, haja vista que o Sistema Único de Saúde no País, apesar da universalidade da política de saúde, com a Constituição de 1988, tem seu usuário majoritariamente oriundo de determinada classe social, os segmentos da classe trabalhadora, considerados o lumpemproletariado⁹², aquele segmento menos qualificado, mais à margem do processo de trabalho capitalista formal, circunscrito à condição de pobre e pobreza.

Outra variante da produção de sentido, ainda relacionada à periculosidade, está contida na identificação da origem social, de classe social dos usuários do CAPS AD. Tais traços remetem ao predomínio no CAPS AD de determinada **classe social, o que foi corroborado, por unanimidade, nas entrevistas pelos, profissionais ao afirmar que** esses homens são de “**baixa renda**”, sinalizando que as fontes de renda advém, sobretudo, de benefício, da aposentadoria de algum membro da família, uma vez que a **maioria é desempregado.**

Conforme citou P 05 a “maioria aqui são desempregados, eles relatam que arrumam dinheiro capinando, fazendo serviço de pedreiro, em bicos, limpando alguma coisa”. Surgiu também a fala de **P 02 que acrescentou a questão de roubos:**

⁹²De acordo com Linden (2016), lumpemproletariado, conceito de Marx, significa uma massa de indivíduos considerados vagabundos, ladrões, mendigos, prostitutas, “classe perigosa”, escória social, dentre outras características. No entanto, o principal significado da expressão não está na referência a qualquer grupo social, mas no fato de que, em condições extremas de crise e de desintegração social em uma sociedade capitalista, um grande número de pessoas pode separar-se de sua classe e vir a formar essa massa “desgovernada”, vulnerável às ideologias e aos movimentos reacionários.

Fonte: LINDEN, M. van der. O conceito marxiano de proletariado: uma crítica. **Sociol. Antropol.**, v.06, n. 01, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sant/v6n1/2236-7527-sant-06-01-0087.pdf>>.

é **bolsa família**, inclusive tem deles aqui que a assistente social busca benefícios pra eles, porque **a maioria não trabalha não, eles vivem sustentados pelos pais**. E a gente escuta falar questão de roubo, agora terça feira um foi preso porque roubou uma cadeira de rodas do próprio tio e o outro tá preso por roubos maiores, envolvido com outras pessoas que se aproveitam da situação e usam eles. E outra coisa também, **aqui dentro também tem [roubos]** (...) a gente tem que ter cuidado, **se você observar, as meninas não trazem bolsa**, eu acho que só quem traz bolsa sou eu e a assistente social, mas fica aqui dentro. Ai a gente se polícia, **se for sair tranca aqui [armário], porque se deixar um grampo, um lápis, quando você chegar não tem mais, eles pegam** (P2).

Apesar do SUS e nele os CAPS serem firmados como serviços universais há uma clivagem de classe entre os usuários dos serviços, reconhecidos como majoritariamente, ou até exclusivamente reconhecidos como de “baixa renda”, ou seja, segmentos da classe trabalhadora, com baixa escolaridade (ROSA, 2015), desempregados ou inseridos no mercado informal de trabalho.

Importante ressaltar que na relação entre profissionais e usuários, apesar de ambos poderem ser configurados como frações distintas da classe trabalhadora, impera uma relação intra e, sobretudo, interclasses sociais (ROSA, 2015) no cotidiano do CAPS AD, haja vista os profissionais de nível superior serem considerados ou se identificarem simbolicamente com a classe média brasileira, ou como especifica segmentos letrados e pautados nos saberes psicológicos da sociedade.

Nesse contexto, observa-se que entre os profissionais do CAPS AD impera o sentido da imagem do usuário como o pobre, o destituído de tudo, o outro, com estatuto de outra humanidade. O estranho, o estrangeiro ameaçador, o potencial criminoso, ladrão. No detalhamento relacional, descrito pelo profissional supramencionado, sobressai o sentido da associação do pobre com o criminoso, com o bandido, destacado pelo “trabalho de e no risco”.

Concretamente, o risco é da visualização da pobreza econômica se expandir para as dimensões culturais, pois o **olhar negativado dos consumidores de substâncias psicoativas é ressaltado, pelo risco de roubo**. Nesse sentido, a associação entre classes laboriosas e classes perigosas são intensificadas, ficando as fronteiras borradas, **havendo frequentemente uma criminalização ou perspectiva de policialização das ações e relações**.

Tal sentido reproduz e acompanha a construção histórica do Estado brasileiro sobre esse personagem. Como a política na área de álcool e outras drogas esteve atrelada, até a década de 2000, majoritariamente, pelos equipamentos de Segurança

Pública, prevaleceu a associação entre consumidor de SPA com a infração, o crime, o que permanece, em diferentes temporalidades, haja vista a produção de sentido se processar ao longo de uma vida, ao longo de uma história construída por processos subjetivos, interacionais e intersubjetivos (PAULILO, 1999).

Cabe frisar que esta temática e associação estiveram muito presentes no cotidiano, através das palavras **“roubo” e “polícia”, comumente mencionadas pelos profissionais e até pelos usuários**, haja vista inclusive, a tendência dos usuários de álcool se distinguirem dos consumidores de substâncias consideradas ilegais, portanto, associadas ao crime e a violência em geral, havendo maior tendência de criminalização dos consumidores de crack, sobretudo midiaticamente.

Logo, o estigma, ou seja, a deterioração da identidade dos consumidores de SPA, pelos profissionais, perpassa a produção de sentido na produção das ações de cuidado (GOFFMAN, 1988). Interessante que entre os motivos atribuídos aos afastamentos dos usuários do cotidiano assistencial do CAPS AD predominava entre as hipóteses, as recaídas e a prisão. O sentido dos paradigmas biomédico e jurídico-militar prevalecem e comumente caminham juntos. De um lado, os usuários são apreendidos como doentes. De outro podem ser capturados como criminosos.

Cotidianamente, para resolver problemas internos, como brigas ou desentendimentos entre usuários ou entre eles e os profissionais, era comum a sugestão para que se chamassem policiais (DIÁRIO DE CAMPO, 22/06/2017). Nesse sentido, ficou evidenciado a dificuldade de vínculo positivo entre usuários e profissionais, pois a relação é intermediada pelo risco, pelo temor constantemente registrado, o perigo ronda os sentidos e, conseqüentemente as ações profissionais. A contenção, e não a continência, ganha destaque, pois a base da relação não é o vínculo e nem a confiança construída.

Outra variante da perspectiva de risco e periculosidade, mas com outro significado, associa a masculinidade à doença, o que remete ao paradigma biomédico, com o sentido associado aos sintomas, sobretudo a abstinência. Nesse contexto, a imagem do homem é vinculada à doença e ao ser doente. Como esclarece Paulilo (1999) há uma “hierarquia de riscos (que) aparece nas relações de gênero” (p. 215), em que o crime figura no topo, e a doença, mais abaixo. Conseqüentemente, alguns comportamentos manifestos no cotidiano assistencial, são traduzidos como sintomas da abstinência ou da recaída, como destaca o Profissional abaixo (03), tais como a

impaciência, a ansiedade, “vamos ter calma minha gente, vocês estão assim por conta da **abstinência, é crise de abstinência**. Vocês sabem que esses **são os sintomas**”.

Nesse enquadre, só cabem “sintomas”, tudo é traduzido como expressão da enfermidade. Logo, o homem enfermo é associado à fragilidade, com outro vetor, diferente da perspectiva do crime, que no geral está associado à força, ao confronto. Nesse enquadre, destacam-se as dificuldades dos homens manterem a abstinência, por serem “**fracos**” **diante das drogas, por recaíram no consumo e por negligenciarem o autocuidado**, como pode ser visto nos seguintes posicionamentos:

Eu lembro com **tristeza**. Sabe por quê? Eu noto que **eles não se ajudam**, mesmo a gente pedindo pra eles aproveitarem o serviço daqui. Na grande realidade eu acho que **eles vêm pra cá pra comer, pra brincar, porque aqui tem sinuca, tem dominó e outros pra ficar deitados dormindo**. Eles não vem assim “eu vou pra lá, que é uma grande oportunidade pra minha vida, e única, pra mim sair dessa vida, porque isso daqui não é vida pra mim, vou agarrar com unhas e dentes”. E eu não vejo isso, **eles não almejam uma expectativa de vida**, pra lá na frente uma coisa melhor pra eles, né? Até agora eu ainda não vi, mas pode ser que mude, né? E uma coisa que eu não paro é de incentivar, mesmo eu notando isso daí eu não paro de falar, uma hora muda, né? (P 02).

Eles são muito fragilizados, eles são pessoas fracas, são pessoas com capacidade de recaída muito grande, são pessoas fragilizadas pra ter recaídas por qualquer problema, eu vejo como pessoas diferenciadas, porque **emocionalmente elas não são fortalecidas, não são pessoas fortes**, capazes de dizer “eu briguei com minha mulher, ela jogou essa piada”, são pessoas que **bastam só um pequeno motivo que seja já é um motivo pra ele beber**, pra ele voltar a usar drogas, ser influenciado a voltar pro mundo das drogas (P 04).

A fragilidade então é associada à demanda de cuidados de terceiros, haja vista a frequência ao CAPS ser associada à comer, brincar ou dormir. Também está correlacionada à ausência de projetos de vida, expresso na frase “eles não almejam uma expectativa de vida”, ou a perda de “oportunidade” expressa na existência do CAPS AD. Os homens são assim associados à infantilização, pois “com capacidade recaída” restando aos profissionais serem salvadores, cuidadores, que atuam solitariamente, sendo os únicos protagonistas do processo de produção de cuidado.

Para Oliveira (2008),

Da mesma forma que o consumo de uma substância psicoativa tem motivação/significação distinta para a pessoa que dela faz uso, decerto não há uma explicação única para a maneira como os profissionais que atuam nos serviços de saúde abordam e/ou enfrentam o consumo de álcool e outras drogas (...) a constituição do *habitus* de cuidado é realizada pela prática clínica (p. 51- 52).

Nesse sentido, a “**doença**” não é apreendida como uma construção social, mas, como algo dado e imutável. Neste sentido, dois importantes conceitos nos servem de base para tal discussão, o primeiro de Paulilo (1999) embasa sobre este processo para além do campo biológico e o segundo, Oliveira (2008), releva as duas principais vertentes para tal compreensão:

as enfermidade embora se encontrem, por excelência, no âmbito das ciências médicas, não se constituem somente de um conjunto de sintomas, mas comportam significados que podem modificar e ameaçar nossa vida individual ou coletiva, o que faz dela um fenômeno que se situa para além do processo biológico. Assim consideradas, as enfermidades exigem sempre uma interpretação que ultrapasse o corpo individual e que transcenda sua etiologia específica. Observa-se a necessidade de o homem produzir respostas e sentidos, de atribuir causas concebidas em termos não orgânicos, independentemente de a medicina oferecer ou não uma explicação cientificamente comprovada. Através das nossas concepções de doença, nós na verdade, expressamos nossa concepção de sociedade e nossa relação com ela; a doença é o significativo cujo significado é extraído da relação do indivíduo com seu meio social. É esta relação que o indivíduo manifesta quando exprime sua visão do mal biológico (PAULILO, p. 35, 1999).

O enfoque na doença e a desarticulação aos processos sociais e subjetivos ligados ao consumo de drogas podem ter explicações em duas vertentes, as quais estão interligadas. A primeira diz respeito ao *status* hegemônico do **modelo biomédico**, que norteia as condutas médicas e as ações desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro. A segunda refere-se às **representações de gênero**, que permeiam as ações de saúde e as relações sociais, nas quais as ações sociais se dão (OLIVEIRA, p. 49, 2008).

Com o intuito de dar significado e aplicabilidade ao questionamento anterior os profissionais foram questionados sobre os sentidos que eles possuem sobre homens de forma geral, não aos usuários do CAPS. Notamos que os principais sentidos estão associadas ao padrão heteronormativo de ser homem em nossa cultura, “Ser engendrado como homem”, em que ser engendrado diz de ser produzido e inventado, uma vez que há a produção de gênero, tal como existe a produção de masculinidades (PEREIRA, 2014).

Deste modo, todas as colocações foram direcionadas para falas que compreendem os homens a partir de ideias como trabalho, caráter, responsabilidade, forte, difícil de lidar, que enfrenta os problemas, como pode ser visto nas seguintes falas:

pessoa que é **forte, que tem que proteger, que deve trabalhar**, penso assim, que o que tem que estar bem ativo é a **questão da proteção, da força** (P 01);

Homem pra mim é caráter, **caráter está acima de tudo, trabalho, respeito** (...) e a **responsabilidade dele, ele tem que ser independente** (P 02);
Homem é um bicho altamente **preconceituoso e machista**, na nossa sociedade homem é **machista, muito preconceituoso e arredo a novidades e mudanças** (P 03);

homem é mimado e tem a questão da imposição, personalidade de impor (P 05).

Podemos encontrar, nessas falas, expressões associadas ao tradicional perfil heteronormativo como as obrigações de trabalho/responsabilidade e proteção, que assume um perfil machista, de imposição e de difícil mudança.

Há uma tendência, de acordo com Louro (2010), de apreensão de uma única forma de ser homem, baseado na hegemonia branca, masculina, heterossexual e cristã, que corrobora o papel dominante diante da cultura patriarcal. Papéis estes que estão fortemente associados aos consumos de substâncias psicoativas, em que os homens são muitas vezes inseridos no consumo de álcool por questões culturais. Diante do quadro esboçado, gostaríamos de repetir os questionamentos realizados no início dessa dissertação, assim, indaga-se: quais os fundamentos que orientam a produção do cuidado para os homens com consumo prejudicial de SPA nos serviços de saúde? Que ações preponderam, frente aos sentidos construídos em torno dos homens consumidores de substâncias psicoativas?

Logo, neste espaço de compreensão das masculinidades, é de suma pertinência discutir sobre a saúde dos homens e não somente sobre a “doença” e refletir sobre as dificuldades enfrentadas pelo público masculino e não somente os vitimizandando ou culpabilizando.

Schraiber (2012) acrescenta que os homens retardam ao máximo a busca por assistência à saúde, alegando não terem tempo, reclamando da constante ausência dos membros da equipe, longas filas de espera, falta de medicamentos, baixa qualificação e escasso atendimento por parte dos profissionais, ocasionando os adiamentos de consultas, exames e outros procedimentos. Acreditam na invulnerabilidade e superioridade diante dos problemas de saúde, principal causa do baixo autocuidado. Os homens entrevistados por Schraiber (2012) destacaram também que a maioria dos serviços de saúde não funciona em horários compatíveis aos seus horários de trabalho, dificultando o acesso a ações preventivas.

Uma possibilidade de atuação e de cuidado a esses usuários é a problematização da percepção distorcida sobre eles e das práticas de saúde muitas vezes predominantemente psiquiátrica que pouco contribuem para a inserção social e familiar do usuário. Alguns tratamentos geralmente são segregadores, pontuais e baseados na associação entre drogas e comportamentos antissociais (álcool) ou comportamentos criminosos (drogas ilícitas), tendo como principal objetivo a abstinência. Porém, muitos dos usuários não compartilham desse desejo e acabam abandonando os serviços, outros sequer os procuram, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, as práticas de prevenção, promoção e adesão ao tratamento são limitadas (BRASIL, 2003).

Duarte (2014) afirma que o governo brasileiro ainda desenvolve as lógicas da internação, abstinência e repressão, ao mesmo tempo em que, timidamente, defende princípios como as linhas de cuidado, reinserção social, redução de danos, dentre outras propostas, pendendo mais para a primeira, predominando em sua atuação ações de cunho “curativas”.

Deste modo, existe a necessidade do conhecimento e ativação de práticas preventivas, de tratamento e educação intra-setoriais aos diversos programas públicos, buscando um cuidado sem julgamentos, integral e articulado a fim de prevenir, tratar, reabilitar os usuários dentro de suas singularidades, possibilidades e potencialidades, sempre estimulando a participação dos atores envolvidos.

As identidades de gênero, de acordo com Pinheiro, Couto e Nogueira da Silva (2012), constituem um dos mais fortes sistemas de referência para as interações sociais e no contexto da saúde não é diferente, pois este aspecto também é objeto de intervenção da medicina e dos profissionais de saúde, sendo fundamental na orientação da estrutura dos serviços, das práticas de cuidado e do modo de interação social.

Além disso, deve-se considerar o caráter relacional das problemáticas de saúde, o caráter social do adoecimento, e as perspectivas de gênero como forma da relação entre saúde e sociedade. Porém, para que se concretize, é necessário, dentre outros aspectos, uma formação profissional e uma formação continuada, por meio da educação permanente, que proporcione discussões e ampliações dessas possibilidades de reflexão.

Tendo como base as discussões de Dal'igna (2005) é importante questionar até que ponto as normas de conhecimento e comportamento vigentes nas práticas de saúde na atenção básica estão implicadas na produção de diferenças de gênero. Uma das implicações do conceito de gênero, principalmente o que se refere ao caráter relacional, as mulheres são dotadas de uma predisposição ao cuidado e os homens carentes, “por

natureza”, dessa predisposição ao cuidado de si. O que ocasiona em mecanismos de naturalização, essencialização e dicotomização da masculinidade e da feminilidade que são acionados e funcionam ainda de outros modos, por exemplo, quando os profissionais justificam suas práticas como neutras e imparciais frente à atenção ao homem e à mulher nas diferenças de relação entre homem e serviço.

Especificamente ao que tange aos homens, Couto *et al.* (2010) acreditam que há diferentes dimensões envolvidas na produção da relativa invisibilidade dos homens nos serviços de saúde. Dentre elas, estão: a dimensão das intervenções em saúde, onde, historicamente e até hoje, tem-se privilegiado as mulheres; a dificuldade dos profissionais da atenção básica, de uma maneira geral, de notarem a presença de alguns homens como usuários nos serviços ou a complexidade e singularidade das questões trazidas por eles; e a concepção de que os homens não se cuidam e não procuram os serviços de saúde.

Couto e Gomes (2012) advogam que os profissionais de saúde devem trabalhar com a perspectiva de ações preventivas e com maior envolvimento sobre as demandas e necessidades dos homens, reconhecimento das potencialidades do próprio território na efetivação das ações e do trabalho em rede com os demais serviços, como saúde, educação e assistência social.

E dentro deste campo de atuação/compreensão dos profissionais, uma das possibilidades mais direcionadas para a saúde dos homens é a PNAISH, que se destina aos diversos aspectos que envolvem a cultura/histórico de saúde dos homens, como as violências externas, substâncias psicoativas, aspectos sociais e culturais referentes ao autocuidado, dentre outros aspectos. Frente a esses motivos, ao fato de que os usuários do CAPS AD são majoritariamente do sexo masculino e à importância dessa política para o trabalho com esse público, os profissionais foram questionados sobre o (não) conhecimento sobre a política e se tiveram algum preparo/estudo para trabalhar as questões de saúde do homem.

Acerca do primeiro questionamento (se conheciam a PNAISH), dos seis (06) profissionais entrevistados, três (03) afirmaram não ter nenhum tipo de conhecimento, nem mesmo superficial, os outros três (03) disseram conhecer “mais ou menos”:

Mais ou menos, só nessa parte **reprodutiva** e de cuidados preventivos, camisinhas, os cuidados relacionados a doenças sexualmente transmissíveis e tudo isso a gente tinha que abordar, era um trabalho preventivo, mas também promocional, porque tinha uma promoção para o ser humano se cuidar (P 04).

Mais ou menos, a política de saúde do homem aqui que a gente usa é mais voltada para a **dependência do vício**, mas eu sempre digo, “olha, a gente tá na semana azul, no novembro azul, é bom vocês fazerem um exame da próstata, vocês já tem mais de quarenta anos, bora um urologista, um reumatologista” e por ai vai. Mas assim, nós aqui do CAPS AD somos voltados para a dependência deles, tratar a dependência, o restante a gente encaminha ao posto de saúde do bairro deles e lá eles fazem o restante do tratamento. Falo muito sobre saúde do homem, prevenção, exame de próstata, exames de controle de rotina, colesterol, triglicérides, acido urino, temos muitos pacientes aqui hipertensos, ai todo dia a gente afere a pressão deles, tem o controle, vê se eles estão tomando o remédio direitinho. Mas tem resistência, **homem é bicho que tem resistência**, pra se tratar é complicado, é cultura nossa, infelizmente o homem não foi adestrado enquanto crianças pra se cuidar quando tiver mais velhos. A gente faz tipo parceria com os outros setores, tá com uns quatro meses que o CTA veio aqui fazer uns testes rápidos, HIV, hepatites, sífilis e oito deram positivo pra sífilis, desses oito, duas são mulheres, as mulheres já terminaram o tratamento e os homens teve dois que começaram e pronto, mesmo a gente explicando que mata (P 03).

Não, só por alto assim, só por curiosidade. (*O que você conhece?*). Não consigo nem lembrar de partes, eu sei que eu já li algumas coisas a respeito. (*Vocês já fizeram alguma ação específica?*). A gente já fez uma vez com o NASF, no mês específico, em novembro, **novembro azul**, é mais relacionado ao fumo, hipertensão (P 06).

Podemos perceber que a Política de saúde do homem ainda é percebida como ações pontuais, principalmente o Novembro Azul ⁹³, associada à próstata, com ações destinadas a questões “reprodutivas” e doenças sexualmente transmitidas. Mais uma vez percebemos a segmentação do corpo do homem e a ausência de uma concepção mais ampliada sobre masculinidades e saúde.

Bento (2015), sobre os estudos que envolvem masculinidades e saúde, traz que “em termos de Políticas Públicas, o Estado tem realizado algumas iniciativas voltadas para os homens, principalmente no âmbito da saúde. Essas iniciativas são, sem dúvida, um avanço e um dos efeitos dos estudos das masculinidades no Brasil” (p. 09). Dentro desta reflexão, a autora ainda faz o seguinte questionamento “depois de tantas mudanças e conquistas das mulheres nos últimos anos, e tantas outras mudanças que ocorreram nas múltiplas relações sociais, pergunta-se: como está o homem? O que mudou?” (p. 18). Esses questionamentos também permearam nossas reflexões diante deste estudo, ao estudar masculinidades, devem-se problematizar as mudanças ocorridas com os “avanços”.

⁹³ Novembro Azul é uma campanha de conscientização realizada por diversos serviços no mês de novembro dirigida aos homens com foco principalmente na prevenção e diagnóstico precoce do câncer de próstata e tem como principal objetivo quebrar o preconceito masculino de ir ao médico e fazer exames periódicos (BRASIL, 2008).

Para tal, questionei também sobre os preparo/estudo que tiveram ou buscaram para trabalhar as questões e demandas referentes à saúde do homem e de forma semelhante ao questionamento anterior também foram as respostas. Todos os profissionais disseram não ter tido nenhum tipo de preparo para lidar com as especificidades da demanda masculina, que foram aprendendo com a prática, dentre as falas podemos citar:

Nenhum, com o tempo a gente vai aprendendo com eles, aí vem a questão do respeito, **se impor** também, porque nesse momento vem a questão que tem o momento da brincadeira, mas tem o momento sério. Eu sempre falo pra eles “Olha, momento de brincadeira é brincadeira, mas no grupo a questão é séria”. Esse ano e ano passado a gente está tendo mais problemas em relação aos jovens, os jovens são mais acomodados, não querem saber de fazer as atividades (P 01).

Não, assim, entre aspas, porque quando eu cheguei aqui eu conversei com a assistente social e o enfermeiro, e eles me falaram algumas coisas e juntei com o que eu leio, porque eu sou muito curiosa, gosto de ler, de ir atrás, aí eu fui juntando e tá dando pra me sobressair. (E sobre o que vocês falavam a respeito da saúde do homem?) Sobre os cuidados que a gente tem que ter, sobre tipos de doenças que poderia algum ter e pra gente tá se prevenindo e saber lidar com eles, falava de doenças tipo AIDS, doenças sexualmente transmissíveis, essas doenças que eu chamo de corriqueiras, normais, que são doenças graves, mas que você vê falar constantemente, muito comum, não é mais coisa de outro mundo. E eu acho que qualquer pessoa tem que estar bem informado sobre essas informações e se a pessoa busca informações não tem nada que seja um bicho de sete cabeças. As pessoas têm que ter alguns cuidados, informações, sobre a hepatite também, né? E sempre a gente se depara, sempre um ou outro tem esses problemas aqui e **você tem que se prevenir, pra ter cuidado com você e com eles mesmos** (P 02).

Não, mas tem uma semana, não é? Aí teve um ano que nós convidamos o CTA, o NASF, e eles fazem umas atividades direcionadas, palestra, teve avaliação física, glicemia, pressão, essas coisas que eles já fazem, mas é tipo aquelas ações que as instituições fazem tipo ação global. A gente pediu lá na secretaria porque o local onde eles iam encontrar mais homens era aqui (P 06).

Em oposição ao que foi dito sobre os homens, quando perguntados sobre as mulheres, os profissionais ressaltaram informações como elas serem mais reservadas, prestativas, “limpinhas”, colaboraram mais nas atividades do CAPS, inclusive na limpeza. No pólo oposto aos homens, são mais “meigas”, mais fáceis de “lidar” e cuidadosas com a família, de forma mais detalhada, como manifesto nos excertos a seguir:

As mulheres **são mais reservadas, são mais na delas**, as que têm aí são muito **trabalhadoras, na questão de ajuda aqui no CAPS, ajudam na cozinha a lavar louça**, elas limpam o banheiro delas, são bem limpinhas, o local onde elas dormem, elas gostam de arrumar (P 01).

Sempre mulher é melhor, né? Tem delas que gostam de ajudar e **sempre ajudam a zeladora, na hora de descascar as laranjas pra lanche**, se você pede alguma coisa, sempre elas estão disponíveis (...) tem uma aqui que tá tão bem que não era mais nem pra ela tá aqui, mas ela vem porque ela quer. Essa **soube agarrar a oportunidade**, né? (P 02).

Elas são mais meigas, mas tem umas que são muito relutantes (P 03).

Para Saffioti (1987), “a identidade social da mulher, assim como a do homem é construída através da atribuição de distintos papéis que a sociedade espera ver cumpridos pelas diferentes categorias de sexo” (p. 08). Logo, as mulheres são incluídas como o oposto dos homens, inclusive por serem funcionais ao CAPS AD, servindo como recurso, como mão de obra nas ações cotidianas. Apesar de algumas serem destacadas como “relutantes”, o que sinaliza para um sentido plural do ser e se comportar como mulher.

Vale ressaltar que profissional 06 trouxe uma colocação diferente ao retratar não somente a masculinidade heteronormativa e o perfil tradicional de ser mulher em nossa sociedade, acrescentou que

hoje a gente tem uma nova visão e precisamos respeitar essa nova visão, porque hoje em bem claro as **deficiências em relação ao sexo**, a gente tem que entender que desde a antiguidade já existia essa **questão de transgênero**, com o tempo essas pessoas eram discriminadas, hoje não, hoje a gente entende que isso daí **é um problema na concepção**, a pessoa tem a tendência a isso daí. E por que você vai discriminar?

A partir dessa fala, podemos constatar que há alguma aproximação da realidade do segmento LGBTTT, e fica latente como demanda para a equipe o trato com a particularidade desse segmento.

Com a tentativa de ampliar as conversas com os profissionais para além do campo das diferenças, busquei questionar sobre as **necessidades específicas de gênero**, sobre o que eles acreditavam já existir e o que podia ser melhorado, e a maioria dos profissionais relatou, como está destacado na fala de P 06, que “**nunca pensei nessa parte separada do todo**, entendeu?”. Com esse exemplo de fala, podemos ver mais uma vez que **não há projetos específicos para as demandas dos usuários do CAPS**, bem como não há para as especificidades de gênero expresso em linhas de cuidado.

O sentido abarca somente uma compreensão genérica de homem, vinculada ao tempo longo, do homem relacionado à tradição patriarcal, machista, da masculinidade

hegemônica, heteronormativa, transposta para a realidade piripiriense, compreendida como una, não diversa.

Em resumo, a próxima fala de P 01 traz importantes elementos para reflexão e consequentemente, fica o seguinte questionamento: quais aspectos de gênero circulam no serviço?

Eu tento trabalhar mais a questão do diálogo mesmo, de conversar, de colocar alguns textos, de ver o que eles entenderam desses textos pra ver o que eles levam pra eles mesmos, que a vida não deve ser assim, de ignorância, de agressividade, de desrespeitar o próximo. Então, a gente tenta levar assim pra eles verem através do diálogo mesmo. Antigamente eu fazia relaxamento com os fumantes, mas não fiz mais, questão de colocar música, imaginar que está em um local, eu mudei porque **aumentou a quantidade de homens e tem uns que a gente tenta orientar na questão do banho, da higiene pessoal**, nas atividades de vida diária, **a gente explica que tem que banhar, que tem que se arrumar, mas as vezes é difícil, porque é forte, eles reclamam e eu evito de fazer mais** (P 01).

Notamos que os profissionais ignoram os aspectos de gênero em seus atendimentos individuais, em equipe e nem entre serviços, havendo assim uma ausência da compreensão dessas especificidades. Contraditoriamente, todos os profissionais relataram que desenvolvem um **“olhar mais ampliado”, que considera a pessoa como um todo**. Ou quando elas são percebidas, estão associadas à saúde da mulher e aos serviços que atendem especificamente a essa demanda, como pode ser visto na fala de P 06, que coloca “Teve uma usuária que fez um tratamento, um acompanhamento na Casa da Mulher, mas só” (P 06). Podemos acrescentar também a fala de P 05:

(...) tem a questão de **saúde da mulher**, que parte daqui de dentro. A gente já teve suspeita de alguma paciente **grávida**, a gente encaminhava e levava pro laboratório pra fazer exames, questão de prevenção, essas coisas, **normalmente nós mulheres conversamos sobre prevenção**, essas coisas assim. *(E aqui dentro?)*. **Aqui não, aqui a gente tenta fazer atividades bem gerais que envolvam o maior número de gente possível**. *(E quando os homens vão jogar, como ficam as mulheres?)*. Elas ficam aqui, ficam com a atividade de pintura de colorir, com a psicóloga, mas também ficam homens e mulheres, mas quem mais gosta desta atividade são as mulheres (P 05).

E as mulheres que trabalham nesse serviço? Como elas são vistas? Quais as possíveis relações entre esse fenômeno e as práticas de cuidado e produções de sentido existentes no CAPS? Importante (re) enfatizar que os usuários são majoritariamente homens e que as profissionais são, em sua quase totalidade, mulheres, fato que, com certeza, interfere na produção de sentidos e nos principais **desafios e reflexões** mencionados pelos participantes da pesquisa.

Especificamente sobre as discussões de gênero, os profissionais foram convidados a pensar sobre como é trabalhar em um serviço que os usuários são majoritariamente homens e as profissionais são mulheres; se existem algumas especificidades ou preferências em se trabalhar com (outras) mulheres; e se esses aspectos que se fazem presentes no CAPS AD “interferem/afetam” as atuações.

Dentro dessa perspectiva, inicialmente questionei sobre como é para a/o profissional trabalhar em um serviço majoritariamente masculino, dando ênfase a possíveis interferências em suas práticas e todos afirmaram que não faz diferença, que este indicativo não representa um desafio, como pode ser visto na fala de P 03 “é normal, **enquanto profissional não vejo diferença entre sexo, idade, cor, etnia**, pra mim todos são pacientes que precisam do meu auxílio”.

Mesmo eles afirmando que não fazem diferença entre os usuários do CAPS eles também relataram que sentem mais “proteção” ao mesmo tempo sentem a questão da diferença nos “olhares”, inclusive com a mudança de vestimentas para se sentir mais confortável no ambiente de trabalho, ressaltando a necessidade de se impor e facilidade em trabalhar com as mulheres.

Por um lado eu acho bom porque tem a questão da **proteção, porque a gente pensa que está protegida, porque já ficou claro assim que se mexer com você, mexeu com eles**, tem muito disso aqui “oh, não mexa com fulana não, porque se não mexe comigo” (P 01).

Assim que eu cheguei eu senti certa dificuldade porque tinha **aqueles olhares** assim no começo, mas na minha presença nunca faltaram com respeito, ai eu **tive que mudar a maneira de como me vestir**, digamos assim, a gente procura vir mais preservada, roupa solta, blusa mais comprida. Mas com relação à falta de respeito, nunca tive não, comigo nunca teve não, mas também tem a maneira como você se **impõe** (P 06)

Não vejo nenhum problema, **porque você tem que ter o respeito, mas com a mulher é mais fácil de falar**, mas com o homem você também tem que aprender que é um ser humano “Sr. Fulano, a situação é essa, essa e essa. O que aconteceu? **Por que o senhor recaiu?**”. Então a gente vai tá avaliando o indivíduo de acordo com a situação (...) **pra trabalhar com homens e mulheres tem programas diferentes**, mas tem alguns temas que dá pra ambos, as atividades é que dá pra diferenciar. *(E vocês já fizeram isso aqui?)* Não, **até agora não teve nenhuma atividade que foi diferenciada** (P 04).

Questionei também como é para você trabalhar com (outras) mulheres e todos os profissionais, mais uma vez relataram, no início de suas falas, que não fazem e não reconhecem esse tipo de diferença, que não há problemas em se relacionarem com qualquer membro da equipe, mas ao mesmo tempo há o reconhecimento da mulher

enquanto papel passivo/sensível na sociedade, como disse P 01 “mulheres são mais **pacientes, mais sensíveis, sabem lidar, mas sabem se impor também** (...) falar sério, mas não falar grosso, não ser ignorante, mas falar com um **jeitinho**”.

Mas ai já é um pouco mais complicado, quando a equipe é maioria do sexo feminino e eu sou do sexo masculino, eu não posso chegar como se fossem todos homens, como no hospital tem muitos homens trabalhando comigo, tinha o cara da traumatologia, tinha o maqueiro, ai eu podia falar “ei macho, larga isso daí” e aqui eu não posso chegar assim, tem que ter outra abordagem, **é outra didática, tem que ser um negocio mais melindroso, mais delicado.** (*E pro trabalho em si?*) Não, não tem nenhum problema não (P 03)

Mas pra falar verdade, **no ambiente de trabalho eu me dava melhor com os homens, porque com mulheres sempre tem essa questão de picuinha, de fofocas.** Mas no momento não ta tendo nenhuma dificuldade com nenhum dos dois lados não, mas antigamente eu me dava mais bem trabalhando com os homens (P 01).

Para concluir este eixo de análise, gostaria de apresentar o que os profissionais relatam como os principais “**desafios e reflexões**” no trabalho do CAPS AD. Como principais barreiras foram citadas as próprias questões de ser “dependente químico”, a dificuldade com as recaídas e relação em que as profissionais são (em sua maioria) mulheres e os usuários são homens, em que predomina os aspectos sexuais e associados ao medo, como pode ser visto nas seguintes falas:

esse povo daqui tem noite que passa a noite todinha se drogando, eles já chegam “naquele preço”, essas são palavras deles, eles começam a falar palavrões, falar besteiras, falar o nome do demônio, então, é o momento de você usar sua sabedoria, que você nunca vai enfrentar uma pessoa dessas, então você tem que ter sabedoria, ou você calar, ou você falar manso “fulano, não é assim, vamos conversar” e é isso que eu uso quando eles estão na naquele preço, “olha, você só participa da atividade se quiser, se você não quiser participar das atividades nós somos amigos do mesmo jeito”. Mas você acredita que com esse meu jeito de saber lidar e tratar bem já aconteceu esses casos, mas sabe o que acontece, eles dizem “eu não vou não, eu to naquele preço, eu vou fazer outra coisa”, quando eu acabo de distribuir o material pra todo mundo ele chega, “não professora, eu quero fazer, eu quero participar da sua atividade, eu quero ficar com você”. E assim eu fico muito grata a Deus, eu penso assim, “meu Deus, você me deu saberia pra mim saber lidar com essas situações”, se eu não soubesse lidar eles iam ficar revoltados e nem iam querer participar das outras vezes. Mas graças a Deus, até hoje eu tenho enfrentado de uma forma positiva esse desafio (P 02);

o problema não é o parar, **é o manter parado**, porque parar é fácil, o cara para uma hora, um dia, uma semana, para quinze dias, que nem teve um paciente aqui que tava um ano e meio sem usar crack, teve uma recaída e passou seis meses usando. **O grande problema é a recaída**, porque a pessoa que é dependente químico, ele nunca pode botar na cabeça que tá curado porque se ele botar isso na cabeça ele baixa a guarda e fica mais susceptível a

retornar, “sempre eu tenho que me policiar, sempre eu tenho que estar me controlando”, porque o problema principal é recair. (P 03).

Eu nunca tive problema não, eu nem encaro como um desafio não, **eu encaro como um desafio a condição que eles vêm pra cá, de dependente químico.** A única dificuldade que a gente já teve aqui é **de eles não saberem diferenciar**, porque a gente tem todo esse cuidado, acho que **a gente mima demais esses meninos**, ai já chegou deles **confundirem a atenção**, mas já se aconteceu duas vezes deles **se apaixonarem**, uma foi pela terapeuta ocupacional e outra vez foi por mim (P 04);

O único problema que eu tive foi em relação às **roupas que eu tive que adaptar**, aqui eu não uso legue, **comecei a vir de calça jeans**, porque aquelas taclei eu não me adaptei, **porque as legue colam mais e eles ficam de olho** e até venho algumas vezes, mas a blusa é enorme. Ai as pessoas me perguntam “não sei como tu gosta de trabalhar num lugar desses”, “pois acredita que lá é o lugar onde eu sou mais respeitada, **não tem um lugar no mundo onde eu seja mais respeitada do que no CAPS AD**” (...) aqui eu me dou bem com todos os pacientes, mas **eu já tive problemas, já tive que chamar a polícia**⁹⁴ (P 05).

E como principais reflexões os profissionais citaram que a vida de usuário de substâncias psicoativas é uma “vida muito sofrida” e que muitos não “querem ajuda” e que não se deve “absorver” os problemas do CAPS para a vida pessoal, como pode ser visto nas seguintes falas:

A reflexão que eu tiro é positiva, é um trabalho que eu nunca tinha feito, é um trabalho que eu diria que é até de **auto-ajuda e de ajudar ao próximo**. Eu vejo que se viesse uma capacitação, com certeza, seria muito bom, porque no meu caso eu não tive capacitação, **a minha capacitação foi Deus**, com minhas orações e em segundo lugar foi esse tempo que eu já venho trabalhando nas outras experiências e sempre trabalhando no social. Eu tenho fê em Deus que a tendência aqui é que se tem muito a se fazer por eles, eu espero que venha e os que vier a gente abraça e eu tenho certeza que eu e os outros profissionais vamos contribuir pra ajudar esse povo ai, que eles precisam muito, que **eles precisam ocupar a mente**, como diz aquele velho

⁹⁴ (Por quê?) “Primeiro porque quando ele chegou, chegou embriagado, mas eu deixei ele entrar, ai ele batia nos armários, discutia com os outros pacientes, ai eu chamei ele e disse “olha, não era pra eu ter deixado você entrar, eu deixei você entrar porque você estava sujo, pra deixar você tomar um banho, pedi pras meninas arrumar uma comida pra você mesmo já tendo passado da hora do almoço. E como é que tu faz isso rapaz? Tu quer é bagunça”. Ai eu entrei e fui fazer os prontuários e só porque ele me viu entrando numa festa, ele tava trabalhando no estacionamento da festa, ai eu fiquei com medo de pegar meu carro no estacionamento e pedi pra um colega meu pegar, porque quando eu desci eu vi ele embriago. Pois ele foi dizer que eu tava dançando na boquinha da garrafa e ele inventou tanta coisa, mesmo querendo denegrir minha imagem e eu lá dentro não vi nada, ai chegaram uns pacientes e me contaram, foi ai que ele ficou bem agressivo, ai eu pedi pro vigia chamar a polícia, “pois se você quer ser agressivo, quer ser tratado assim, pois você vai ser tratado assim”. Ai a polícia chegou e todo mundo “Rozi, tu é doida? O que vai acontecer se um paciente foi preso aqui?”. Mas não pode desacatar funcionário público e o cara agredindo ai todo mundo, ai chamaram ele e ele pediu desculpas ai eu disse que “aceito, mas você tem que dizer o que aconteceu, como foi que aconteceu, porque você falou um monte de mentiras minha, sobre minha pessoa” e assim ele fez. E a polícia tava doida pra levar ele porque ele tinha cometido outros crimes, uns assaltos, mas quando foi três dias pegaram ele em flagrantes. Mas foi o único problema que eu tive aqui, graças a Deus” (P 05).

ditado, “**mente desocupada é morada do satanás**” e eles que já mechem com álcool e com drogas com certeza afeta mais (P 02).

Primeiro, a gente não pode absorver nada disso daqui pra gente, se a gente absorver a gente fica louco, a cabeça não aguenta não. Outra coisa que eu falo muito pra eles, no começo eles até se chateavam comigo, que eles não são vítimas da sociedade não, **ninguém é vítima da sociedade**. Pra mim, no meu pensamento funciona da seguinte forma, **you tem aquilo que you procurou ter, isso é mérito, meritocracia**. Então, a **sociedade nunca vitimizar ninguém, a gente é que vitimiza a sociedade** através dos nossos atos, então é o que eu estou tirando de reflexão em alguns pacientes aqui (...) **porque um cara que tá lá em baixo, no mais baixo que um ser humano pode chegar, que é deixar de ser um ser humano e ser tratado como um animal, aqui ele chega, se banha, sai da escuridão e começa a andar com as próprias pernas, a ser produtivo pra sociedade**, a ser produtivo pra ele, que ele volte a ser um ser humano (P 03).

A reflexão que eu tiro é que **eu digo pros meninos “não bebam”**, mas eu bebo, mas sempre com cuidado com os excessos e é o que eu sempre digo pra eles “gente, cuidado com os excessos, todo mundo sempre tem um limite” (P 05).

Que é muito sofrido e que a expectativa que a gente tem aqui no CAPS é um caminho sem volta ser usuário de droga, que é sofrimento mesmo. (*Como vocês trabalham com essa perspectiva de futuro?*). Sempre falando de família, que eles podem construir uma família ou reconstituir a família, falando da questão do estudo, de uma faculdade, falando na perspectiva de um trabalho, pra ver se eles conseguem planejar seis meses pra frente, um ano pra frente, até chegar mais pra frente (P 06).

Podemos notar, durante todas as falas e principalmente no fim das entrevistas (questões relacionadas aos desafios e reflexões) e da minha frequente presença no serviço durante esta temporada, que os profissionais sempre ressaltam a dificuldade de ser um usuário de substâncias psicoativas, de viver em condição de rua, de serem excluídos do convívio familiar e de ocuparem os papéis de mulher e mãe nesse contexto.

Percebi que alguns têm grandes interesses profissionais em cuidar desses usuários, porém utilizam de ferramentas pessoais e religiosas, ao invés de profissionais e científicas, o que dificulta o desenvolvimento de suas práticas, o andamento do serviço como um todo e os avanços na saúde mental tanto na realidade local, quanto nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como falar em uma “natureza feminina” ou em uma “natureza masculina” se a sociedade condiciona inclusive o metabolismo das pessoas? Diferentemente dos outros animais, os seres humanos fazem história (SAFFIOTI, 1987, p. 11).

Merhy (2003) destaca que o pesquisador possui teorias e métodos que o possibilita “(...) debruçar e estudar certos objetos da ciência, um sujeito ideológico, um sujeito ‘cultural’, ou seja, um sujeito interessado, que dá valor a certas coisas e não outras, que tem certas opções e não outras, que tem certas concepções ideológicas e não outras” (p. 02). Deste modo, teoria e método devem atuar como embasamento e rigor para o estudo, fugindo da ideia de manipulação de informações e possibilitando espaços de reflexão para bagagem teórica e desenvolvimento dos aspectos éticos, fazendo do método um aliado para tal condução (BOURDIEU, 2004).

E a partir desses pensamentos, uma dessas propostas diz respeito a usuários de substâncias psicoativas, o cuidado a eles necessita de uma análise situacional em cada território e equipamento de saúde, requerendo a multiplicação de suas identidades, envolvendo classe social, marcadores étnicos e a diversidade de experiências. Assim, quanto mais identidades socialmente desvalorizadas e agregadas em um mesmo sujeito, mais amplia suas possibilidades e intensidades de vulnerabilidades. Mas, alguns serviços de saúde mental, parecem ainda distantes desse entendimento, o que requer investimentos para que desenvolvam outros olhares e intervenções, para além do corpo masculino homogeneizado na figura do “paciente” e da concepção tradicional e até mesmo excludente do uso de substâncias psicoativas.

Procuramos, com esse trabalho, discutir os sentidos de masculinidades produzidos pelos profissionais de nível superior do CAPS AD do município de Piriá, tendo por objetivos específicos, identificar os sentidos de masculinidades dos profissionais; conhecer as produções de cuidado desenvolvidas pelos profissionais e analisar a relação entre os sentidos de masculinidades e a práticas de cuidados desenvolvidas pelos profissionais do serviço.

A partir do conhecimento e observação “final” dos objetivos, podemos concluir que esta proposta de pesquisa é baseada na intenção de se discutir gênero e saúde mental por meio das especificidades das masculinidades e das práticas de cuidado do CAPS AD. Nesse horizonte, os resultados da pesquisa encontram-se distribuídos em

quatro (04) partes (Sentidos de masculinidades e sua repercussão nos processos de produção do cuidado da equipe do CAPS AD de Piri-piri-PI).

A primeira parte intitulada “Características dos profissionais entrevistados” enfoca nos principais aspectos sociodemográficos, profissionais, acadêmicos dos profissionais, relação com o município e serviço que atuam, dentre outros dados, para que conheçamos os principais aspectos/ferramentas que “guiam” as práticas dos profissionais entrevistados, a fim de compreender os sentidos elaborados por eles em suas atuações.

A segunda parte “Processos de cuidado: entre o paradigma proibicionista e a redução de danos” trata da análise do material empírico das principais práticas relatadas pelos profissionais e dos principais momentos que foram observados e registrados em diário de campo, como os tipos e tempos de tratamentos que são ofertados nos serviços, os principais modelos que os regem, as principais atividades individuais/grupais desenvolvidas, bem como a estrutura do cronograma de atividades desenvolvidas pela equipe, dentre outros aspectos.

Na terceira parte apresentamos a “caracterização dos usuários pelos profissionais: masculinidades em evidência”, uma vez que partimos dos sentidos elaborados pelos profissionais, inclusive dos usuários que eles atendem. E a última “Atravessamentos e transversalidades entre gênero, masculinidades e cuidado” representa uma tentativa de perceber quão forte é esta **perspectiva dominante**/hegemônica presente durante todo o processo.

A partir desta estrutura apresentada, partiremos para conclusões mais amplas, onde podemos destacar, diante dos objetivos postos, que a pesquisa empírica permitiu constatar que entre os profissionais e no cotidiano de intervenção há um apagamento das dimensões de gênero/masculinidades. Observou-se que há uma compreensão geral de ser homem, entendido como um ser genérico e abstrato, sem maiores reflexões sobre suas especificidades, principalmente no que diz respeito às diferentes territórios de origem e às demandas específicas postas para o CAPS AD.

Acerca dos objetivos específicos, percebeu-se que as produções de cuidado desenvolvidas pelos profissionais são pautadas na lógica da abstinência e em princípios pessoais, inclusive religiosos, e pouco pautados em referências profissionais e científicas. Deste modo, mais uma vez, percebemos uma visão pautada no senso comum e em padrões *desprofissionalizantes* e hegemônico, que contraria o que preconiza a

Política Nacional de Saúde Mental pautada nos princípios da reforma psiquiátrica e, sobretudo na redução de danos.

Podemos concluir ainda, quanto às políticas, principalmente de redução de danos, que os profissionais conhecem pouco sobre as políticas de saúde mental que direcionam o trabalho em CAPS, e conhecem bem menos a PNAISH, tendo em vista que a maioria dos usuários é do sexo masculino. Os relatos dos profissionais reproduzem a noção de que o serviço é um espaço em que se deve buscar “a cura” e que aqueles que não estão buscando a abstinência não estão dando valor à “oportunidade”.

Logo, a dimensão da atuação biomédica e a própria culpabilização dos usuários por não atingir a abstinência foram uma constante no sentido do depoimento dos profissionais. Assim, a abstinência aparece no primeiro plano da abordagem, não como uma possibilidade que pode ou não orientar os planos de ação. Esse fato se traduz, também, no seu cotidiano pela veiculação de sentidos que tomam o corpo masculino como lugar do não cuidado, em contraposição ao corpo feminino, visto como *locus* de autocuidado.

Em parte dos profissionais entrevistados, há um discurso em que se faz presente um padrão hegemônico de masculinidade e um modelo estereotipado de gênero. Tais discursos e práticas são importantes de serem problematizados, por reproduzir desigualdades, ou até mesmo materializar ausência de equidade ou de um olhar para as especificidades que compõem cada um dos usuários, comprometendo a visibilidade de outros significados e expressões de identidades de gênero. Daí a importância de considerar o impacto das práticas tanto nos profissionais como nos usuários, com o constante questionamento das subjetividades que vão se produzindo.

O conceito de gênero, ainda que implicitamente, é acionado pelos profissionais com o intuito de justificar a não adesão dos homens ao tratamento, ou “a cura”, por vezes proposto. As demandas masculinas são mais associadas às dificuldades que esses homens trazem para o tratamento, principalmente quando envolve o consumo de crack, e a partir dessa causa “limitante”, os profissionais, em função da visão socialmente construída sobre essas demandas, não conseguem ver ou elaborar outras demandas, seguindo apenas o que já foi proposto desde a fundação do CAPS II no município.

Assim, o cotidiano assistencial e o cronograma do equipamento seguem um padrão estático, com pouca variação e possibilidade de mudança, com uma reprodução ad infinita do *status quo*. Todo foco da organização do serviço está estruturado com um olhar para a substância e a abstinência, e para uma ação bancária, onde o profissional é

o ordenador do dia a dia, sem que o controle social e o protagonismo dos usuários seja fomentado, até pelo temor frequente, que ronda a interação profissional-usuário.

São pertinentes, então, as indagações como: que condições devem ser criadas para que se possa falar também “dos homens-sujeitos-de-direitos” no campo da saúde? Segundo nossas interpretações das falas dos profissionais, os principais aspectos de saúde desses homens estão restritos aos seus consumos de drogas e aos seus estilos de vida ocasionados por suas escolhas.

Por meio da revisão de literatura e da análise das políticas públicas de saúde mental, em especial o serviço CAPS AD, constatou-se que parece não haver um olhar para as diversas questões que envolvem as demandas de gênero, assim como se pode inferir que, conseqüentemente, muitos (as) profissionais não estão preparados para as transversalidades⁹⁵ que envolvem a proposta de articular gênero e saúde mental.

Deste modo, deve-se pensar sobre as possibilidades de reflexão, de enfrentamento das desigualdades e ausências de singularidades nos serviços, bem como a parca apropriação da política de saúde mental e a partir dela, o empoderamento dos profissionais para inovar, reinventar o cotidiano assistencial. Parte-se de pressupostos que a produção do cuidado nos serviços de saúde mental ocorria/ocorre voltado, genericamente, para um sujeito masculino abstrato, sem considerar as particularidades que compõem o cotidiano da atenção em saúde (AMARANTE; TORRE, 2010).

Especificamente sobre homens, há várias vivências de “masculinidades”, havendo várias formas de se tornar homem, assim há homens, mas, na história brasileira a forma dominante de ser homem patriarcal, dominante e viril tem ganhado primazia nas relações sociais e na leitura de mundo em geral. Na cultura brasileira, o homem que teve sua sociabilidade contornada pela cultura patriarcal é estimulado nos seus rituais de passagem, sobretudo da fase adolescente para a juventude/fase adulta a consumir substâncias psicoativas, até mesmo como reforço à sua masculinidade, às práticas entre homens, que envolvem a competição e afirmação de si, a partir dos rituais de afirmação da masculinidade dominante, levando ao risco de consumo prejudicial. Mas, acredita-se que nem sempre a formação e intervenções dos profissionais consideram esses aspectos

⁹⁵No SUS, Transversalidade é um dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) e deve estar presente também em todos os outros programas/políticas do SUS. Com isso, o resultado esperado é um grau de contato e comunicação entre pessoas e grupos ampliados, sem hierarquia, reforçando a produção de saúde com qualidade (BRASIL, 2011).

históricos da constituição social brasileira, que ficam implícitos ou são ignorados no cotidiano assistencial.

Esse estudo pautou-se exatamente na reconstituição da complexidade dos homens na contemporaneidade, com suas interfaces interseccionais. Esse entendimento exige articulação de políticas transversais da saúde com outras políticas e setores da sociedade, até para mudar o padrão dominante. Requer, ainda, ações multiprofissionais e interdisciplinares a partir do reconhecimento da cultura patriarcal enquanto mantenedora da afirmação de certa masculinidade e a necessidade de desmistificação da saúde de homens diante das práticas tradicionais a partir de embasamentos teóricos e técnicos, vivências, afetos, desafios, possibilidades e implicações ético-políticas.

Frente à pergunta norteadora que comandou toda pesquisa, ou seja, qual a (s) relação (ões) existentes entre os sentidos de masculinidades e os processos de trabalho dos profissionais de nível superior dos CAPS AD de Piriripi-PI? Reforça-se que buscamos desenvolver, ao longo de produção textual, um olhar sobre os sentidos e problematizações que os profissionais possuem frente ao público masculino e ao seu cotidiano de trabalho. Contatou-se a dificuldade dos profissionais em perceber o quão suas ações estão distante dos textos das políticas, leis, dos estatutos e regulamentos profissionais. Nesse sentido, os sentidos de masculinidade e a organização do processo de trabalho convergem para uma perpetuação do *status quo*, para ações de permanência, para uma vida sem mudança.

Como é comum na realidade piauiense ressaltar-se os pontos críticos do outro, da rede de serviço, do SUS de forma geral, por outro lado, observa-se o quão difícil é flexibilizar-se e abrir se para uma autoavaliação, haja vista que a principal tecnologia adotada na saúde mental é leve, ou seja, requer o profissional como um todo, com toda sua capacidade e potência. Nesse sentido, observou-se o quão é difícil para os profissionais se colocar como sujeito político e construtor de uma política. Ou seja, um sujeito que pode fazer a diferença no cotidiano assistencial. Todos parecem assujeitados, usuários e profissionais, fazendo do cotidiano uma mesmice.

Tendo como “**conclusão**” que as políticas e os/as profissionais não atendem às questões transversais às masculinidades, pois olham para o “paciente” logo, há uma concepção de homem genérico, ou seja, há uma tendência a uma atenção centrada em um homem universal, que suprime a diversidade de vivências e minúcias de se ser homem e que os profissionais não são incitados a refletir e atuar frente aos diversos perfis dos usuários frente a um contexto. Então, há apenas uma pequena reflexão acerca

das idiossincrasias desses homens e conseqüentemente pequena articulação com as políticas de saúde voltadas para essa demanda.

Como tentativa de “resumir” nossos principais objetivos, segue o quadro 06, como um espaço de síntese dos principais objetivos e resultados alcançados:

<p>Discutir os sentidos de masculinidades produzidos pelos profissionais de nível superior do CAPS AD do município de Piriápi – PI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os sentidos de masculinidades dos profissionais; - Conhecer as produções de cuidado desenvolvidas pelos profissionais; - Analisar a relação entre os sentidos de masculinidades e a práticas de cuidados desenvolvidas pelos profissionais do serviço.
<ul style="list-style-type: none"> • Apagamento das dimensões de gênero/masculinidades; • Compreensão geral de ser homem → ser genérico e abstrato; • Sem maiores reflexões sobre suas especificidades, principalmente no que diz respeito às diferentes territórios e às demandas específicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado: abstinência e pessoais - pouco pautados em aspectos profissionais e científicos; • Visão pautada no senso comum e em padrões hegemônicos, que contraria a PNSM pautada nos princípios da reforma psiquiátrica e, sobretudo na redução de danos; • Ausência de equidade; • Corpo masculino como lugar do não cuidado, em contraposição ao corpo feminino, visto como <i>locus</i> de autocuidado; • Atuação biomédica e culpabilização dos usuários por não atingir a abstinência.

Quadro 6: Síntese dos objetivos e principais resultados. Fonte: Própria.

Enfim, pesquisar sobre sentidos diante das práticas profissionais não deve representar somente a descrição de dados encontrados, das dificuldades e potencialidades percebidas em campo. Envolve um posicionamento ético político, um encanto em perceber a importância de seus objetivos, de reconhecer que eles devem estar além de um benefício acadêmico. Representando uma postura dos sujeitos que constroem o SUS a partir de suas decisões, reflexões e o modo como almejam mudanças.

Acredito que a inexistência deste compromisso representará uma falha na formação e conseqüentemente na atuação profissional. Diante disso, defendo que o estudo sobre saúde mental, gênero/masculinidades, substâncias psicoativas, realidade do

interior do Piauí, assim como pensaram Gomes *et al.* (2010), deve avançar em muitas características, como na articulação com outros atendimentos em saúde e outras políticas e território. Propondo aprofundar ainda mais nas discussões de gênero, processos sociais, históricos e culturais a fim de romper com estereótipos tradicionais associados à cultura hegemônica patriarcal.

Devemos pensar (e inclusive propor) em uma (s) nova (s) maneira (s) de atuar, através de práticas baseadas nas formas de refletir, sentir e agir dos homens, mas fundamentada na construção da realidade com eles e não para eles. Muito além da simples mudança de horários de atendimento ou do cuidado somente para “a cura” do consumo das drogas, deve existir a imersão dos profissionais na realidade deste público, os tornando capazes de compreender e atender as especificidades masculinas e a sua complexidade social, proporcionando, assim, uma prática profissional mais adequada aos usuários, familiares e comunidade, e não somente aos desejos pessoais dos profissionais. Também é importante trazer o cotidiano do território para o planejamento do serviço, pensar a cidade e as diversas particularidades de seus distintos espaços.

Enfim, cabe a **nós**, profissionais de saúde (inclusive ocupando os “papéis” de pesquisadores) atuar com um olhar mais crítico, percebendo as minúcias de cada um dos sujeitos, seus contextos, realidades e cultura. Para finalmente deixarmos de rotular os usuários como “difíceis” e os perceber como humanos. Diante de todas essas informações teóricas e posicionamento dos profissionais, é de suma importância refletir sobre a cultura masculina, a sua repercussão na nossa sociedade e principalmente nas nossas práticas profissionais, sejam elas como pesquisadores, avaliadores, professores, psicólogos, gestores...

Neste sentido, gostaria de acrescentar uma colocação de Bento (2015) que esteve presente em todos os momentos de nossa pesquisa, pois trata de uma dificuldade difícil de lidar, pois “o cientista social, ao estudar as relações de gênero terá de fazer um esforço para não projetar sua visão de mundo generificada na fala do *outro*. Por mais que os pesquisadores busquem desconstruir esse olhar, não se pode negar que os impedimentos são grandes” (p.55).

É fácil perceber as falhas e dificuldade, principalmente as alheias, mas difícil é enxergar, em meio às constantes **repetições** de atuações, as potencialidades, as outras formas de perceber, pensar e agir. Perceber os homens está para além do (atual) corpo masculino, é um longo processo histórico que desenhou a nossa atual estrutura de cuidado e de definições.

Observei que há espaço entre alguns profissionais para ampliar leituras e possibilidades, mas, há que se investir na coordenação geral do processo de trabalho da equipe, e se possível, com acompanhamento de uma supervisão clínico institucional que permita a pluralização de apreensões das transversalidades que marca o cotidiano dos homens e da assistência.

Ainda há muito que se pensar e escrever sobre o CAPS AD de Piripiri. Quero, com este estudo e com posterior apresentação para a equipe, que eu possa colaborar para uma mudança, mesmo que pequena, na realidade deste serviço. Essas considerações finais, portanto, não são fechadas, conclusivas. A perspectiva é que com ela, se abra outro momento, para outras possibilidades de pensar, organizar e atuar a partir do CAPS AD de Piripiri.

Deste modo, este estudo não deve finalizar por aqui. São diversas as possibilidades de estudar/atuar diante desta demanda/temática. Outros estudos e questões também podem (e devem) ser realizados, como estudos que percebam a atuação de profissionais de outras equipes, outros profissionais, outros municípios, ou até mesmo serem desenvolvidos diretamente com os homens a partir de outras propostas metodológicas.

Cabe ressaltar ainda não somente as dificuldades dos serviços e dos profissionais, mas também do pesquisador. Passei por muitos desafios na execução do trabalho, como problemas pessoais, adequação temática e metodológica, indisponibilidade de alguns profissionais da equipe, mas ao mesmo tempo quero ressaltar o quanto a maioria deles foi extremamente acolhedora e receptiva à minha proposta. Senti que houve um vínculo e uma confiança muito forte, em que eles contaram (principalmente nas conversas informais ou quando o gravador era desligado) suas dificuldades, seus pontos mais pessoais, e esse fato se deu tanto com a equipe quanto com os usuários, desse modo, não posso deixar de falar o quanto cresci com eles, com seus relatos e anseios.

Mesmo diante de todas as adversidades, os objetivos foram atingidos e os resultados considerados satisfatórios. Enfim, é chegada a conclusão desta curta (em dias quantitativos), porém intensa, experiência de conhecer, refletir e se emocionar com a temática tão reflexivamente escolhida, afinal, como disse Zago (2003):

Pesquisar é [...] um itinerário, um caminho que trilhamos e com o qual aprendemos muito, não por acaso, mas por não podermos deixar de colocar em xeque 'nossas verdades' diante das descobertas reveladas [...]. Por isso, não saímos de uma pesquisa do mesmo jeito que entramos porque, como

pesquisadores, somos também atores sociais desse processo de elaboração (pp. 307-308).

E nesse itinerário construí não só para o desenvolvimento da pesquisa, mas principalmente para meu desenvolvimento enquanto pessoa-profissional. Percebi a necessidade de afetar, mas principalmente de ser afetada, de que a saúde pública não nos foi “dada” à toa e não vai ser desse modo que a cuidaremos. São muitos os desafios, mas o que me faz acreditar no desenvolvimento, é que maiores ainda são as conquistas. Nesse incrível processo de ida ao serviço, ao meu município de origem, de constante escrita (mesmo que quase sem avanço, às vezes), de busca por orientações, de estar aberta a tantas mudanças e de me deixar afetar e aprender com esta realidade, que inicialmente já julgava conhecer.

Diante desses objetivos, gostaria de concluir com a letra da música *Super-Homem*, de Gilberto Gil, que interpreto como uma possibilidade de entender o “ser homem” diante da nossa cultura. E acrescento ainda as seguintes reflexões diante de toda essa vivência dissertativa, reflexões construtivas e pensamentos sobre esta letra: Que realidades/verdades estamos sustentando com nossas práticas? Como devemos revelar? Até onde vale a pena pintar super homens?

Um dia vivi a ilusão de que ser homem bastaria
Que o mundo masculino tudo me daria
Do que eu quisesse ter

Que nada, minha porção mulher que até então se resguardara
É a porção melhor que trago em mim agora
É o que me faz viver

Quem dera pudesse todo homem compreender, ó mãe, quem dera
Ser o verão no apogeu da primavera
E só por ela ser

Quem sabe o super-homem venha nos restituir a glória
Mudando como um Deus o curso da história

Por causa da mulher

Quem sabe o super-homem venha nos restituir a glória

Mudando como um deus o curso da história

Por causa da mulher

REFERÊNCIAS

ABUHAB, D., SANTOS, A. B. A. P., MESSENERG, C. B., FONSECA, R. M. G. S., SILVA, A. L. A. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre – RS, n. 23, v. 03, 2005. Disponível em: <

<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4567/2494>

>. Acesso em: 16 de Jan. 2018.

ALMEIDA, C. L. de. Saúde e cuidado: elementos para o trabalho com famílias. In: DUARTE, M. J. O. et al. (Org.). **Política de Saúde Hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais**. Campinas – SP: Papel Social, 2014.

ALVERGA, A. R; DIMENSTEIN, M. A Reforma Psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface: Comunicação saúde & educação**. Botucatu, v.10, n.20, p.299-316, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003>.

Acesso em: 29 de Nov. 2017

ANJOS FILHO, N. C., SOUZA, A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface (Botucatu) Comunicação, Saúde e Educação**, v. 21, n. 60, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150428.pdf> >. Acesso em: 16 de Jan. 2018.

AMARANTE. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P; TORRE, E. H. G. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>>. Acesso em: 20 de set. 2016.

_____. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7026.pdf>>. Acesso em: 29 de set. 2016.

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense, 1999.

BARRETO, J. O. M. A regulação dos serviços especializados como forma de priorizar o PSF como porta de entrada do SUS. **Anais III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família**, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pa.pdf>>. Acesso em: 04 de mar. 2016.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BENTO, B. **Homem não tece a dor**: queixas e perplexidades masculinas. Natal: EDUFRN, 2015.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BOURDIEU, P. Compreender. In: BOURDIEU (org.). **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 1997, pp. 693-732.

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, Jean-Claude e PASSERON, Jean-Claude. **O Ofício de Sociólogo**: Metodologia da pesquisa na sociologia. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

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: 02 set. 2016.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 05 de Nov. 2017.

_____. IDSUS. **Índice de Desempenho do SUS**, 2012. Disponível em: <<http://www.tribunadopiaui.com.br/noticias/saude-publica-do-piaui-fica-abaixo-da-media-mas-supera-ce-rj-e-df-7942.html>>.

_____. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2011. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 02 set. 2016.

_____. Ministério da Educação. **Residência Multiprofissional**, 2017. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf>. Acesso em: 14 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028/2005 regulamenta as ações destinadas à **Redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prt1028_01072005.pdf>. Acesso em: 14 set. 2016.

_____. 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 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf >. Acesso em: 04 jun. 2017.

_____. 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: 15 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088/ 2011 institui a **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 13 set. 2016.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 20 de mar. 2017.

_____. 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 de set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2015. 46p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 02 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental. **O Vínculo e o Diálogo Necessários: Inclusão das Ações de Saúde Mental**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2ª Ed, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil**: cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portaria GM/MS nº 816**, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html>. Acesso em: 09 de Nov. 2017.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.996** de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2017.

_____. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 05 de Nov. 2017.

_____. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016, Conselho Nacional de Saúde (CNS). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 14 de fev. 2017.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Organizadores: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuik e Lúcia Pereira Barroso, IME USP. Brasília, DF: SENAD; 2009. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

BUTLER, J. P. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Tradução: Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CÂMARA, S. G. Compromisso, participação, poder e fortalecimento comunitário: à procura de um lugar no mundo. In M. Dimenstein (Orgs.). **Psicologia Social Comunitária aportes teóricos e metodológicos**. Natal, RN: UFRN, 2008.

CAMPOS, F. C. B.; GUARIDO, E. L. O Psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: SPINK, M. J. P. **A psicologia em diálogo com os SUS: prática profissional e produção acadêmica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho.** 19. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** *Physis - Rev. Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.41-65, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf> >. Acesso em: 05 de mar. 2017.

CELLARD. A análise documental. In: Jean Poupart *et al.* **A pesquisa qualitativa.** Enfoques epistemológicos e metodológicos; Petrópolis: vozes, 1997, pp. 295-316.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras** – Brasília, 128 p, 2010. Disponível em: < http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/06/AlcoolDrogas_novas_alteracoes.pdf >. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. **Práticas Profissionais dos (as) Psicólogos (as) nos Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: CFP, 2009. Disponível em: <http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Livro_CAPS_Psicologo.pdf >. Acesso em: 05 de Out. 2017.

CHEVALLIER, J. **O serviço público.** Belo Horizonte: Fórum, 2017.

CONNEL, R. **La organización social de la masculinidad,** 1997. Disponível em: <[www.cholonautas.edu.pe/Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales](http://www.cholonautas.edu.pe/BibliotecaVirtualdeCienciasSociales)>. Acesso em 16 de fev. 2017.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. **Masculinidade hegemônica: repensando o conceito.** *Revista Estudos Feministas*, v.21, n.01 Florianópolis, 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014> >. Acesso em: 15 fev. 2017.

COSTA, D. F. C., PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo Social. **Revista Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 572-582, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a09v36n95.pdf> >. Acesso em: 17 set. 2017.

COSTA, M. A F.; COSTA, M. F. B. **Projeto de pesquisa: Entenda e faça.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (org.). **Ensaio: Subjetividade, Saúde mental, Sociedade.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 361p. 2006.

COUTO M. T.; GOMES R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, pp. 2569-2578, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n10/05.pdf> >. Acesso em: 15 set. 2016.

COUTO, M.T.; PINHEIRO, T. F.; VALENÇA, O.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.33, p.257-70, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_arttext >. Acesso em: 15 fev. 2018.

DAGNINO, E. **Sociedade civil, participação e cidadania**: de que estamos falando?. In Daniel Mato (coord.), Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004.

DAL'IGNA, M. C. Desempenho escolar e gênero: um estudo com professoras de séries iniciais. In: **Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação** – ANPEd, 28., Caxambu/MG. Anais: 40 anos da Pós-Graduação em Educação no Brasil. Microservice Tecnologia Digital da Amazônia Ltda, pp. 1-15, 2005.

DAMATTA, R. **A casa e a rua**: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DELGADO, P. O desafio da reforma: os princípios que norteiam a transição para o novo modelo de assistência... **Revista Cidadania**, 2001. Disponível em: <http://www.paulodelgado.com.br/wp-content/themes/paulodelgado/revista/revista_cidadania.pdf>. Acesso em: 02 de mar. 2017.

DRAIBE, S. M. **As Políticas Sociais Brasileiras**: Diagnósticos e Perspectivas para a Década de 1990. In: IPEA, Brasília, 1990.

DUARTE, M. J. O. Construindo redes de cuidado na atenção à saúde mental, crack, álcool e outras drogas: interseccionalidade e direitos humanos. In: MONERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T de; SOUZA, R. G. de. **A interseccionalidade na agenda das políticas públicas**. Campinas – SP: Papel Social, 2014.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 01, p. 360, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21692.pdf> >. Acesso em: 28 fev. 2013.

_____. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **RAP** – Revista de Administração Pública, v. 35, n. 01, p. 119-145, 2001 Disponível em: < http://cappf.org.br/tiki-download_wiki_attachment.php?attId=100 >. Acesso em: 28 fev. 2013.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Programa Institucional Álcool, Crack e outras Drogas**, 2014. Disponível em: < <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/programa-institucional-alcool-crack-e-outras-drogas> >. Acesso em: 02 de mar. 2017.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 26ª Ed.[S.I]. Graal, 2008.

_____. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 20ª ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

FRASER, N; HONNETH, A. **Redistribution or recognition**: a political-philosophical exchange. Londres/Nova York, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GASKELL, G. entrevistas individuais e grupais. In: BAUER; GASKEL (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003, pp. 64-89.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. Editora: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. **Conjuntura política**, 2017. Disponível em: <<http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/699>>. Acesso em: 10 de set. 2016.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Livros Técnicos e Científicos, 1988.

GONDIM, G. M. M., MONKEN, M., ROJAS, L. I., BARCELLOS, C., PEITER, P., NAVARRO, M., & GRACIE, R. **O território da Saúde**: A organização do sistema de saúde e a territorialização, 2008. Disponível em: <http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11_2.pdf>. Acesso em: 10 de set. 2016.

GUIRALDELLI, R.; ENGLER, H. B. R. As categorias gênero e raça/etnia como evidências da questão social: uma reflexão no âmbito do serviço social. **Serviço Social & Realidade**. Franca, SP: v. 17, n. 1, p. 248-267, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/viewFile/12/77>>. Acesso em: 22 de set. 2016.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

HIRDES, A., KANTORSKI, L. P. Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. **Revista de Enferm UERJ**, 2004. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a15.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2017.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no serviço social**: ensaios críticos. 6ª Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo Demográfico 2010 – Características Gerais da População. Resultados da Amostra. IBGE, 2010. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220840&search=piawai|piri>>. Acesso em: 02 de mar. 2017.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**, 2015 Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default.shtm>>. Acesso em: 12 de mar. 2017.

KERNER, I. Tudo é interseccional? Sobre a relação entre racismo e sexismo. Traduzido por Bianca Tayolari. **Revista Estudos Novos**– CEBRAP, n.93, pp.45-58, 2012. ISSN 0.101-3.300. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002012000200005>>. Acesso em: 10 de abr. 2016.

KINOSHITA, R. T. **Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos**: vinte anos depois. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis - Santa Catarina, Brasil, 2009. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1017>>. Acesso em: 10 de abr. 2016.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.10, pp. 2617-2626, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232012001000011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 fev. 2018.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LOURO, G. L. (org.) **O Corpo Educado**: Pedagogias da Sexualidade. 3ª Ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

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: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, pp. 4503-4512, 2011. Disponível em: <www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a23v16n11.pdf>. Acesso em: 22 set. 2016.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>>. Acesso em: 24 de set. 2016.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MELO, M. A. B. C. **Anatomia do Fracasso**: Intermediações de Interesses e a Reforma das Políticas Sociais na Nova República. *Revista de Ciências Sociais*, n. 01, v. 36, 1993.

MATTOS, P. O conceito de interseccionalidade e suas vantagens para os estudos de gênero no Brasil. **XV Congresso Brasileiro de Sociologia**, 2011. Disponível em: <http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman>.

MEDEIROS, L. M. O. P.; BATISTA, S. H. **Humanização na Formação e no Trabalho em Saúde**: uma Análise Documental, In: Anais do Congresso Internacional

de Humanidades & Humanização em Saúde. São Paulo: Blucher, 2014. Disponível em: < <http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/humanizacao-na-formao-e-no-trabalho-em-sade-uma-anlise-documental-9715> >. Acesso em: 15 set. 2016.

MENDES, E. V. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. In: Mendes EV, organizador. **Uma agenda para a saúde**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

MENDES, E V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Panamericana da Saúde, 2ª edição. Brasília: 2011. 549 p.

MERHY, E. **O ato de cuidar como um dos nós críticos “chaves” dos Serviços de saúde**. 1999. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-04.pdf>>. Acesso em: 04 de dez. 2011.

_____. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido**. 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf>>. Acesso em: 11 de ago. 2016.

_____. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial**. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores, 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>>. Acesso em: 04 de dez. 2011.

MEYER, D. E. **Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais**. Revista Brasileira Enfermagem, v. 57, n. 01, pp. 13-18, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a03v57n1.pdf> >. Acesso em: 28 fev. 2017.

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

NASCIMENTO, V. L. V.; TAVANTI, R. M.; PEREIRA, C. Q. O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In: SPINK, M. J. et al. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

OLIVEIRA F. B.; FORTUNATO M. L. **Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica**. Vivência, 2007.

OLIVEIRA, J. F. O. (In) visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde num contexto assistencial: uma abordagem de gênero [tese]. Salvador (BA): **Universidade Federal da Bahia**, Instituto de Saúde Coletiva, 2008. Disponível em: < <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10387> >. Acesso em: 10 de set. 2016.

OLIVEIRA, R. C. Viagem ao território Terêna. In: **Os diários e suas margens**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002, pp.23-51.

- OLIVENSTEIN, C. **A clínica do toxicômano**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.
- PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDFBA, 2006.
- PAULILO, M. A. S. A Pesquisa Qualitativa e a História de Vida. **Serviço social em revista**, v. 1, n.1, Londrina, 1999.
- PEDROSA, C. H. **Cuidar? Sim; Olhar de gênero? Não**. Os sentidos do cuidado no Caps em documentos técnicos do Ministério da Saúde. São Paulo, SP. 2006. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Social). Pontífice Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP
- PEREIRA, P. A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. IN: BOSCHETTI, I. et. al. (Org.). **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. 2. Ed. – São Paulo: Cortez, 2009.
- PEREIRA, F. P. **“Seja homem”**: produção de masculinidades em contexto patriarcal. 1 ed. Curitiba – PR: CRV, 2014.
- PEREIRA, M. C. A.; BARROS, J. P. P. Públicos masculinos na Estratégia de Saúde da Família: estudo qualitativo em Parnaíba-PI. **Revista Psicologia e Sociedade**, v. 27, n. 03, pp. 587-598, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0102-7182&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de set. 2016.
- PERRUSI, A. **Imagens da loucura**. São Paulo: Cortez editora, 1995.
- PIAUI. **Portal de dados sociais, econômicos, territoriais**. 2017. Disponível em: <<http://www.piaui.pi.gov.br/>>. Acesso em: 20 de jan. 2018.
- _____. Portal da Saúde. Secretaria do Estado do Piauí. **Rede Psicossocial**. S/D. Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br>>. Acesso em: 15 set. 2016.
- PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma Prática Discursiva. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2013.
- PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T.; NOGUEIRA DA SILVA, G. Homens e cuidado: Construções de masculinidades na saúde pública brasileira. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, n. 02, v. 02, 2012. Disponível em: <www.http://revista.psico.edu.uy>. Acesso em: 15 set. 2016.
- PIRIPIRI - Prefeitura Municipal de Piripiri-PI. Município de Piripiri- **Piauí e sua administração**, 2016. Disponível em: <<http://www.piripiri.pi.gov.br/v2/>>. Acesso em: 10 de mar. 2015.
- PITTA, A. O que é a reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 01, pp. 129-135, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf>. Acesso em: 10 de abr. 2016.

ROSA, L. C. S. **Classes sociais, gênero e etnias na saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2015.

SAFFIOTI, H. **O poder do macho**. São Paulo: Editora Moderna, 1987.

SANTOS, B. S. Reinventar a democracia: entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo. IN: OLIVEIRA, F.; PAOLI, M. C. (Org.). **Os sentidos da democracia: Políticas do dissenso e hegemonia global**. Rio de Janeiro: Vozes. 1999.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia 2001.

SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, pp. 2635-2644, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/13.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

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. 05, pp. 961-970, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n5/18.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação e Realidade. Porto Alegre, 1990.

SOUSA, 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=S1413-7322012000200007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 de set. 2016.

SOUZA, S. L., MELO, L. G. Acolhimento aos usuários de crack de um Centro de Atenção Psicossocial: os sentidos atribuídos pelos trabalhadores. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 11, n. 04, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180669762015000400002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 de set. 2017.

SPINK, M. J. et al. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2013.

SPINK, M. J.; FREZZA, R. M. Práticas Discursivas e Produção de Sentido. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2013.

SPINK, M. J.; LIMA, H. Rigor e Visibilidade. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2013.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de Sentido no Cotidiano. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2013.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M. A Pesquisa como Prática Discursiva. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2013.

STAUDT, A. C. P. **Novos tempos, novos pais? O ser pai na contemporaneidade**. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil, 2007.

SZASZ, T. **Cruel Compaixão**. Tradução, Ana Rita P. de Moraes. Campinas: Papirus, 1994.

TEIXEIRA, M. B.; RAMÔA, M. L.; ENGSTROM, E.; RIBEIRO, J. M. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 05, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1455.pdf>>. Acesso em: 31 de jan. 2018.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 25-59, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 09 de Nov. 2017.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma Psiquiátrica, Tempos Sombrios e Resistência: Diálogos com o Marxismo e o Serviço Social**. Papel Social, 2016.

VILLELA, W. V.; PEREIRA, P. P. G. Gênero, uma categoria útil (para orientar políticas)? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, pp.2579-2588, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001000006&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 set. 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5ª. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZAGO, N. A entrevista e seu processo de construção: reflexões com base na experiência prática de pesquisa. In: ZAGO, N. et al. (Orgs.) **Itinerários de pesquisa: perspectivas qualitativas em psicologia da educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003, p. 287-309.

APÊNDICES

APÊNDICES A - GUIA DE OBSERVAÇÃO

INSERÇÃO NO SERVIÇO

- a) Descrição do serviço (estrutura física / rotina / informações visuais etc.).
- b) Conhecer a equipe (conversas informais).
- c) Observar o cotidiano (movimentos, rotinas, relações, características, sobre o que falam etc.).
- d) Observar as interações entre os/as profissionais.
- e) Observação das atividades desenvolvidas (como planejam, como fazem, sobre o que falam, que recursos utilizam etc.).

PROCESSOS DE TRABALHO

a) Observar as experiências dos/as profissionais e os processos de trabalho construídos:

1. Com os/as usuários/as;
2. Com as famílias;
3. Com os grupos etc.

b) As discussões teóricas e críticas pela literatura (orientações, referência técnicas, norteadores etc.) e RELAÇÃO com as especificidades de gênero/masculinidades.

1. Existem especificidades que precisam ser consideradas pelos/as profissionais no trabalho/manejo com o público masculino. Ex.: quais são os momentos que se fala sobre as dificuldades pessoais deles? Ou o foco é somente na questão AD? Existe um olhar para as situações específicas que envolvem o cotidiano masculino (ex.: vulnerabilidades, situações de riscos e violência, relações interpessoais e de gênero, sexualidade)? Existe algum olhar para as potencialidades deles enquanto homens (ex.: trabalho, relações)? etc.
2. Observa-se a consideração dessas particularidades pelos profissionais? Eles falam sobre essas particularidades?

c) POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH).

1. Os/as profissionais fazem uso dessa política? Como eles podem fazer uso dessa política para sua atuação junto ao público masculino? Esses/as profissionais fazem alguma referência a essas políticas ou outras políticas relativas a gênero?

d) ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

1. Quais as atividades desenvolvidas e quais as temáticas?

Grupos
Atendimentos individuais
Acolhimento

LENTEs

1. **Sentidos sobre o que é gênero.**
Posições binárias ou não.
2. **Diferenças na maneira de intervenção com os homens e demandas.**
Multiplicidade de “ver”/sentidos de homens. Relação entre o olhar dos profissionais para as demandas apresentadas por eles e o que envolve as masculinidades.
3. **Especificidades dos homens**
Rurais/urbanos, orientação sexual, relações sociais/familiares, trabalho/emprego. Pensar na diversidade, modos de vida. Existe uma grande diversidade de situações que representam sentidos de masculinidades.
4. **Desafio**
Não esquecer de observar as masculinidades em todos os momentos e atividades do CAPS, inclusive nas conversas informais. Estar atenta às falas da equipe.

APÊNDICE B - QUESTÕES FEITAS EM 22/06/17 (para compor os aspectos metodológicos)

1. História do CAPS AD.
 - Quando foi fundado?
 - Onde funcionou?
2. Quais foram as maiores dificuldades?
3. E as maiores conquistas?
4. Quais as articulações com os outros serviços?
5. Como vocês elaboraram o quadro de tarefa da equipe? (Cronograma)
6. Como se dão as relações de trabalho?
7. Qual o perfil dos usuários?
8. Como acontecem as assembleias?
9. Já existiram estágios ou estudos no CAPS? (ex.: TCC)
10. Quais as formas de lazer que vocês vêem os usuários mencionarem?
11. O que a profissional de educação física faz nos grupos dela?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Iniciais: _____; Sexo: _____; Idade: _____; Profissão: _____;
Estado civil: _____; Etnia: _____
Ano de conclusão da graduação: _____
Tempo de experiência profissional: _____
Tempo de atuação no CAPS (mês/ano): _____
Regime de trabalho/carga horária: _____
Outros vínculos empregatícios: _____
Pós-graduação: _____

Possui experiência anterior em:

- Saúde Pública/Saúde Mental: _____
- Atenção Psicossocial: _____
- Manicomial: _____
- Abstinência: _____
- Redução de danos: _____

Em que sua formação contribuiu? Quais as lacunas?

Como ingressou no CAPS AD?

Tinha conhecimento anterior sobre este serviço? Tinha interesse com esta demanda?

Participou/participa de algum treinamento introdutório e/ou curso de formação/educação permanente para o CAPS AD?

Que preparo você teve para trabalhar com a saúde do homem?

Conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem? Fale-me sobre...

2. INFORMAÇÕES SOBRE OS USUÁRIOS DO CAPS.

a) Qual o perfil dos usuários do CAPS?

Etnia	Classe social
Orientação Sexual	Idade
Naturalidade	Onde moram
Em quais locais da cidade eles “circulam”	Quais suas opções de lazer
Relações sociais e familiares	Fontes de renda

b) Como você definiria as principais características desses homens? (*Ver se é uma concepção homogenia ou plural*).

c) E as mulheres? Qual local da mulher nesses serviços? → *Explorar*

d) Quais as **demandas** mais frequentes no CAPS? E quais as principais no que se referente aos públicos masculinos?

• *Hipótese: Álcool* → Por que você acha que essa demanda é mais elevada? Tem a ver com o contexto deles? O que você acha?

• Como vocês lidam com essas diferentes demandas? Como tentam “resolver”? (homens - mulheres – família – justiça ...)

3. ATUAÇÃO E COTIDIANO NO CAPS

a) Como é para você como **mulher** (ou **homem**) trabalhar em um serviço majoritariamente masculino? Você acha que “interfere/afeta” em algo?

• Como é para você trabalhar com (outras) mulheres?

• Você prefere trabalhar com homem ou com mulher?

b) Que **ações/atividades** o CAPS AD (equipe e você) desenvolve junto aos homens?

• Grupais - Individuais,

• Em **equipe** → Quais as atividades desenvolvidas? De que forma vocês as executam? O que você pensa sobre (essa possibilidade de) trabalho em equipe?

• De que forma você as executa?

• Quais os objetivos?

• Para quem ela se destinou?

• Por que ela foi criada?

• Qual o **produto final**? O que fazem com o produto final?

c) Que ações específicas da sua profissão você desenvolve?

d) Como avalia as ações e que “resultados” têm alcançado enquanto profissional x e enquanto equipe?

e) O CAPS (e você enquanto profissional x) se organiza para responder às necessidades de gênero? Como? Que ações são ofertadas?

- *Fatores como idade, raça e classe, contexto de vida deles...*

f) Que aspectos(s) considera importantes no atendimento a esses homens? Você (s) utilizam esses aspectos em suas ações?

g) Sobre a **rede intersetorial do município**:

• Como se dá a relação com os demais serviços em Piripiri?

• Leva-se em consideração as necessidades de gênero? Por quê? Como? Quais?

h) Como é o **cotidiano** de trabalho e dinâmica interna do serviço? Como organizam as ações ao longo do dia? Da semana? Agenda de trabalho?

4. SENTIDOS, PENSAMENTOS, REFLEXÕES...

- a) Para você, que imagens estão associadas a homem (ns)? E de homens usuários de SPA?
- b) Você acha que essas imagens estão associadas à sua prática? Como?
- c) Que reflexões/desafios/potencialidades o cotidiano de trabalho no CAPS estão associados ao seu fazer profissional? E para sua profissão?
- d) Atender majoritariamente a homens traz alguma especificidade para você, para seu trabalho e para sua profissão?
- e) Você percebe diferenças entre o “ser” mulher e “ser” homem usuário de SPA?
- f) Você percebe alguma diferença no modo de atuação de vocês aqui do CAPS se o usuário é homem ou mulher?
- g) Você acha que existem necessidades específicas? Elas deveriam ser trabalhadas? Como?
- h) Comente sobre as facilidades do seu trabalho no CAPS AD. E no que diz especificamente à atenção a esses públicos (Mascullinos). E os desafios/limites?
- i) Que possibilidade você percebe para aprimorar essa atenção no seu cotidiano de trabalho e na sua equipe?
- j) Como foi para você responder a essas questões feitas por mim?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do projeto: “Gênero e saúde mental: discutindo concepções de masculinidades no CAPS AD de Piri-piri-PI”.

Pesquisadora responsável: Dr^a. Lucia Cristina dos Santos Rosa

Instituição: UFPI – Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas – Mestrado

Telefones para contato: (86) 99902-4645

Local de coleta dos dados: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) de Piri-piri-PI

Prezado(a) Senhor(a): Você está sendo convidado (a) participar dessa pesquisa de forma totalmente **voluntária**.

É uma pesquisa desenvolvida no Programa de Políticas Públicas. E este termo será emitido em duas vias uma que ficará com o pesquisador e outra com o participante. Antes de concordar em participar desta pesquisa é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Justificativa: Em virtude de compreender a relação entre concepções de masculinidades e os processos de trabalho dos profissionais do CAPS AD de Piri-piri-PI, trabalharemos com a investigação de como tem se dado esta atuação no campo da saúde mental. **Objetivo de estudo:** Analisar a (s) relação (ões) entre as concepções de masculinidades dos profissionais de nível superior dos CAPS AD e seus processos de trabalho.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá no consentimento de ser observado em suas atividades cotidianas no serviço, bem como, na participação de uma entrevista. Deste modo, fica autorizado por meio deste termo a gravação da mesma.

Benefícios: Esta pesquisa trará um maior conhecimento sobre o tema abordado, além de ajudar para a compreensão cãs relação entre gênero e saúde mental

Riscos: A participação nesta pesquisa *a priori* não representa qualquer risco de ordem física ou psicológica para você, na medida em que prezamos pelo sigilo, porém, caso exista algum desconforto ao compartilhar informações, ou sinta algum incômodo em falar de algum tópico em específico, não precisa respondê-lo, reservando-se no direito de passar à pergunta seguinte, ou mesmo desistir de participar da pesquisa.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas. Sobre o acompanhamento e assistência ao participante quando do encerramento ou interrompimento da pesquisa o participante poderá acessar os contatos dos pesquisadores ou do CEP.

Local e data

Assinatura N. identidade

Pesquisador responsável.

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Pró-Reitoria de Pesquisa. Bairro: Ininga. CEP: 64.049-550 - Teresina – PI. Tel: (86)3237-2332.email:cep.ufpi@ufpi.edu.br. web: www.ufpi.br/cep.

ANEXOS

ANEXO A - TABULAÇÃO DO PERFIL DOS USUÁRIOS – REALIZADO EM 2015 COM BASE NOS PRONTUÁRIOS

DEPENDÊNCIAS	Homem	Mulher	Total
Álcool	231	31	262
Maconha	5	0	5
Crack	18	4	22
Álcool + Maconha	16	3	19
Crack + Inalantes	1	0	1
Álcool + Inalantes	1	0	1
Álcool + Maconha + Inalantes	1	0	1
Maconha + Crack + Inalantes	2	1	3
Álcool + Cocaína	2	0	2
Álcool + Crack	11	1	12
Maconha + Crack	17	1	18
Maconha + Inalantes	1	0	1
Álcool + Maconha + Cocaína	6	2	8
Álcool + Maconha + Crack	17	4	21
Álcool + Cocaína + Crack	1	1	2
Maconha + Cocaína + Crack	5	2	7
Álcool + Maconha + Cocaína + Crack	15	2	17
Álcool + Inalante + Maconha + Crack	2	0	2
Não informado	13	1	14
Total de Usuários	365	53	418

ANO DE NASCIMENTO	IDADE	QUANT. DE USUÁRIOS
1930 – 1940		
1931	83	1
1936	78	1
1942	72	2
1945	69	1
1946	68	3
1947	67	2
1948	66	1
TOTAL	11	
1950		
1951	63	6
1952	62	4
1953	61	3
1954	60	7

1955	59	3
1956	58	4
1957	57	3
1958	56	5
1959	55	4
TOTAL		39
1960		
1960	54	8
1961	53	7
1962	52	14
1963	51	4
1964	50	10
1965	49	3
1966	48	9
1967	47	15
1968	46	11
1969	45	12
TOTAL		93
1970		
1970	44	10
1971	43	6
1972	42	13
1973	41	14
1974	40	9
1975	39	11
1976	38	10
1977	37	15
1978	36	12
1979	35	12
TOTAL		112
1980		
1980	34	13
1981	33	18
1982	32	12
1983	31	8
1984	30	15
1985	29	7
1986	28	11
1987	27	8
1988	26	11
1989	25	9
TOTAL		112
1990		
1990	24	7
1991	23	10
1992	22	4
1993	21	3
1994	20	4

1995	19	5
1996	18	3
1997	17	3
1998	16	1
1999	15	1
2000	14	1
TOTAL		42
NÃO IDENTIFICADOS		9
TOTAL DE USUÁRIOS		418

ESCOLARIDADE	
Não alfabetizado	40
1ª série	20
2ª série	23
3ª série	20
4ª série	37
5ª série	29
6ª série	21
7ª série	15
8ª série	24
1º ano	14
2º ano	5
3º ano	5
EMC	18
EMI	11
EFC	6
ESC	4
ESI	1
Nível Técnico	1
Não informado	-
TOTAL	124

LOCALIZAÇÃO	
Centro	50
Caixa D'água	14
Anajás	15
Petecas	28
Paciência	25
Barcellona	03
Recreio	19
Vista Alegre	43
Estação	13
Prado	23
São João	13

Floresta	41
Morro da Ana	2
Campo das Palmas	1
Flor dos Campos	5
Santa Maria	11
Fonte dos Matos	6
Germano	8
Matadouro	4
Crioli	1
Itacoatiara	1
São Francisco	1
Zona Rural	36
Outros municípios	15
Não informado	40
TOTAL	418

OUTROS MUNICÍPIOS	QUANTIDADE
Brasileira	8
Boa Hora	1
Teresina	1
São João da Fronteira	2
Domingos Mourão	1
Capitão de Campos	1
Pedro II	1
TOTAL	15

INÍCIO DE USO	
IDADE	QUANTIDADE
7	1
8	2
9	4
10	9
11	6
12	29
13	25
14	27
15	34
16	34
17	24
18	22
19	6
20	11
21	5
22	5
24	1

25	4
26	3
27	1
28	2
29	1
30	1
31	1
32	1
38	2
39	1
40	1
43	1
48	1
55	1
60	3
62	1
Não informado	148
TOTAL	418

TEMPO DE TRATAMENTO	
05 Anos	53 usuários
04 Anos	70 usuários
03 Anos	55 usuários
02 Anos	51 usuários
01 Ano	88 usuários
Admitidos de 2014	71 usuários
Anos anteriores	27 usuários
Não informado	03 usuários
TOTAL	418

CARÁTER DE ATENDIMENTO	
Intensivo	132 usuários
Semi-intensivo	160 usuários
Não-intensivo	116 usuários
Não informado	10 usuários
TOTAL	418

ANEXO B - DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR REGIONAIS DE SAÚDE E MACRORREGIÃO

Nº ORD.	TERRITÓRIO DA PLANÍCIE LITORÂNEA/ COORDENAÇÃO REGIONAL DE PARNAÍBA	POPULAÇÃO
01	Cajueiro da Praia	6.981
02	Ilha Grande	8.420
03	Luis Correia	26.141
04	Parnaíba	140.839
05	Bom Princípio do Piauí	5.276
06	Buriti dos Lopes	19.150
07	Caraúbas do Piauí	5.371
08	Caxingó	5.023
09	Cocal	26.201
10	Cocal dos Alves	5.341
11	Murici dos Portelas	7.655
TOTAL GERAL		256.398
Nº ORD.	TERRITÓRIO DOS COCAIS / COORDENAÇÃO REGIONAL DE PIRIPIRI	POPULAÇÃO
01	Barras	43.328
02	Batalha	25.724
03	Campo Largo do Piauí	6.726
04	Esperantina	36.190
05	Joaquim Pires	13.779
06	Joca Marques	5.345
07	Luzilândia	24.323
08	Madeiro	7.680
09	Matias Olimpio	10.465
10	Morro do Chapéu do Piauí	6.377
11	Nossa Senhora dos Remédios	8.044
12	Porto	11.492

13	São João do Arraial	7.081
14	Brasileira	7.699
15	Domingos Mourão	4.312
16	Lagoa de São Francisco	6.520
17	Milton Brandão	7.018
18	Pedro II	36.675
19	Piracuruca	25.625
20	Piripiri	60.249
21	São João da Fronteira	5.008
22	São José do divino	5.045
TOTAL GERAL		364.705
Nº ORD.	TERRITÓRIO ENTRE RIOS /COORDENAÇÃO REGIONAL DE TERESINA	POPULAÇÃO
01	Alto Longa	13.612
02	Altos	38.328
03	Coivaras	3.797
04	José de Freitas	35.164
05	Lagoa Alegre	7.862
06	Miguel Alves	32.178
07	Nazária do Piauí	7.817
08	Pau d'Arco	3.713
09	Teresina	779.939
10	União	41.661
11	Beneditinos	9.560
12	Currálinhos	4.072
13	Demerval Lobão	12.806
14	Lagoa do Piauí	3.684
15	Miguel Leão	1.194
16	Monsenhor Gil	10.321
17	Agricolândia	4.980
18	Água Branca	15.887

19	Amarante	17.316
20	Angical do Piauí	6.609
21	Barro Duro	6.661
22	Hugo Napoleão	3.674
23	Jardim do Mulato	4.171
24	Lagoinha do Piauí	2.563
25	Olho d'Água do Piauí	2.637
26	Palmeirais	13.721
27	Passagem Franca do Piauí	4.127
28	Regeneração	17.633
29	Santo Antônio dos Milagres	1.963
30	São Gonçalo do Piauí	4.342
31	São Pedro do Piauí	13.083
TOTAL GERAL		1.125.075
Nº ORD.	TERRITÓRIO CARNAUBAIS / COORDENAÇÃO REGIONAL DE CAMPO MAIOR	POPULAÇÃO
01	Boa Hora	6.086
02	Boqueirão do Piauí	6.325
03	Cabeceiras do Piauí	9.438
04	Campo Maior	44.548
05	Capitão de Campos	10.830
06	Cocal de Telha	4.522
07	Jatobá do Piauí	4.523
08	Nossa Senhora de Nazaré	4.048
09	Sigefredo Pacheco	9.506
10	Assunção do Piauí	8.011
11	Buriti dos Montes	7.820
12	Castelo do Piauí	18.550
13	Juazeiro do Piauí	4.769
14	Novo Santo Antônio	3.383
15	São João da Serra	6.672

16	São Miguel do Tapuio	19.201
TOTAL GERAL		168.232
Nº ORD.	TERRITÓRIO VALE DO SAMBITO/ COORDENAÇÃO REGIONAL DE VALENÇA DO PIAUÍ	POPULAÇÃO
01	Aroazes	5.857
02	Prata do Piauí	3.159
03	Santa Cruz dos Milagres	3.352
04	São Félix do Piauí	3.132
05	São Miguel da Baixa Grande	2.083
06	Barra d'Alcântara	3.774
07	Elesbão Veloso	14.174
08	Francinópolis	5.292
09	Inhuma	14.973
10	Lagoa do Sítio	5.042
11	Novo Oriente do Piauí	6.191
12	Pimenteiras	11.722
13	Valença do Piauí	19.716
14	Várzea Grande	9.429
TOTAL GERAL		107.896
Nº ORD.	TERRITÓRIO DO VALE DO CANINDÉ / COORDENAÇÃO REGIONAL DE OEIRAS	POPULAÇÃO
01	Cajazeiras do Piauí	3.193
02	Colônia do Piauí	7.662
03	Oeiras	35.075
04	Santa Rosa do Piauí	5.149
05	São João da Varjota	4.776
06	Tanque do Piauí	2.605
07	Bela Vista do Piauí	3.344
08	Campinas do Piauí	5.598
09	Conceição do Canindé	4.923

10	Floresta do Piauí	2.551
11	Isaías Coelho	7.790
12	Santo Inácio do Piauí	3.626
13	São Francisco de Assis do Piauí	5.015
14	Simplicio Mendes	11.472
TOTAL GERAL		102.779
Nº ORD.	TERRITÓRIO VALE DO RIO GUARIBAS / COORDENAÇÃO REGIONAL DE PICOS	POPULAÇÃO
01	Aroeiras do Itaim	2.654
02	Bocaina	4.039
03	Dom Expedito Lopes	6.532
04	Geminiano	5.255
05	Itainópolis	11.084
06	Paquetá	4.531
07	Picos	70.450
08	Santana do Piauí	4.841
09	Santo Antônio de Lisboa	5.729
10	São João da Canabrava	4.364
11	São José do Piauí	6.808
12	São Luis do Piauí	2.596
13	Sussuapara	5.537
14	Vera Mendes	3.097
15	Belém do Piauí	2.788
16	Caldeirão Grande do Piauí	5.622
17	Francisco Macedo	2.255
18	Jaicós	16.826
19	Marcolândia	7.154
20	Massapé do Piauí	6.428
21	Padre Marcos	7.340
22	Simões	13.734
23	Acauã	6.300

24	Betânia do Piauí	9.312
25	Caridade do Piauí	4.583
26	Curral Novo do Piauí	4.898
27	Jacobina do Piauí	5.597
28	Patos do Piauí	6.171
29	Paulistana	16.930
30	Queimada Nova	9.146
31	Alagoinha do Piauí	7.447
32	Alegrete do Piauí	4.482
33	Campo Grande do Piauí	5.645
34	Francisco Santos	8.293
35	Fronteiras	11.054
36	Monsenhor Hipólito	7.163
37	Pio IX	17.123
38	São Julião	5.908
39	Vila Nova do Piauí	3.030
40	Santa Cruz do Piauí	5.790
41	Wall Ferraz	4.452
42	Ipiranga do Piauí	9.354
TOTAL GERAL		352.342
Nº ORD.	TERRITÓRIO DO VALE DOS RIOS PIAUI E ITAUEIRAS/ COORDENAÇÃO REGIONAL DE FLORIANO	POPULAÇÃO
01	Arraial	5.002
02	Floriano	56.090
03	Francisco Ayres	5.017
04	Nazaré do Piauí	6.947
05	Nova santa Rita	4.284
06	Paes Landim	4.462
07	Pedro Laurentino	2.105
08	Ribeira do Piauí	4.103

09	Socorro do Piauí	4.599
10	São José do Peixe	3.730
11	São Miguel do Fidalgo	3.078
12	Brejo do Piauí	3.181
13	Canto do Buriti	20.673
14	Flores do Piauí	4.468
15	Itaueira	10.558
16	Pajeú do Piauí	3.616
17	Pavussu	4291
18	Rio Grande do Piauí	6.430
19	Tamboril do Piauí	2.897
20	Manoel Emídio	5.357
21	São Francisco do Piauí	6.276
22	Jerumenha	4.371
23	Porto Alegre do Piauí	2.468
24	Guadalupe	9.587
25	Canavieira	3.984
26	Landri Sales	5.586
27	Marcos Parente	4.198
28	Bertolinia	5.302
TOTAL GERAL		202.660
Nº ORD.	TERRITÓRIO DOS TABULEIROS DO ALTO PARNAIBA/ COORDENAÇÃO REGIONAL DE URUÇUÍ	POPULAÇÃO
01	Antônio Almeida	3.140
02	Baixa Grande do Ribeiro	10.232
03	Ribeiro Gonçalves	6.577
04	Sebastião Leal	4.080
05	Uruçuí	19.017
TOTAL GERAL		43.046
Nº ORD.	TERRITÓRIO SERRA DA CAPIVARA/ COORDENAÇÃO REGIONAL DE SÃO	POPULAÇÃO

	RAIMUNDO NONATO	
01	Campo Alegre do Fidalgo	4.451
02	Capitão Gervásio Oliveira	3.865
03	João Costa	3.199
04	Lagoa do Barro do Piauí	4.543
05	São João do Piauí	18.689
06	Anísio de Abreu	8.197
07	Bonfim do Piauí	5.185
08	Caracol	10.343
09	Guaribas	4.343
10	Jurema	4.388
11	São Braz do Piauí	4.311
12	Várzea Branca	5.178
13	Coronel José Dias	4.356
14	Dom Inocêncio	10.329
15	Dirceu Arcoverde	6.721
16	Fartura do Piauí	5.190
17	São Lourenço do Piauí	4.899
18	São Raimundo Nonato	30.852
TOTAL GERAL		139.039
Nº ORD.	TERRITÓRIO CHAPADA DAS MAGANBEIRAS / COORDENAÇÃO REGIONAL DE BOM JESUS	POPULAÇÃO
01	Alvorada do Gurguéia	4.976
02	Bom Jesus	19.532
03	Colônia do Gurguéia	5.700
04	Cristino Castro	9.518
05	Currais	4.538
06	Eliseu Martins	4.722
07	Palmeira do Piauí	4.985
08	Santa Luz	5.280

09	Avelino Lopes	11.507
10	Curimatá	10.360
11	Júlio Borges	5.250
12	Morro Cabeça no Tempo	4.241
13	Parnaguá	10.313
14	Redenção do Gurguéia	8.263
15	Barreiras do Piauí	3.355
16	Corrente	24.518
17	Cristalândia do Piauí	7.800
18	Gilbués	10.351
19	Monte Alegre	10.335
20	Riacho Frio	4.884
21	Santa Filomena	5.999
22	São Gonçalo do Gurguéia	2.455
23	Sebastião Barros	4.178
TOTAL GERAL		183.060

Fonte: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/87/REGIONAIS_DE_SAUDE.pdf.