

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE  
E O CUIDADO SITUADO DO USUÁRIO  
DE CRACK EM SALVADOR (BA)**

***COMMUNITY HEALTH AGENTS AND THE SITUATED  
CARING FOR THE MALE CRACK USER  
IN SALVADOR, BAHIA, BRAZIL***

---

Fátima Regina Gomes Tavares\*

Talita Nunes Costa\*\*

**Resumo**

Este trabalho busca compreender, a partir de uma abordagem etnográfica, as práticas de cuidado de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) voltadas para homens adultos, moradores de um bairro central de Salvador (BA), cadastrados na Unidade de Saúde, que consomem crack e não vivem em situação de rua. A pesquisa foi realizada entre junho de 2015 e setembro de 2016, em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família em Salvador (BA). A abordagem do ACS dirigida a esse público associa diferentes formas de aproximação, sendo que sua particularidade consiste na intensificação de características observadas na atenção dirigida para os homens em geral (não consumidores dessa droga). As estratégias são ancoradas na sabedoria prática do ACS, advindas de sua estreita relação com os sujeitos nesse território. O estudo evidenciou que o ACS oferece um **cuidado situado**, diferenciando-se dos pressupostos e ações de cuidado segundo o paradigma da Redução de Danos, que apresenta limitações para o contexto empírico desse profissional. Contrastar o agenciamento do cuidado operado por agentes comunitários à ótica da Redução de Danos indica a percepção de que são modos distintos e complementares de garantir a atenção em saúde.

**Palavras-Chave:** Estratégia de Saúde da Família. Agente Comunitário de Saúde. Redução de Danos. Saúde do Homem.

**Abstract**

This paper aims to discuss, from an ethnographical perspective, the healthcare provided by Community Health Workers, commonly known as ACS (Agente Comunitário de Saúde in Portuguese), to no homeless adult male crack users living in a socio and economically vulnerable neighborhood in the city of Salvador, Bahia, Brazil, registered at the local Health Unit. The research was conducted from June 2015 to September 2016 in the local Family Health Strategy unit. ACS combines different approaches when dealing with this public. Such strategies have the same characteristics as the healthcare given by the ACS to men that don't use this psychoactive substance, but in a more intensive way, which makes them unique. The ACS approach is based on "practical wisdom" built by the ACS on their daily field experience. The research showed that the ACS offers a "situated caring" to male crack users. The ACS approach is not the same as the practices based on the Harm Reduction Paradigm, which are limited considering the empirical context of the ACS' work. The contrast between the health assistance given by ACS and the one from the Perspective of Harm Reduction indicates that they are complementary strategies for supplying healthcare to people.

**Keywords:** Family Health Strategy. Community Health workers. Harm Reduction. Men's Health.

---

\*Doutora em Antropologia pelo Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: fattavares@ufba.br

\*\* Psicóloga. Mestre em Antropologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e doutoranda em Antropologia da UFBA. E-mail: talitanc@yahoo.com.br

## Introdução

Etnografias em serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) nos permitem conhecer a polissemia de concepções, valores e práticas relacionadas às experiências de saúde-doença e às noções de cuidado. Contribuem para compreendermos as relações entre políticas públicas e seus modelos de atenção, além dos fazeres dos profissionais e usuários dos serviços. A própria noção de **serviço de saúde** revela-se heterogênea. Os estudos evidenciam os movimentos de interação, consensos, tensões e ambiguidades subjacentes à “normatização e uniformização do atendimento segundo diretrizes do SUS” (FERREIRA; FLEISCHER, 2014, p. 8), caracterizando-se duplamente como “etnografias no SUS e [...] do SUS” (FERREIRA; FLEISCHER, 2014, p.16).

Segundo Teixeira, Engstrom e Ribeiro (2017, p. 326), pesquisas e práticas brasileiras e internacionais sobre as especificidades do uso de crack e outras drogas, publicadas entre 2010 e 2016, sustentam perspectivas distintas: a “guerra às drogas”, o “modelo da doença”, o “modelo de atenção psicossocial”, a “abordagem da Redução de Danos” e a descriminalização atrelada à legalização das drogas. Entre outros aspectos, os autores referem o cuidado do usuário relegado às áreas social e de segurança pública, carecendo de articulação com as esferas da educação, trabalho e saúde. As discussões sobre o tema na saúde pública e em torno da não criminalização dos usuários têm se fortalecido. A baixa cobertura mediada por políticas de atenção à saúde deve-se às dificuldades de acesso aos serviços e ao estigma atribuído por profissionais de saúde a esse público (mesmo ao caracterizar-se por perfis, padrões de consumo e graus de vulnerabilidade social distintos). Facilitar o acesso do usuário de crack aos serviços do SUS visa a diminuir sua estigmatização e reduzir-lhe os riscos e danos sociais e de saúde. Mas o que a etnografia pode revelar são os desafios cotidianos que estão em curso para a implementação dessas políticas.-

Este trabalho apresenta os resultados de uma etnografia<sup>1</sup> realizada entre junho de 2015 e setembro de 2016 em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e seu território de abrangência, em Salvador (BA), com Agentes Comunitários/as de Saúde (popularmente conhecidos no município como “agentes de saúde” ou “ACS”) no cuidado cotidiano de homens adultos que moram no bairro, são cadastrados na ESF, usam crack, não vivem em situação de rua<sup>2</sup> e podem (ou não) ter envolvimento com o tráfico de drogas. A participação dos usuários de crack – denominação utilizada para se referir a esses sujeitos, o que não significa reduzi-los à prática de consumo dessa substância psicoativa (SPA) – estava prevista inicialmente na pesquisa,

---

1 A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (CEPEE-UFBA) através do parecer consubstanciado nº 1.309.326, foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e subsidiou a elaboração de uma dissertação de mestrado que discutiu a atenção em saúde oferecida por ACS para moradores do bairro do sexo masculino, adultos, consumidores de crack (associado ou não a outras drogas).

2 A ESF pesquisada não consiste em um equipamento assistencial direcionado à população em situação de rua (PSR), embora existam no país equipes de Saúde da Família específicas para este público (REIS JUNIOR, 2011).

porém, os ACS se opuseram, em parte tratando essa recusa como medida de segurança, em parte pelo fato dos usuários serem menores de idade, do sexo feminino ou estarem em situação de rua.

Acompanhar os ACS possibilitou compreender as diferentes estratégias empregadas na assistência a esse público por meio de “abordagens”<sup>3</sup> diretas, indiretas e de evitação. Considerando essas modalidades, sugerimos que a abordagem do usuário de crack<sup>4</sup> pelo ACS não destoia do cuidado dirigido aos demais homens da comunidade nas dependências da Unidade de Saúde e fora dela, mas imprime uma **agudização** do cuidado, no sentido da intensificação dos protocolos e dos desafios cotidianos. Veremos também que a abordagem direta, indireta e a evitação configuram modalidades de vínculo acionadas pelo agente de saúde para garantir sua segurança física e a de seus familiares e o cuidado do usuário de crack no seu entorno, no bairro. Essas estratégias refletem orientações mais amplas da ESF e o exercício do cuidado fundamentado na sabedoria prática desenvolvida por ACS ao se relacionarem com o usuário de crack no território.

Essas formas de vínculo do ACS se diferenciam dos pressupostos e práticas da Redução de Danos (RD), paradigma que, à época da pesquisa, norteava as políticas públicas de assistência à saúde de usuários de SPA e orientava o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). O contraste entre a sabedoria prática do ACS e a RD evidencia dissonâncias entre essas formas de cuidado, bem como os limites das premissas e práticas da RD diante dos dilemas enfrentados por ACS.

Este trabalho não pretende adotar uma dessas concepções sobre o cuidado como parâmetro de avaliação para a outra, mas reconhecer as especificidades dessas práticas de atenção em saúde. Buscamos reafirmar a importância de sua complementariedade para garantir uma assistência qualificada e reiterar a indissociabilidade das práticas dos seus referenciais teóricos e contextos de atuação dos respectivos profissionais.

As diferenças entre formas plurais de cuidado aludem à complexidade da relação entre saúde, cultura e sociedade. A população assistida pela ESF apresenta certa homogeneidade do ponto de vista sociológico, ao residir na mesma área de abrangência da equipe de saúde. Porém, o agente de saúde precisa lidar com o fato de que hábitos e técnicas de atenção e cuidado com a saúde são mediados por sistemas culturais distintos daqueles que subsidiam o sistema biomédico e o treinamento de profissionais de saúde (LANGDON; WIIK, 2010).

Assim, a atuação do agente de saúde é marcada por “dilemas da prática cotidiana”. Por um lado, as orientações da ESF que recorta territórios e planifica práticas. Por outro, as redes intersticiais que fazem do território das equipes de saúde espaços de multiplicidades (TAVARES; CAROSO; SANTANA, 2015, p. 490).

---

3 Neste trabalho, empregamos como sinônimos os vocábulos “abordagem” e “aproximação”, no sentido do senso comum, para nos referirmos às três diferentes estratégias – direta, indireta e evitação – que correspondem às modalidades de vínculo estabelecidas por ACS junto a usuários de crack observadas durante a pesquisa.

4 Os homens adultos moradores do bairro, cadastrados na ESF, que usam crack, não vivem em situação de rua e podem ou não ter envolvimento com o tráfico de drogas são referidos sucintamente no artigo como “usuários de crack”.

O objetivo desse artigo é contextualizar as três modalidades de cuidado utilizadas por ACS de uma ESF soteropolitana para lidar com moradores homens adultos consumidores de crack: a abordagem direta, indireta e a evitação. Em seguida, buscamos contrastá-las com a atenção em saúde dos demais moradores homens e com o cuidado de usuários de SPA segundo a perspectiva da RD.

Primeiramente, apresentamos a ESF e o agente comunitário de saúde, situando-o neste contexto. Sumarizamos as premissas da RD, comparando-as com os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); e exemplificamos como a prática em RD pode operar no cotidiano de uma Unidade de Saúde por meio da parceria entre a ESF pesquisada e um Programa de RD. Em seguida, caracterizamos o cenário da ESF em Salvador (BA) à época da pesquisa, o campo de pesquisa e a etnografia realizada. Posteriormente, descrevemos os desafios enfrentados pelo ACS para garantir o “cuidado situado” de usuários de crack e as modalidades de abordagem desse público, contrastando-as com a atenção em saúde oferecida para os demais homens do bairro. Por fim, contrapomos o contexto empírico da abordagem de usuários de crack por ACS e o aporte teórico-técnico da RD, destacando diferenças e complementariedades entre essas formas de cuidado.

### **A ESF e o Agente Comunitário de Saúde**

A Atenção Primária à Saúde define a ESF como prioritária para expandir e consolidar a Atenção Básica. A ESF foi idealizada como uma modalidade de serviço municipal, público, gratuito, de caráter ambulatorial, desenvolvido nos “postos de saúde” (denominação popular local atribuída à Unidade de Saúde) e norteada por uma lógica distinta do modelo assistencial centrado na doença e na medicalização (BRASIL, 1997; TRAD; BASTOS, 1998).

As diretrizes do serviço pressupõem atender às necessidades de saúde numa perspectiva integral e prestar assistência continuada à população, em sua área de abrangência, antes que os problemas de saúde surjam ou se acentuem (BRASIL, 2001). Isto deve ocorrer por meio da realização de ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2012), com base nas prioridades epidemiológicas locais (TRAD; BASTOS, 1998).

A equipe de trabalho da ESF deve reunir de quatro a seis ACS, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um cirurgião-dentista, um Técnico em Saúde Bucal e um Auxiliar de Consultório Dentário. Os profissionais devem conhecer os fatores determinantes do processo saúde-doença que definem a qualidade de vida da comunidade para organizar seu plano de ação (BRASIL, 2001; SANTOS *et al.*, 2011). Devem realizar busca ativa, comunicar doenças e agravos de notificação compulsória e reportar outros agravos e situações de importância local (BRASIL, 2012).

Um dos pilares técnicos e políticos da implementação da ESF é a interação entre serviço de saúde e população (BRASIL, 2001; TRAD; BASTOS, 1998). A inserção na comunidade é feita principalmente através do ACS, que reúne informações sobre os moradores da área de abrangência da equipe, necessárias para o planejamento, organização e realização das ações. Sua atuação se baseia no estabelecimento do vínculo com a população, sendo eminentemente extramuros. É planejada, organizada e executada sobretudo a partir do modo pelo qual esse profissional se relaciona com o território (BRASIL, 2002).

Porém, as demandas e problemas diversificados existentes na prática contrastam com a “formatação” universalizante das políticas públicas de saúde, cuja filosofia associa saúde e cidadania, prezando pelo acesso de camadas pauperizadas da população aos meios de promoção da saúde (NUNES *et al.*, 2002). Por um lado, a ESF “territorializa” as redes biomédicas de cuidado, por outro, “convive” com redes intersticiais, pautadas em formas de viver que se tensionam, se complementam, limitam, potencializam e transformam o trabalho das equipes de saúde, atravessando e transgredindo a territorialização promovida pela ESF (BONET; TAVARES, 2007; BONET *et al.*, 2009). No cuidado em saúde de homens usuários de crack, os ACS têm de lidar com redes de perigo, como o tráfico de drogas e a violência comumente associada àquele, juntamente com redes de cuidado envolvendo a vizinhança, os parentes, as religiões, os Programas de Redução de Danos (PRD).

### **A Redução de Danos na ESF**

A RD considera o uso de drogas lícitas e ilícitas uma prática social complexa, atrelada aos demais aspectos da vida do sujeito e seu contexto social e também um problema de saúde pública. A RD admite variações nas formas e padrões de consumo e busca contemplar os diferentes estilos de vida, necessidades, desejos e limites dos usuários, o que remete à defesa dos Direitos Humanos e ao respeito às diferenças (CONTE *et al.*, 2004). A opção pelo uso das SPA é respeitada, assim como se reconhece que há pessoas que não querem ou não podem interrompê-lo (BRASIL, 2001).

As intervenções em RD visam a respeitar e valorizar o sujeito e seu conhecimento sobre seu uso de drogas (MACRAE; GORGULHO, 2003), adequar as modalidades de atendimento ao perfil da população-alvo, articular diversas áreas de conhecimento (psicologia, direito etc.) e saberes (saber popular, biomédico etc.) e realizar ações transversais e multisetoriais para diminuir os prejuízos sociais e de saúde decorrentes (in)diretamente do uso/abuso de SPA, sem, necessariamente, interromper o consumo dessas substâncias (ANDRADE, 2004). Propõe-se um cuidado assentado no vínculo com o sujeito e na escuta, o que permite conhecer a função desempenhada pelo uso de uma SPA (ou várias, simultaneamente) em sua vida. Os objetivos são estimular o protagonismo do sujeito e de sua rede social na promoção do autocuidado e facilitar seu acesso a informações, bens e serviços de saúde (CONTE *et al.*, 2004).

As ações em RD incluem entrega de preservativos e insumos para uso seguro de SPA (*swabs*, seringas estéreis, cachimbos de acrílico ou madeira), realização de oficinas educativas, orientações sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), encaminhamento para serviços públicos de saúde etc., considerando os distintos perfis das populações de usuários, os recursos técnicos disponíveis e outros fatores. As atividades são realizadas sobretudo em contextos de vulnerabilidade social, de forma regular ou eventual, por vezes resultando da parceria entre Programas de RD e escolas, postos de saúde, abrigos, albergues ou serviços em saúde mental. Por isso, o público-alvo é variado. O trabalho é desenvolvido por redutores de danos e outros profissionais vinculados a Organizações Não Governamentais, serviços de extensão de universidades ou por meio de dispositivos públicos, como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e o Consultório na Rua. Os saberes e tecnologias da RD podem ser estendidos a outros contextos, a exemplo da clínica psicológica, prática médica, segurança no trânsito e trabalho comunitário em geral. Os resultados do trabalho em RD incluem diminuição efetiva da transmissão de doenças infectocontagiosas devido à mudança de hábitos dos usuários e fortalecimento de sua reinserção social, cidadania, protagonismo e autonomia (ANDRADE, 2011; CONTE *et al.*, 2004).

Com base nessas considerações, compreendemos que não há uma área de conhecimento, cenário de atuação, instituição, categoria profissional ou função ideais para pôr em prática o arcabouço teórico-metodológico da RD junto a consumidores de SPA lícitas e ilícitas. Assim, seria possível garantir o cuidado em saúde apoiado na RD para pessoas que usam drogas no âmbito da ESF, ainda que em condições limitadas e distintas de profissionais dedicados especificamente a esse trabalho, a exemplo do redutor de danos.

A assistência ao usuário de SPA orientada por princípios e diretrizes da RD consolida-se no Brasil paulatinamente através da articulação entre as políticas de atenção voltadas a esse público e as políticas de saúde mental (BRASIL, 2011). A Reforma Psiquiátrica ocorrida a partir do fim da década de 1970 e a criação do SUS em meio à Reforma Sanitária contribuíram para problematizar paradigmas e práticas em saúde mental. Isso resultou na desconstrução do discurso moralizante e preconceituoso predominante até o momento sobre o uso de drogas e o usuário (CONTE *et al.*, 2004). Além disso, foram enfatizadas as consequências sanitárias e sociais resultantes do consumo prejudicial de drogas, especialmente as ilícitas<sup>5</sup> (BRASIL, 2010a).

A partir de 2001, as transformações no modo de conceber e lidar com o uso de drogas e os usuários culminaram na proposição progressiva de políticas públicas destinadas a contornar os problemas enfrentados na assistência social e em saúde, oferecidas para esse público

---

5 Posteriormente, houve um retrocesso no processo histórico brasileiro de abordagem e assistência social e de saúde à pessoa que usa SPA. Em abril de 2019, foi aprovada uma nova Política Nacional sobre Drogas que passou a ser coordenada e implementada conjuntamente por secretarias do Ministério da Cidadania e do Ministério da Justiça e Segurança Pública (BRASIL, 2019b). A nova política abdicou da perspectiva e das estratégias de RD nas “ações de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio [...] e reinserção social” e enfatizou a abstinência. Além disso, priorizou o tratamento, acolhimento e recuperação do “dependente químico” por meio do fortalecimento e expansão de comunidades terapêuticas (BRASIL, 2019a, item 5.1.2).

(TOTUGUI *et al.*, 2010 apud BRASIL, 2010a). O atendimento disponível na Atenção Primária à Saúde precisou ajustar-se a essa mudança, pois os serviços situados nesse nível de atenção, a exemplo da ESF, funcionam como “porta de entrada” do acesso às Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2001), resultantes da articulação entre os serviços multidisciplinares em saúde e saúde mental no território (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica cita a Redução de Danos à saúde entre os fundamentos e diretrizes dos serviços da Atenção Primária, além de incluir as equipes de Consultório na Rua para garantir o cuidado de pessoas em situação de rua. Os princípios e diretrizes da PNAB alinham-se ao paradigma da RD. Ambos preconizam a atenção em saúde articulada no território. O cuidado, humanizado e continuado, deve se basear no vínculo com o sujeito, buscando compreendê-lo em sua singularidade e em seu contexto sociocultural, acolhendo suas demandas e necessidades de saúde por meio de ações transversais e interdisciplinares. O incentivo ao autocuidado alia saúde física, mental e cidadania, consoante os princípios de integralidade, equidade, universalidade, participação e controle social (BRASIL, 2012; CONTE *et al.*, 2004). Porém, a PNAB refere as SPA ilícitas de modo indiferenciado (“drogas”), não detalha as atribuições dos técnicos voltadas ao uso seguro de SPA legais e ilegais, além de limitar as ações de prevenção do consumo de drogas ao público escolar envolvido no Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2012).

A articulação entre Programas de RD e Unidades Básicas de Saúde (com ou sem ESF) visa a introduzir ações de RD na rotina do ACS por meio da sensibilização e capacitação de agentes de saúde e enfermeiros para o trabalho de prevenção de IST/AIDS e uso seguro de SPA lícitas e ilícitas. A parceria viabiliza modelos em RD complementares aos PRD já estabelecidos e fortalece o trabalho em rede (CONTE *et al.*, 2004).

Na ESF pesquisada, há cerca de uma década, foi realizado um treinamento similar sobre RD, promovido por um serviço de extensão permanente da Faculdade de Medicina da UFBA. Além da capacitação teórica, foram realizadas abordagens práticas supervisionadas junto a usuários de drogas ilegais em outro bairro da cidade para que a iniciativa fosse reproduzida na localidade. No entanto, os ACS recusaram-se a replicar esse trabalho no bairro temendo despertar a desconfiança dos usuários, serem confundidos com “olheiros”<sup>6</sup> e sofrerem represálias de traficantes ou serem demandados por usuários a trocarem seringas fora do expediente de trabalho. Os ACS optaram por abordar indiretamente o assunto através da realização de uma caminhada pelo bairro com entrega de panfletos educativos e preservativos. Em paralelo, discutiram temas transversais na escola local inserida no Programa Saúde na Escola e no Grupo de Adolescentes organizado na ESF. Posteriormente, foi criado o Grupo de Tabagismo na Unidade de Saúde.

---

<sup>6</sup> Gíria local citada por uma ACS para se referir a pessoas vinculadas a um determinado grupo do tráfico de drogas que repassam informações sobre a dinâmica do tráfico ou do local dominado por outro grupo.

## A ESF em Salvador e a pesquisa com ACS

A ESF foi implantada em Salvador (BA) em 2002 (SALVADOR, 2014) oito anos após o Ministério da Saúde estabelecê-la como estratégia central para garantir a assistência em saúde no âmbito da Atenção Primária nos municípios brasileiros (SALVADOR, 2018a). No quadriênio 2014- 2017, período durante o qual a pesquisa foi realizada, houve a expansão de alguns serviços da Rede de Atenção Básica na cidade, com o crescimento de Unidades de Atenção Primária à Saúde e de equipamentos de ESF, enquanto as Unidades Básicas sem Saúde da Família diminuíram (SALVADOR, 2014, 2018a). O total de equipes de Saúde da Família implantadas e a cobertura da Atenção Primária à Saúde no município cresceram, cobrindo 45,7% da população da capital (SALVADOR, 2018a).

Entre 2014 e 2017, a quantidade de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família atuantes no município, correspondentes à modalidade NASF I (SALVADOR, 2018a), cresceu, porém, permaneceram restritas a seis dos doze Distritos Sanitários (DS) existentes (SALVADOR, 2104, 2018a). O número de Equipes de Saúde da Família que prestavam apoio matricial diminuiu, correspondendo a 36% das equipes de Atenção Básica e a 10,5% de cobertura da população total soteropolitana em 2017 (SALVADOR, 2018a).

Apesar da expansão, os serviços de saúde apresentaram diversos problemas relacionados à prestação de serviço, infraestrutura, organização e gestão. Em 2014, alguns desses entraves consistiram na baixa cobertura do sistema, estrutura física precária e inadequada, insuficiência de rede especializada e de referência, além da alta rotatividade, insuficiência e qualificação precária dos Recursos Humanos. Outras limitações identificadas foram o baixo acesso e continuidade do cuidado de pessoas com transtorno mental, o atendimento deficiente no que se refere às questões étnico-raciais e de gênero e a articulação precária entre os diferentes níveis de cuidado do sistema de saúde (SALVADOR, 2014). Ao final do quadriênio, esses problemas perduravam e as barreiras apontadas no funcionamento dos serviços não destoavam dos problemas identificados entre os equipamentos de saúde localizados no DS ao qual pertence a ESF onde a pesquisa foi realizada (SALVADOR, 2018a, 2018b).

Em relação ao uso de drogas<sup>7</sup>, em 2014, a quase totalidade dos DS apresentou aumento do uso abusivo e precoce de SPA lícitas (álcool, cigarro) e ilícitas (maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, *ecstasy*), além da falta de serviços voltados à prevenção do consumo e à valorização dos usuários. No município, havia um CAPS AD e um CAPS AD modalidade III para assistir as pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso/abuso de SPA (SALVADOR, 2014). A partir de 2015, o consumo crescente de SPA disseminado em onze DS envolveu principalmente crianças, jovens e adultos do sexo masculino (SALVADOR, 2018b).

---

<sup>7</sup> O detalhamento dos problemas relacionados ao consumo de SPA e assistência aos usuários é apresentado apenas a partir do Plano Municipal de Saúde do quadriênio posterior (2018-2021).

A ESF onde foi realizada a pesquisa funciona como posto de saúde há mais de 30 anos e é uma instituição docente assistencial<sup>8</sup>, ao articular o ensino em saúde à prática em um serviço do SUS. Em 2004, ocasião em que os ACS ingressaram no serviço, a Unidade foi adaptada à Estratégia de Saúde da Família. Essa ESF pertence a um DS que abrange “bairros tradicionais [...] (e) grandes conglomerados urbanos [...]; concentra o metro quadrado mais caro da cidade e parte da classe média alta de Salvador”, e abriga quatro UBS, seis ESF, dois CAPS, quatro Unidades Especializadas e duas Unidades de Pronto-Atendimento (SALVADOR, 2018b, p.12-14).

À época da pesquisa, a população adscrita da Unidade distribuía-se em 17 microáreas — unidades geográficas definidas que correspondem ao território de atuação sob responsabilidade de cada ACS (BRASIL, 2012). Embora as microáreas pertençam ao mesmo bairro, apresentam grande heterogeneidade. Algumas situam-se em áreas limpas e arborizadas. As ruas amplas, iluminadas e pavimentadas permitem visualizar claramente veículos e pessoas que transitam por esses locais. Há saneamento básico e serviço regular de coleta de lixo. A maior parte das residências situa-se em edifícios bem estruturados. Os moradores são majoritariamente brancos, com grau de escolaridade mais elevado e desfrutam de uma condição socioeconômica confortável. Muitas pessoas têm acesso a planos de saúde privados, o que lhes permite prescindir de muitos serviços oferecidos na ESF. Outras microáreas caracterizam-se por vielas e becos tortuosos, enlameados e estreitos. O acesso de veículos é restrito à via principal. Em muitos trechos, só é possível a passagem de uma pessoa por vez. A iluminação, a ventilação e a limpeza desses locais são deficientes. A distribuição espacial das residências, em sua maioria precárias, não obedece a um padrão regular. Predominam moradores negros, com baixo grau de escolaridade, que dependem significativamente da assistência oferecida por serviços públicos para cuidarem da saúde, embora ocasionalmente utilizem instituições particulares para realizarem algum procedimento (por exemplo, exames laboratoriais simples). Em alguns desses locais, há ainda pontos de tráfico de drogas.

O bairro onde se localiza a ESF é próximo de áreas públicas destinadas à prática esportiva e/ou lazer, locais que reúnem serviços diversos e vias que oferecem acesso para outros territórios da cidade. Trata-se de um bairro populoso, embora o aumento populacional não tenha sido acompanhado por melhorias na infraestrutura e mobilidade urbana na mesma proporção. O bairro reúne uma quantidade significativa de idosos/as e é considerado “**boêmio**”, como destaca uma interlocutora. O crescimento do número de bares e casas de show contrasta com

---

8 A Unidade Docente Assistencial visa a aproximar a formação universitária em saúde e os serviços que compõem o sistema de saúde, integrando objetivos pedagógicos à realidade e às necessidades locais, no âmbito do SUS (ALBIERO; FREITAS, 2017). A integração ensino-serviço está prevista na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004) e busca qualificar as práticas de cuidado, a formação do discente e a atuação do profissional do serviço (ALBIERO; FREITAS, 2017). Em Salvador (BA), as instituições de ensino estabelecem convênios com as unidades de saúde para que estudantes realizem visitas técnicas, pesquisas, ações coletivas etc., além de atuarem no Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE), no Projeto de Vivência e Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS) e em Programas de Residência Médica.

a escassez de alguns serviços necessários para a população (por exemplo, farmácias). Habitado majoritariamente por pessoas de baixa renda, observa-se uma abundância de “puxadinhos” (construções de alvenaria irregulares, sobrepostas e/ou estendidas) que reúnem diferentes gerações familiares, compartilhando espaços e casas.

É perceptível a preocupação dos moradores com o aumento da violência relacionada principalmente ao comércio ilegal de drogas. Segundo os ACS, o tráfico e o uso de SPA ilícitas não são característicos de todo território. Mesmo assim, são considerados um problema para moradores e trabalhadores da saúde. Em certos locais, é possível observar a predominância de homens em cenas de uso e comércio ilegal de drogas. Especificamente nos depoimentos dos agentes de saúde, a relação entre uso/venda de drogas e violência é generalizada. Essa associação resulta de diversas situações nas quais vivenciam uma sensação de falta de segurança ou quando consideram que há risco para as suas vidas, para os demais habitantes do bairro ou para outros trabalhadores da saúde.

A pesquisa consistiu no acompanhamento da atuação dos ACS e outros profissionais de saúde nas dependências da ESF e em seu território de abrangência. As informações foram coletadas por meio de observação participante registrada em diário de campo, conversas informais com os agentes comunitários pertencentes às três equipes de trabalho existentes e entrevistas qualitativas semiestruturadas com cinco agentes de saúde e os três enfermeiros responsáveis por essas equipes. Os critérios de inclusão utilizados para garantir a participação dos profissionais de saúde foram a maioria, a despeito do gênero e o vínculo com a referida ESF. A análise correspondeu à elaboração de categorias empíricas a partir do teor dos seus depoimentos.

As falas de enfermeiros e ACS complementaram-se, evidenciando o cotidiano desses profissionais e contribuindo para compreender o trabalho em saúde desenvolvido na ESF. Os agentes comunitários compunham um grupo predominantemente feminino (quinze mulheres e dois homens) e heterogêneo na idade (30 a 60 anos). A quase totalidade trabalhava há mais de uma década na Unidade de Saúde. Todos finalizaram o ensino médio (requisito obrigatório para a função) e a maioria havia concluído ou cursava o nível superior em diversas áreas de formação.

O acompanhamento do trabalho dos profissionais variou ao longo da pesquisa. Na Unidade de Saúde, a observação participante envolveu os dezessete ACS que trabalhavam à época no serviço. Porém, cinco deles demonstraram-se avessos à possibilidade de serem acompanhados em sua rotina nas microáreas. Nesses casos, o trabalho de campo limitou-se a observá-los interagindo com os demais profissionais nas dependências da ESF e durante as atividades externas promovidas pelas equipes.

Embora temerosos, durante o trabalho de campo os ACS relataram não ter sofrido agressão física (bem como seus colegas de trabalho ou familiares), mas os eventos descritos por nossos interlocutores evidenciaram vulnerabilidade. Vários sentiram-se inseguros, testemunharam alguma situação de violência ou sofreram ameaças física ou psicológica. As

situações que geraram essa insegurança foram a disputa por pontos de venda de drogas (o que implica tiroteios e homicídios), acertos de dívidas não pagas entre traficantes e usuários (o que resulta habitualmente em assassinatos), ações truculentas da polícia para tentar coibir o tráfico e o consumo de drogas, assaltos (praticados por usuários e não usuários) e o crescimento do consumo de SPA, sobretudo por jovens (o que remete ao aumento da circulação, no bairro, de pessoas oriundas de outras localidades).

### **Desafios do cuidado de usuários de crack**

As estratégias de cuidado elaboradas por ACS relacionam-se à proposição de condições e/ou alternativas pelos próprios sujeitos-alvo da assistência. Na prática, a territorialização oficial da ESF coexiste com as dificuldades no cotidiano do trabalho em saúde, exigindo, especialmente do ACS, que desenvolva formas de lidar com inúmeros desafios. Isso inclui lidar com “fatores de risco” à sua integridade e que lhe escapam do controle.

As condições adversas do trabalho dos ACS estão dadas de partida, já que existe maior risco social nas comunidades nas quais são implantadas as ESF (LANCMAN *et al.*, 2009), com a percepção da violência presente no trabalho a céu aberto, gerando sentimentos de angústia e adoecimento (SOUZA; FREITAS, 2011). O sofrimento implicado no trabalho manifesta-se por meio de formas difusas de mal-estar e da busca por assistência profissional, reconhecimento e escuta. As estratégias defensivas individuais e coletivas dos ACS são diversas: fazer piada, cometer “contravenções”, tornar-se insensível ou negar a situação adversa, entre outras. Elas os auxiliam a rever conflitos e a superar dificuldades enfrentadas no trabalho, preservando um equilíbrio emocional (SÁ, 2009). Os “mecanismos defensivos” implicam cuidado de si e afetam a forma como se processa o cuidado cotidiano nas áreas de circulação dos agentes de saúde (SOUZA; FREITAS, 2011).

As distintas formas de relação estabelecidas por ACS para assegurarem a atenção em saúde aos usuários de crack e aos demais moradores nas microáreas onde existe tráfico de drogas nos permitem afirmar que os agentes de saúde conciliam três estratégias: a abordagem direta, indireta e a evitação. Considerando os desafios do trabalho dos ACS, as “abordagens” e evitações são formas práticas de estabelecer vínculos e, ao mesmo tempo, garantir sua integridade física e emocional.

Na abordagem direta, temos as seguintes possibilidades: a) **“distinção” profissional.** Durante a abordagem, o ACS explicita que possui uma posição diferenciada no território e busca exclusivamente garantir o cuidado com a saúde do homem que trafica e/ou consome SPA. Essa

---

9 Sá (2009, p. 658) utiliza o termo “transgressões” para se referir às adaptações que profissionais realizam na rotina de trabalho ou no modo de organizá-lo, recorrendo a “jeitinhos” ou “quebra-galhos”. Durante o trabalho de campo realizado em 25/08/21, uma interlocutora agente de saúde citou o “jeitinho” para descrever uma situação na qual burlou uma norma durante determinado período para desempenhar sua função, porém sem causar prejuízo a outrem.

atitude é estendida a estudantes, estagiários e outros profissionais de saúde que acompanham o ACS na microárea, aos quais é solicitado trajar jaleco como medida de segurança; b) **compartilhamento de informações**. ACS compartilham percepções e dificuldades ao lidarem com usuários que integram (ou não) as redes locais de tráfico de drogas. Além disso, trocam informações sobre a viabilidade de realizar o trabalho na área; c) **negociação para circular no território**. Essa estratégia é necessária para desenvolver ações educativas, principalmente nas microáreas onde há pontos de venda de drogas. O propósito é contornar a desconfiança do tráfico, que exige controle e vigilância extremos sobre a circulação de pessoas no local; d) **adequação da oferta de atendimento na ESF**. Essa medida é utilizada sobretudo para tratar “alguém perigoso, que não pode demorar na Unidade”, como explicou a interlocutora Lia (para proteção dos interlocutores, utilizaremos nomes fictícios), informando ao ACS os dias e horários em que a equipe pode ir ao seu encontro (em sua casa ou outro local indicado por ele), ao invés de ser atendido na ESF.

Na abordagem indireta, observa-se: a) **a prática da sensibilização de outrem**. O ACS busca uma pessoa próxima ao usuário e/ou traficante (por exemplo, cônjuge, familiar etc.) na tentativa de fazê-lo comparecer à ESF para realizar uma consulta médica, participar de ações educativas etc. O objetivo é contornar a suspeita de que o convite possa significar uma “**armação**” como definiu a ACS Mara. Nessa mesma linha de sensibilização indireta, desenvolvem-se ações lúdico-educativas de prevenção, promoção e atenção à saúde sobre o uso de drogas com crianças e adolescentes que convivem com os usuários adultos (por exemplo, filhos, irmãos, vizinhos etc.); b) **suspensão provisória da circulação**. Eventualmente, traficantes impõem a profissionais/estagiários que não circulem ou não realizem ações em determinados locais no bairro, em prol da segurança de moradores e trabalhadores da saúde.

Por fim, a terceira estratégia, a **evitação**. Ao tratar com indivíduos muito hostis, perigosos ou situações arriscadas, o ACS costuma abster-se da abordagem do usuário ou traficante.

A interação entre a maioria dos ACS e usuários de crack nas microáreas é muito discreta, se comparada ao contato com os demais moradores homens não usuários de crack. Intencionalmente, restringe-se a cumprimentos eventuais por ambas as partes. Conforme explica uma das interlocutoras, o agente de saúde “**passa reto**”, sobretudo diante de um usuário vinculado ao tráfico. A abordagem direta ao usuário em campo, especialmente um traficante ou pessoas próximas a pontos de venda de drogas, é adaptada com o propósito de não interferir no tráfico. Isto ocorre por meio do ajuste das estratégias habituais de aproximação, como aponta a ACS Ruth:

É uma área muito arriscada, de uso de droga. [...] Você tem que saber como [...] chegar, como [...] agir, como [...] ver e não interferir no trabalho deles.

Nossos interlocutores sentem-se mais à vontade para abordar o uso de drogas em espaços institucionais, como a ESF ou a escola, ao invés do trabalho face a face, a céu aberto, nas ruas ou durante as visitas domiciliares, como esclarece a mesma ACS:

É complicado você parar numa roda de conversa deles [usuários] e pedir [...] que diminua, mostrando o risco que é. [...] Isso seria [...] dentro de uma Unidade, numa escola [...], você falar de droga, mas com vídeo, com brincadeiras [...]. Dessa maneira, é possível. Mas na área onde você trabalha, é impossível você fazer esse trabalho. (ACS Ruth)

Evitar o contato com o morador do bairro que usa crack é uma estratégia do ACS para se proteger ou quando se sente impotente para agir. Mas se trata de uma modalidade de vínculo, ao invés de sua ruptura. Com base em Bonet (2014), é possível afirmar que mesmo a abordagem indireta e a evitação (como adotar postura indiferente durante o encontro na microárea, não realizar uma abordagem ou visita domiciliar, recorrer à sensibilização indireta etc.) representam modos de cuidado do usuário de crack no seu entorno, no bairro. São formas de relação que não o singularizam, pois são empregues por ACS igualmente diante de pessoas com perfil distinto (sabidamente perigosas ou violentas). Neste sentido, correspondem a modos de autocuidado no entorno.

Quando um usuário de crack chega ao posto de saúde, a circulação no espaço e a oferta de serviços médico-ambulatoriais ocorre similarmente aos homens não usuários. O cuidado dirigido para esse público e os demais homens da comunidade possuem diversos aspectos em comum: a) o vínculo entre ACS, moradores do bairro e o território; b) o caráter ambíguo, multideterminado e multifuncional da atuação do ACS; c) a distância entre a assistência definida por políticas públicas e o trabalho cotidiano do agente de saúde; d) a atuação em parceria com outras instituições da RAS; e) o enfrentamento de situações de risco, sobretudo associado ao trabalho a céu aberto etc.

O atendimento do usuário de crack na ESF se diferencia devido à adoção de procedimentos adicionais, como o uso de medidas profiláticas para identificar IST e a troca discreta de informações entre os profissionais sobre seus hábitos de consumo para evitar que lhe sejam feitas questões constrangedoras ou que o desestimulem a colaborar. Entretanto, isto não o particulariza. A diferença na abordagem ao usuário de crack consiste na **agudização** das características comuns à abordagem de homens não consumidores, isto é, os recursos utilizados são similares ao cuidado dos homens em geral. As abordagens se diferenciam por sua “intensidade”.

Dessa forma, sugerimos que mesmo com algumas diferenças no cuidado, a tímida presença do usuário de crack na ESF não o diferencia dos demais moradores homens do bairro, haja vista a resistência masculina, relatada pelo ACS, em buscar e/ou aderir ao serviço – aspecto referido na literatura e observado igualmente durante a pesquisa. O estigma associado

ao consumidor de drogas ilegais, especialmente o crack, apenas acentua a lacuna já existente entre o serviço de saúde e o público masculino. A motivação do usuário de crack para buscar a Unidade também não o particulariza, visto que esses homens recorriam à ESF em busca de assistência pontual, breve e sem relação direta com o uso dessa SPA.

Com base no estudo de Ayres (2005, p. 103), é possível afirmar que o uso de SPA e o envolvimento com o tráfico de drogas conformam modos de “ser-no-mundo”, de forma similar à experiência de saúde-doença. Assim, o ACS necessita utilizar tecnologias de cuidado com os homens, tanto com aqueles que traficam e/ou consomem drogas ilegais quanto com homens que não se encaixam nesses perfis, recorrendo a uma sabedoria prática ao atuar no bairro.

O conceito de “sabedoria prática” (GADAMER, 1991 apud AYRES, 2005, p. 103) refere-se a um juízo prático, acionado no momento assistencial. Ele visa ao diálogo o mais simétrico possível entre as pessoas envolvidas, preservando suas subjetividades e a troca de saberes não técnicos entre si. Esse conhecimento se distingue dos modos de fazer *a priori* e universais, característicos das técnicas científicas. É um saber conduzir a si mesmo que emerge da prática, ao mesmo tempo que se direciona para ela. Isso requer selecionar, acionar, combinar e ajustar objetos, procedimentos e tecnologias pertinentes à situação. A sabedoria prática não resulta em produtos, tampouco em procedimentos sistemáticos, transmissíveis ou generalizados (AYRES, 2004, 2005).

As estratégias dos ACS para garantir a assistência em saúde a usuários de crack e/ou traficantes aludem às ambiguidades do cuidado. Aspectos como a sensação de incapacidade e limitação para realizar seu trabalho, a distância entre as condições ideais e concretas de sua atuação, o temor diante da exposição a riscos, o sofrimento psíquico resultante do envolvimento com situações de violência etc. mesclam-se ao compromisso do ACS de assegurar o cuidado do usuário e, simultaneamente, preservar a si mesmo. Entretanto, sua experiência prática contrapõe-se ao sentimento ou ideia de imobilização.

Assim, a abordagem direta, indireta e a evitação refletem o exercício do cuidado fundamentado na estreita relação sujeito-território e na sabedoria prática do agente de saúde. Remetem, portanto, à noção de “cuidado situado”. O processo saúde-doença se constitui na interação entre aspectos biológicos, econômicos, culturais e sociais característicos da realidade vivida pelo sujeito. Ou seja, origina-se na relação dinâmica do sujeito no mundo. Nesta perspectiva, o sujeito é agente social, ao invés de apenas um “destinatário das políticas” e deve ser considerado em contexto. Na condição de usuário do sistema de saúde, ele exercita um modo particular de utilizar e circular pelos serviços. Assim, é preciso reconhecer que o sujeito interfere nos processos e nos resultados do cuidado tanto quanto gestores e profissionais de saúde e, juntamente com eles, compõe um “feixe de relações”. O cuidado situado implica uma análise centrada na circunstância: a “situação-centrada” (BONET *et al.*, 2009, p. 243-245). A ênfase é dada à configuração relacional, responsável por fazer emergir os sujeitos (usuários, ACS, gestores etc.) e suas ações. As formas de operar o cuidado dos ACS evidenciam o encontro

terapêutico entre o profissional de saúde e o sujeito-alvo do cuidado como um “espaço entre” – o encontro entre “dois discursos, [...] duas percepções do corpo, [...] duas visões de mundo [...]”. Ele possui o potencial de negociação e criatividade, sendo forjado a partir do contexto no qual o cuidado de si é operado (BONET; TAVARES, 2007, p. 266-267).

### **O Agente de Saúde, a Redução de Danos e o cuidado de usuários de crack**

Compreender a relação entre o ACS e o sujeito-alvo do cuidado como um “espaço entre” possui um importante desdobramento: o corpo deixa de ser encarado como um “corpo-objeto” e adquire um novo estatuto: “corpo-sujeito”. O corpo não é considerado algo externo a nós ou algo que nos pertence. Ele condiciona nossa experiência pessoal, nossa forma de estar no mundo e nosso modo de se relacionar com a realidade (BONET; TAVARES, 2007, p. 274).

As práticas de RD reafirmam uma concepção de saúde que integra saúde física, mental e cidadania, além de conciliarem aspectos cognitivos e afetivos, resultantes da experiência do “estar junto”. Propõem, portanto, uma abordagem ética e subjetivante, o que favorece o exercício da cidadania e a humanização da formação, prática e gestão em saúde (CONTE *et al.*, 2004). O estabelecimento da RD como diretriz da assistência à pessoa que usa drogas (i)lícitas na Atenção Básica implica a proposição e desenvolvimento de ações preventivas e terapêuticas integrais e intersetoriais, adaptadas às diferentes drogas, formas e contextos de uso, visando a favorecer a adesão dos usuários ao serviço e fortalecer seu vínculo com a equipe de saúde (BRASIL, 2003).

Entretanto, ao atuar, o ACS depara-se com condições desfavoráveis que lhe impossibilitam de pôr em prática o aporte teórico-técnico da RD em diferentes situações. Neste sentido, a assistência oferecida pelo ACS, através da ESF, para moradores adultos do sexo masculino que consomem crack é multideterminada e revela-se ambígua.

Os mecanismos elaborados por ACS para garantirem o cuidado desse público refletem seu empenho em ajustar a assistência às práticas, valores, dinâmica e realidade de vida dos usuários, sobretudo daqueles envolvidos diretamente com o tráfico de drogas. Ou seja, o ACS lida, simultaneamente, com as contingências do meio, o zelo pela saúde do outro e o cuidado consigo.

Na perspectiva de Bonet (2014), o cuidado oferecido por ACS para usuários de crack se traduz em modalidades de relação no território, com base em sua percepção-ação. Trata-se, portanto, de relação situacional. A esquiva ou invisibilidade do sujeito em seu contexto é um modo de assegurar a assistência. Contudo, sob a ótica da RD, essa prática pode ser considerada problemática.

Sugerimos que a evitação revela um ruído/ponto de atrito. O SUS pressupõe o diálogo entre as diretrizes e práticas da Atenção Básica, Saúde Mental e Redução de Danos para garantir o cuidado do usuário de SPA no território (MACERATA, 2014). A oferta de cuidado na RD prevê aproximar-se, vincular-se, dialogar com o usuário. Porém, a rotina dos ACS evidenciou

que a atenção em saúde do homem que consome crack (envolvido ou não com o tráfico de drogas) inclui **não** o abordar. Andrade (2011) e Quinderé (2013) referem igualmente a recusa como medida de segurança por profissionais de saúde ao lidarem com usuários de SPA ilegais e/ou traficantes. Situações que justificariam a evitação apontam para a impossibilidade de replicarmos plenamente as premissas e práticas da RD no contexto empírico da abordagem do usuário de crack por ACS, pois não dão conta dos dilemas enfrentados por agentes de saúde.

As intervenções e a busca ativa realizada por redutores de danos nos territórios enfatizam a resolutividade de demandas sociais e de saúde especialmente relacionadas ao consumo de SPA. As ações conferem centralidade ao usuário que mora, frequenta ou circula eventualmente nesses locais, embora dialogue com seus pares e sua rede social. O ACS necessita lidar com uma gama ampla de necessidades e demandas de saúde, além de cuidar de todos os membros das famílias residentes na microárea. Redutores e ACS abordam a adoção de cuidados com a saúde e atuam a céu aberto ou no espaço institucional. Ambos enfrentam dificuldades comuns, a exemplo da violência atrelada ao tráfico de drogas. Porém, o ACS necessita desempenhar tarefas, apropriar-se de saberes e estabelecer articulações no bairro que extrapolam significativamente o âmbito do uso de SPA. Assim, embora a ESF e a RD apresentem alguns aspectos comuns referentes aos seus princípios, objetivos, fazeres e contexto de atuação dos profissionais, os ACS enfrentam impasses no cuidado de homens adultos usuários de crack que ultrapassam a resolutividade apoiada em premissas e ações da RD.

Contrapor o agenciamento do cuidado segundo a ótica da RD e da ESF evidencia maneiras distintas, porém complementares, na atenção à saúde. Não se trata de apontar um desses paradigmas como referência e empregá-lo como métrica para julgar o outro. Considerá-los em seus respectivos referenciais teóricos e contextos de atuação não nos obriga a abrir mão das respectivas contribuições no âmbito da ESF.

### **Considerações finais**

Vimos neste artigo que a assistência em saúde oferecida pelo ACS envolve desafios cotidianos, por vezes não previstos nas orientações “oficiais” da ESF. As redes intersticiais de cuidado que configuram a dinâmica do seu trabalho implicam estratégias atreladas a situações de risco, vivenciadas por esses profissionais. A aproximação direta, indireta e a evitação são estratégias elaboradas pelo ACS, com base nas particularidades que caracterizam o consumo e/ou o tráfico de drogas ilícitas no território, para garantir a atenção em saúde de homens adultos que moram no bairro, são cadastrados na ESF, não estão em situação de rua, usam crack e podem ou não estarem envolvidos com o tráfico de drogas. As três estratégias apontadas acima sugerem um cuidado situado, forjado no encontro terapêutico entre o profissional de saúde e o sujeito-alvo da assistência. Em paralelo, o ACS esforça-se por garantir o autocuidado, zelando por sua segurança e a de seus familiares. Ou seja, a atenção ao usuário de crack em seu entorno leva em conta o autocuidado do ACS no entorno.

As modalidades de vínculo do agente comunitário com o consumidor de crack ou traficante caracterizam-se pela agudização dos desafios e de aspectos tipicamente observados no atendimento em saúde de homens não usuários dessa SPA, resultando do diálogo entre a sabedoria prática do ACS e as diretrizes da ESF. Podemos sugerir, seguindo Tavares, Caroso e Santana (2015, p. 490), que se “[...] tratam de desacordos mais amplos das intenções ‘civilizatórias’ de transformação dos ‘modos de vida’ das populações atendidas”.

Nas dependências da Unidade de Saúde, a atenção em saúde prestada ao homem que consome crack difere do cuidado oferecido para não usuários por incluir procedimentos profiláticos **adicionais**. O preconceito associado ao uso dessa SPA apenas acentua a resistência masculina em recorrer ao cuidado oferecido na ESF, habitualmente manifestada por usuários e não usuários de drogas ilícitas<sup>10</sup>.

A abordagem do usuário de crack pelo ACS apresenta elementos comuns e divergentes ao cuidado apoiado em premissas e práticas da Redução de Danos. À época da realização da pesquisa, a Política Nacional sobre Drogas vigente estabelecia as estratégias e ações da RD como diretrizes para a “intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos” (BRASIL, 2010b, p.16), o que incluía a assistência em saúde de usuários de SPA na Atenção Básica.

Porém, o paradigma da RD revelou algumas limitações para instrumentalizar o ACS a enfrentar dilemas inerentes a seu trabalho. A sabedoria prática do ACS e a RD evidenciam formas de cuidado ancoradas em referenciais teóricos distintos, dizem respeito a contextos de atuação específicos e devem ser consideradas com base em suas particularidades. Embora sejam singulares, são suplementares e contribuem conjuntamente para oferecer o cuidado em saúde qualificado para a população.

## Referências

- ALBIERO, José F.G.; FREITAS, Sérgio F.T. de. Modelo para avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 753-767, jul./set. 2017.
- ANDRADE, Tarcísio M. de. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 4665-4674, 2011.
- ANDRADE, Tarcísio M. de. Redução de danos: um novo paradigma? In: ALMEIDA, Alba R. *et al.* (org.). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo**. Salvador: EDUFBA: CETAD/UFBA, 2004. p. 87-95.
- AYRES, José R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p.16-29, set./dez. 2004.

---

<sup>10</sup> O campo empírico da pesquisa não incluiu instituições e programas orientados pela RD direcionados estritamente à atenção de pessoas que consomem SPA lícitas e ilícitas. As reflexões sobre RD aqui apresentadas basearam-se no conteúdo de políticas públicas. A ausência de dados sobre as instituições de RD não oferece contraponto necessário para problematizarmos os critérios de contratação dos ACS. Essa é uma possibilidade a ser explorada em nova pesquisa etnográfica.

- AYRES, José R. C. M. Abordagens teóricas: cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, Maria Cecília S.; COIMBRA Jr., Carlos E. A. (org.) **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 91-108.
- BONET, Octávio; TAVARES, Fátima R. G. O cuidado como metáfora nas redes de prática terapêutica. In: PINHEIRO, Roseni MATTOS, Ruben A. (org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESQ-IMS: UERJ: ABRASCO, 2007. p. 263-278.
- BONET, Octávio *et al* (org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Recife: Editora UFPE; Rio de Janeiro: CEPESC-IMS UERJ: ABRASCO, 2009. p. 241-250.
- BONET, Octavio. Itinerários e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 327-350, out. 2014.
- BRASIL. **Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886\\_18\\_12\\_97.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf). Acesso em: 30 jul. 2015.
- BRASIL. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia\\_pratico\\_saude\\_familia\\_psf1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf). Acesso em: 30 jul. 2015.
- BRASIL. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2002/L10507.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10507.htm) <http://www.saude.mt.gov.br/atencao-a-saude/arquivo/1398/normatizacoes>. Acesso em: 03 fev.2020.
- BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf). Acesso em: 07 ago. 2015.
- BRASIL. **Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2021.
- BRASIL. **Consultórios de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ, 2010a. Disponível em: [https://prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/consultorio\\_rua.pdf](https://prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/consultorio_rua.pdf). Acesso em: 28 out. 2020.
- BRASIL. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010b. p. 1-24. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados\\_prevencao\\_drogas/obid/publicacoes/Livros/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20sobre%20Drogas%20no%20Brasil.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/publicacoes/Livros/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20sobre%20Drogas%20no%20Brasil.pdf). Acesso em: 07 ago. 2015.
- BRASIL. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 4. ed. Brasília: Ministério da Justiça: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2011. Disponível em: [https://mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto\\_Semear/Material\\_Capacitacao/Curso\\_Prevencao\\_ao\\_uso\\_indevido\\_de\\_Drogas\\_Capacitacao\\_para\\_Conselheiros\\_e\\_Liderancas\\_Comunitarias\\_2011\\_SENAD.pdf](https://mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Material_Capacitacao/Curso_Prevencao_ao_uso_indevido_de_Drogas_Capacitacao_para_Conselheiros_e_Liderancas_Comunitarias_2011_SENAD.pdf). Acesso em: 07 ago. 2015.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf). Acesso em: 19 jan. 2021.
- BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm). Acesso em: 10 ago. 2019.

- BRASIL. **Secretaria Especial do Desenvolvimento Social**. Brasília: Ministério da Cidadania, 2019b. Disponível em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/abril/governo-federal-implementa-nova-politica-nacional-sobre-drogas>. Acesso em: 10 ago. 2019.
- CONTE, Marta *et al.* Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n.1, p. 59-77, jan./jun. 2004.
- FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (org.). **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- LANCMAN, Selma *et al.* Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-688, ago. 2009.
- LANGDON, Esther J.; WIIK, Flávio B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 173-181, maio/jun. 2010.
- MACERATA, Iacã. Vulnerabilidades do usuário e vulnerabilidades da atenção: apontamentos iniciais para uma clínica de território na Atenção Básica. *In*: RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho (org.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 165-180.
- MACRAE, Edward; GORGULHO, Monica. Redução de Danos e Tratamento de Substituição Posicionamento da Reduc – Rede Brasileira de Redução de Danos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 52, n. 5, p. 371-374, set./out. 2003.
- NUNES, Monica O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 639-1646, nov./dez. 2002.
- QUINDERÉ, Paulo H. D. **A experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica**: dispositivos para o cuidado integral do usuário. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2013.
- REIS JUNIOR, Antonio G. **Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte, MG**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
- SÁ, Marilene C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 13, p. 651-664, 2009.
- SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2014-2017**. Versão preliminar. Salvador: Secretaria Municipal da Saúde do Salvador, 2014.
- SALVADOR. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão. **Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021**. Volume I. Salvador: Secretaria Municipal da Saúde do Salvador, 2018a.
- SALVADOR. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão. **Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021**. Volume II – Distritos Sanitários. Salvador: Secretaria Municipal da Saúde do Salvador, 2018b.
- SANTOS, Karina T. *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa de Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1023-1028, 2011.
- SOUZA, Lázaro J. R.; FREITAS, Maria C. S. O Agente Comunitário de Saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p. 96-109, mar. 2011
- TAVARES, Fátima R. G.; CAROSO, Carlos; SANTANA, Carolina. Mediações do cuidado no âmbito do Programa Saúde da Família em Itaparica, Brasil. **Etnográfica**, Portugal, v. 19, n. 3, p. 489-513, 2015.

---

TEIXEIRA, Mirna B.; ENGSTROM, Elyne M.; RIBEIRO, José M. Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 112, p. 311-330, 2017.

TRAD, Leny A. B.; BASTOS, Ana C. S. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

Recebido em: 29/10/2020

Aceito em: 10/01/2022