



Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Antropologia

**UMA ETNOGRAFIA DO CUIDADO: A ATENÇÃO AO USUÁRIO DE
CRACK NA ROTINA DE AGENTES COMUNITÁRIOS/AS DE SAÚDE**

Salvador
2016

Talita Nunes Costa

UMA ETNOGRAFIA DO CUIDADO: A ATENÇÃO AO USUÁRIO DE
CRACK NA ROTINA DE AGENTES COMUNITÁRIO/AS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Antropologia.

Orientador: Prof. Dr. Milton Júlio de Carvalho Filho

Salvador

2016

Costa, Talita Nunes

Uma etnografia do cuidado: a atenção ao usuário de crack na rotina de agentes comunitário/as de saúde / Talita Nunes Costa. -- Salvador, 2016.

179 f. : il

Orientador: Prof. Dr. Milton Júlio de Carvalho Filho.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Antropologia) -- Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2016.

1. Usuários de Drogas. 2. Agente Comunitário de Saúde . 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Antropologia do Cuidado. 5. Etnografia. I. Filho, Prof. Dr. Milton Júlio de Carvalho. II. Título.

Talita Nunes Costa

UMA ETNOGRAFIA DO CUIDADO: A ATENÇÃO AO USUÁRIO DE CRACK NA
ROTINA DE AGENTES COMUNITÁRIOS/AS DE SAÚDE

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Antropologia, avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Milton Júlio de Carvalho Filho (Orientador) - UFBA
Doutor em Ciências Sociais (Antropologia) pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP.

Profa. Dra. Adriana Miranda Pimentel - UFBA
Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, ISC/UFBA.

Profa. Dra. Fatima Regina Gomes Tavares - UFBA
Doutora em Ciências Humanas (Antropologia) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ.

“É experiência aquilo que “nos passa”, ou que nos toca, ou que nos acontece, e ao nos passar nos forma e nos transforma.”

Jorge Larrosa Bondía

AGRADECIMENTOS

A todos/as os/as agentes comunitários/as de saúde e demais profissionais da ESF Úrsula Catharino por sua disponibilidade e paciência em colaborar para a realização deste trabalho, sobretudo por sua confiança e amabilidade em partilhar comigo seus pensamentos, sentimentos e experiências de vida;

Ao meu orientador, pelo aprendizado; por sua tranquilidade e respeito em lidar com meu ponto de vista;

Às professoras participantes das Bancas de Qualificação e de Avaliação Final deste trabalho, por suas contribuições e críticas construtivas;

A todos/as os/as professores/as que gentilmente contribuíram para tornar possível este trabalho;

Às amigas conquistadas na universidade durante esta trajetória, responsáveis por acolher minhas inúmeras angústias e tornar meu dia a dia mais leve;

Aos/às velhos/as amigos/as que sempre estiveram por perto, cada um/a a seu modo, e me apoiaram nesta empreitada;

Aos meus familiares pelo imenso carinho, acolhida, suporte e estímulo, sobretudo por seus exemplos inspiradores;

Ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFBA, pela oportunidade de participar do curso de mestrado;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB, instituição responsável pelo financiamento desta pesquisa.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é convocada a garantir assistência para as pessoas que consomem drogas (i)legais, na medida que esta prática social adquiriu a dimensão de problema de saúde pública. Similar aos demais serviços de saúde, a ESF espelha modos particulares, socialmente construídos, de compreender e lidar com os fenômenos de saúde e doença. O trabalho se fundamenta no/a agente comunitário/a de saúde, popularmente conhecido/a em Salvador/BA como “ACS”. Trata-se habitualmente de um/a morador/a que se torna cuidador/a da comunidade, o que lhe permite desempenhar o papel de “*elo*” entre a população e o serviço. A dupla inserção do/a ACS no território o/a destaca entre os/as demais profissionais da unidade de saúde, e é crucial para garantir a adesão e a eficácia das ações em saúde. Sua atuação multifuncional é ancorada na legislação; está submetida a diferentes esferas de gestão; é integrada às demais atividades desenvolvidas nos diferentes espaços da ESF; é orientada e/ou apoiada por profissionais vinculados/as ao posto de saúde e a outros serviços com quem atuam em parceria; é marcada pela relação entre concepções terapêuticas distintas que coexistem no âmbito da ESF; e está estreitamente relacionada à realidade das microáreas e da cidade onde elas se situam. Portanto, a gerência do processo de cuidar e a prática do/a agente de saúde revelam-se multideterminadas, ambivalentes e condicionadas culturalmente. Ao mesmo tempo, são responsáveis por causar sofrimento psíquico neste/a trabalhador/a, ao qual o/a ACS reage por meio de mecanismos de defesa (in)conscientes, individuais e coletivos. O cuidado oferecido por ACS para homens adultos que moram no bairro e consomem crack não foge a esta regra. A resistência masculina em acessar e/ou aderir à assistência prestada na rede básica de saúde acentua o distanciamento existente entre este público e o serviço. O/A profissional afirma desconhecer ou não se sente apto/a para lidar com os desafios que caracterizam a abordagem do usuário de crack. Apesar disto, encontra meios para assegurar o cuidado de si e deste sujeito, o qual é pautado sobretudo na sabedoria prática baseada em sua experiência cotidiana no território. Trata-se, portanto, de um cuidado *no/do* habitar. Este trabalho reúne algumas considerações sobre o assunto a partir de uma pesquisa etnográfica, realizada entre junho de 2015 e setembro de 2016, em uma unidade da ESF soteropolitana e seu território de abrangência. O objetivo é problematizar, do ponto de vista antropológico, as questões sociais e culturais do trabalho do/a ACS; e compreender os limites e possibilidades de sua atuação na ESF frente ao consumidor de crack.

Palavras-chave: Etnografia e Antropologia do Cuidado, Estratégia Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde, Usuários de Drogas.

ABSTRACT

The public health care system, through the Family Health Program (FHP), is summoned to provide assistance to (il)legal drugs users, as soon as this social practice was considered a public health problem. Similar to others health services, the FHP reflects a peculiar and socially built manner to comprehend and deal with the health and the illness related issues. This study focus on the Community Health Agent, commonly known as ACS (Agente Comunitário de Saúde) in the city of Salvador, Bahia, Brazil. The ACS usually is a person who lives in the neighborhood and becomes a community caregiver, which allows him/her to bridge the gap between the community and the public health service. The double insertion of the ACS in the territory distinguishes him/her from other health professionals at the same service. Besides that, it is a crucial aspect to ensure the access of the community to the health assistance and as well as to guarantee its effectiveness. The ACS practice is a multifunctional one. It is based on the Brazilian legislation; It is under different levels of management; It is part of the others activities developed in the different places of the health service; It is supported and guided by professionals from the same service whom the ACS work with, and professionals from others services of the public health care system. Furthermore, the ACS actions are influenced by a variety of the therapeutic approaches which exist on the context of the Family Health Program; It depends on the life conditions of the population that lives in the particular areas where the ACS acts and Salvador social features in general. Therefore, it is possible to say that the ACS professional oversight and the peculiar work of this professional are both multidetermined, ambivalent, and social and culturally conditioned. At the same time, it affects the ACS mental health and as a result, he/she reacts through psychological defensive strategies, in an attempt to protect himself/herself. The assistance that the ACS provides to adult male crack users that live in the community occurs in the same way. Men resist to access and to adhere to the care provided by the public health service and it increases the distance between this specific public and the Brazilian public health care service unit. The ACS states that he/she doesn't know how or is incapable to deal with the challenges related to the approach of the crack users. Nevertheless, this professional develops strategies to protect himself/herself and also to ensure the drug users' assistance. Such strategies are based on "practical wisdom", built on his/her daily field experience. It refers to care "from/within the dwelling". This study analyses these subjects based on an ethnographic research developed between June 2015 and September 2016 in a FHP unit located in the city of Salvador. It aims to discuss, from an anthropological perspective, the

social and cultural issues related to the practice of the ACS and to understand the limits and the possibilities of his/her work when dealing with the crack user.

Key-words: Ethnography and Anthropology of Care, Family Health Program, Community Health Agent, Drug users.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 1: Pensar sobre drogas... Pensar sobre a pesquisa...	
1.1. Perspectiva sociohistorica e cultural sobre as SPA	14
1.2 A construção do problema de pesquisa	22
CAPÍTULO 2: A chegada no campo, cenário do cuidado	
2.1 O acesso ao campo de pesquisa	26
2.2 O contato com os sujeitos em campo.....	29
2.3 O território	34
2.4 O território, o cuidador e o cuidado	48
CAPÍTULO 3: A ESF	
3.1 A unidade de saúde	54
3.2 A sala de espera	61
3.3 A “área dos fundos”	78
CAPÍTULO 4: O/A ACS por ele/a mesmo/a: práticas, desafios e dificuldades	
4.1 As atribuições e recursos que caracterizam o trabalho do/a ACS	83
4.2 As reuniões de equipe	102
4.3 As reuniões de unidade	112
4.4 A violência no trabalho do/a ACS	115
CAPÍTULO 5: O usuário de crack do ponto de vista do/a ACS	
5.1 A heterogeneidade de práticas terapêuticas no contexto da ESF	123
5.2 O que os/as ACS pensam sobre o consumo de drogas	126
5.3 O que os/as ACS pensam sobre as drogas	130
5.4 O que os/as ACS pensam sobre o usuário de drogas	133
5.5 O cuidado oferecido ao usuário de crack pelo/a ACS	137
CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
REFERÊNCIAS	167
ANEXOS	
Roteiro de entrevista destinado a enfermeiros/as da ESF.....	175
Roteiro de entrevista destinado a agentes comunitários/as de saúde da ESF	178

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário/a de Saúde
AMAG	Associação de Moradores e Amigos do Garcia
ARD-FC	Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti
BPA-C	Boletim de Produção Ambulatorial – Dados Consolidados
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS ia	Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPEE-UFBA	Comitê de Ética em Pesquisa - Escola de Enfermagem/Universidade Federal da Bahia
CGPS	Coordenação de Gestão de Pessoas da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAB/SAS/MS	Departamento de Atenção Básica/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde
ACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LIMPURB	Empresa de Limpeza Urbana de Salvador
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PIEC	Plano de Integração das Ações Voltadas para a Prevenção, Tratamento e Reinserção Social de Usuários de Crack e Outras Drogas (Plano Crack)

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASIH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSE	Programa de Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SMS	Secretaria Municipal da Saúde de Salvador
SPA	Substância(s) Psicoativa(s)
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico/a em Saúde Bucal
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

INTRODUÇÃO

Este trabalho reúne algumas considerações a partir de uma pesquisa etnográfica, realizada entre junho de 2015 e setembro de 2016, em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) soteropolitana e seu território de abrangência, junto a agentes comunitários/as de saúde, popularmente conhecidos/as em Salvador/BA como “ACS”.

Inicialmente, o objetivo geral deste estudo consistiu caracterizar e compreender a interação entre ACS e homens adultos usuários de crack que integram a população adscrita¹ desta unidade de saúde; e investigar *se e como* o encontro entre estes atores sociais repercute no atendimento oferecido a este público, dentro e fora deste dispositivo de saúde.

No entanto, ao longo da realização do trabalho de campo, tornou-se necessário redirecionar o tema e os propósitos deste estudo. De modo geral, os/as ACS possuem contato com usuários² de crack em seu cotidiano. Porém, resistem em lidar diretamente com estas pessoas por diversas razões - o que ocorre, sobretudo, intencionalmente. Esta resistência foi observada na circulação dos ACS em suas microáreas³; e identificada nas verbalizações espontâneas e nos depoimentos gravados em entrevistas, cedidos por alguns/mas destes/as profissionais. Embora pareça contraditório, a evitação figura entre as estratégias por meio das quais ACS garantem o cuidado de si e do homem que fuma crack; e remete à experiência deste/a profissional de saúde no território.

O estudo antropológico sobre o *encontro* entre ACS e usuários de crack, no contexto da ESF e seu entorno, cedeu lugar a uma *etnografia do cuidado*, desenvolvida no mesmo cenário. Portanto, o conceito de *cuidado* é admitido como uma categoria⁴ conceitual.

¹ *População adscrita*: Representa o número determinado de famílias que deve ser acompanhado por cada Equipe de Saúde da Família, o que varia entre 600 e 1.000 famílias (sem, contudo, ultrapassar o limite máximo de 4.500 pessoas). A proporção é definida pelo risco que a região representa para a saúde da comunidade. É recomendado que onde o risco seja maior, a população atendida seja menor (BRASIL, 2001).

² Neste trabalho, a denominação *usuário* é utilizada para se referir às pessoas que usam SPA, sem que isto signifique reduzi-las à sua prática de consumo de drogas.

³ O território onde se situa uma unidade de saúde é subdividido em *microáreas*. Cada uma delas corresponde a uma base geográfica definida pela qual o/a agente comunitário/a de saúde deve se responsabilizar (BRASIL, 2012b).

⁴ As *categorias de análise* são elaboradas com base em “arranjos nativos” desenvolvidos pelos sujeitos em diversos cenários de atuação. Elas são um recurso utilizado pelo pesquisador, produzido por meio do trabalho etnográfico, para identificar padrões e/ou regularidades que norteiam os comportamentos na cultura estudada. Estes modelos possuem um caráter descritivo e explicativo, e sua lógica é geral. Isto possibilita estendê-los a contextos distintos daqueles nos quais foram identificados inicialmente; e estruturar uma totalidade ou rede de significados característicos da cultura (MAGNANI, 2002, p.20).

Antropologia do Cuidado consiste em um recurso para compreender o “relativismo cultural inerente a todas as concepções de saúde e enfermidade”, e às atividades de cuidar e manter a vida. Deste modo, representa um ponto de contato entre os objetos de estudo e o campo de atuação da Antropologia e da Enfermagem; e contribui para investigar os “problemas socioculturais no âmbito da atenção sanitária” (GIL, GIMENO E GONZÁLEZ, 2006, p.156).

O conceito de *cuidado* empregado neste trabalho baseia-se na contribuição de diferentes autores desta área do conhecimento e outras afins, como Arias (2000), Gil, Gimeno e González (2006), Oliveira (2002), Perdigão (2003), Sá (2009), Tavares, Caroso e Santana (2015), Waldow e Borges (2008). O cuidado está relacionado à proteção da saúde e é fundamental para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos. Além de referir-se a condutas, valores e princípios acionados em circunstâncias específicas, o cuidado remete à “maneira de ser” do ser humano. O indivíduo é considerado um “ser de cuidado”, pois o sentido de sua existência baseia-se na interdependência-uns-dos-outros-no-mundo. Em palavras de Perdigão (2003, p.485), “todo ser humano possui a capacidade do cuidado e/ou do cuidar”. O cuidado faz parte de sua essência. Não se trata apenas de uma atitude ou ato. Possui, portanto, uma dimensão existencial.

A ação de cuidar resulta do encontro entre dois sujeitos - o que pode ser descrito como o encontro entre dois universos ou duas consciências singulares - durante o “momento de cuidado”. Este só se concretiza plenamente na medida que é estabelecida uma relação de confiança entre o sujeito que cuida e aquele que recebe o cuidado, pautada no compromisso e na responsabilidade – o que diz respeito à dimensão ética do cuidado. Conforme cita Sá (2009, p.661), “a responsabilidade para com o outro é a essência do cuidado e [...] a base para a solidariedade e para a cooperação”.

Esta compreensão contempla ainda os “cuidados invisíveis”, ou seja, “as ações que acompanham e vão além do próprio ato de cuidar” (COLLIÈRE, 1993 apud ARIAS, 2000, p.105). Cada cultura desenvolve meios próprios para proteger a saúde nos âmbitos individual e coletivo; e garantir a satisfação de suas necessidades – o que remete ao caráter universal atribuído ao cuidado. Neste sentido, o cuidar não se limita a uma técnica; e a atenção em saúde⁵ é considerada um “sistema social e cultural na sua origem, estrutura, função e significado” (OLIVEIRA, 2002, p. 68).

⁵ Embora a terminologia “atenção em saúde” seja um conceito biomédico, ela é empregada neste trabalho como sinônimo de “cuidado”, apenas para evitar a repetição cansativa do termo.

A ética do cuidado fundamenta a intervenção social e comunitária⁶. O “cuidado com” ou “preocupação por” deve ser admitido como eixo ético central e pressuposto da prática profissional. Ou seja, ser uma finalidade. Cabe ao interventor comunitário não “estar” meramente no contato com o outro, mas sobretudo “ser”, de modo autêntico, o que contribui para a existência de uma interpresença. A atuação não se reduz ao sentido regulador da lógica do dever, ou seja, ao imperativo de seguir normas e obrigações funcionais, segundo um determinado padrão de funcionamento. A ética do cuidar traz consigo o respeito incondicional à liberdade, à dignidade e à diferença do outro - considerado a principal razão de se estar ali no cuidado (PERDIGÃO, 2003).

Ainda segundo esta autora, o sujeito do cuidado deve ser escutado e acolhido considerando suas especificidades, o que inclui valorizar suas potencialidades e respeitar suas fragilidades. Para que isto ocorra, é necessário que o profissional de saúde atue de modo a estabelecer com ele uma relação dialógica (ao contrário de uma relação de poder hierarquizada ou dependente); valorize e potencialize seus recursos internos, de modo a favorecer seu empoderamento; contemple sua percepção, valores sobre saúde e necessidades; o implique ativamente no cuidado (ao invés de lhe propor conselhos e soluções pré-definidas); e não negligencie seu sofrimento.

O cuidado, portanto, denota o respeito pela natureza humana e deve ser oferecido segundo uma perspectiva holística. O profissional deve atuar de modo sensível à diversidade cultural que caracteriza as populações pelas quais é responsável, ao ser receptivo a esta pluralidade e adaptar o conhecimento científico à mesma. Este aspecto é importante, ao consideramos que as especificidades socioculturais que caracterizam cada sociedade e/ou os subgrupos que as compõem determinam modos particulares de compreender e lidar com a experiência da doença, saúde e terapêutica (LANGDON e WIJK, 2010).

O ajuste no problema de pesquisa resultou na representação do homem usuário de crack por intermédio do discurso e da conduta de *outrem* - o/a ACS. A decisão não representa uma tentativa de desconsiderar a fala destes sujeitos e/ou ignorar sua existência. Embora a valorização do ponto de vista dos usuários de drogas ilegais constitua um diferencial entre os

⁶ Neste trabalho, a intervenção social e comunitária é compreendida segundo a perspectiva de Perdigão (2003, p. 491, 495): uma “atividade responsável e responsabilizante de acompanhamento” cotidiano; orientada por princípios que, simultaneamente, constituem “formas de inter-cuidar”, como: valorização da multidimensionalidade e da complexidade humanas; engajamento ativo da comunidade para resolver seus problemas; interdependência e encontro com o sujeito no contexto que o define.

estudos etnográficos sobre o trabalho desenvolvido por agentes comunitários/as de saúde em ESF, o fato de não contemplá-la resulta das circunstâncias do desenvolvimento desta pesquisa.

Os objetivos específicos deste trabalho são: a) caracterizar e compreender a atuação do/a agente comunitário/a de saúde, no âmbito da ESF; b) caracterizar e compreender o modo como ACS identificam, compreendem e lidam com homens usuários de crack (e sua prática de consumo); c) caracterizar e compreender os fatores que incidem sobre o cuidado oferecido por ACS para este segmento, dentro e fora da unidade de saúde; d) problematizar as concepções e práticas de cuidado em saúde dos/as ACS destinadas aos usuários de crack.

Esta mudança não invalida um traço importante deste estudo, que define igualmente a Antropologia: o interesse pela alteridade, pela singularidade; a busca por compreender o que faz uma sociedade ser o que é (URIARTE, 2012). Ou em palavras de Goldman (2006, p.167): “o estudo das experiências humanas a partir de uma experiência pessoal”.

As observações em campo; as reflexões suscitadas durante o desenvolvimento da pesquisa etnográfica; as discussões com o orientador; e a ampliação da compreensão sobre a realidade estimulada pelo estudo da teoria contribuíram para a análise crítica do problema inicial da pesquisa. Isto possibilitou reconhecer o quanto estava baseado em uma concepção idealizada, elaborada por mim, acerca da atenção em saúde dirigida aos homens que usam crack. Apesar de possuir uma experiência profissional na área e ter escrito a este respeito anteriormente ao mestrado⁷, considerei factível presenciar usuários em busca de atendimento na unidade de saúde, motivados por problemas direta e explicitamente relacionados ao consumo desta substância psicoativa (SPA); até mesmo cogitei presenciar agentes comunitários/as de saúde tratando confortavelmente do tema em suas áreas de atuação.

Meu contato direto com os usuários de drogas ilegais em campo não foi imediato. Houve oportunidade de presenciar cenas de uso de outras drogas (ex. maconha, tabaco, álcool), consumidas associadamente, mas não o crack. Testemunhei momentos nos quais ACS abordaram usuários de crack nas microáreas, mas suas orientações não contemplaram cuidados com a saúde diretamente associados ao consumo desta droga. Isto é explicado em parte pela resistência manifestada pela maioria dos/as agentes de saúde em contatar estes homens; e se revelou igualmente na obstinação de alguns/mas destes/as profissionais em intermediar meu

⁷ Minha trajetória profissional, bem como a diferença entre o estudo preliminar e a pesquisa desenvolvida no mestrado são pormenorizadas no capítulo seguinte.

contato, na condição de pesquisadora, com os consumidores desta SPA – o que consideraram uma medida de segurança⁸.

A experiência de pesquisa possibilitou conceber a reticência dos/as ACS sob um novo ponto de vista: trata-se de uma modalidade de cuidado oferecida pelo/a agente comunitário de saúde. O conceito de cuidado adotado inicialmente neste trabalho foi igualmente revisto. O cuidado na perspectiva da Enfermagem e Saúde Coletiva - de caráter abstrato, substantivado e pré-concebido - mostrou-se limitado para compreender como ele é agenciado no contexto empírico do cotidiano dos/as ACS no território. A noção de cuidado *no/do* habitar, pautada na sabedoria prática desenvolvida por agentes de saúde, permitiu compreendê-lo segundo uma perspectiva distinta. Ao se constituir na relação do/a ACS com o usuário de crack no território, o cuidado necessita ser admitido como uma categoria situacional, plástica, fluida: o cuidado *no/do* território.

O fato de eu não ter recorrido a outras estratégias para me inserir no território, a exemplo de contatar por conta própria outras instituições e/ou pessoas de referência, contribuiu para retardar meu contato com os usuários. Assumi esta conduta por compreender que a obediência aos protocolos institucionais, que condicionam o acesso à unidade de saúde e seus profissionais, pudesse assegurar o engajamento dos/as ACS na pesquisa. No início do trabalho de campo, enquanto ainda não dispunha da autorização emitida pela Secretaria de Saúde do Município, não fui autorizada pela gerência do posto de saúde a circular livremente na ESF; e poucos/as agentes comunitários/as se dispuseram a participar informalmente.

A abordagem do usuário de crack não destoa do cuidado oferecido por ACS para as demais pessoas da comunidade, nas dependências da unidade de saúde e/ou fora dela. Ainda que apresente algumas especificidades, sua particularidade consiste na *agudização* de características observadas na atenção dirigida para não consumidores desta droga. A interpelação direta coexiste com a aproximação indireta e a evitação. Trata-se de modalidades de vínculo acionadas para garantir o cuidado-do-usuário-de-crack-no-seu-entorno.

⁸ Por se tratar de um bairro onde há intenso movimento do tráfico de drogas, era prudente ser inserida paulatinamente no território, preferencialmente por alguém da comunidade. Esta medida de segurança tinha o objetivo de dissuadir suspeitas equivocadas sobre os propósitos da pesquisa e de minha presença assídua no bairro, e foi assinalada para mim por diferentes agentes comunitários/as. O receio de minha presença ser associada a uma eventual batida policial, por exemplo, foi utilizado explicitamente como argumento por uma das ACS para justificar a recusa em me apresentar aos usuários de crack que vivem na microárea onde trabalha. A discussão sobre este aspecto é aprofundada no Capítulo 5.

Embora pareçam discrepantes, estas estratégias necessitam ser compreendidos conjuntamente. Eles remetem à ambiguidade que caracteriza a realidade complexa do campo, sobretudo no que se refere ao trabalho do/a ACS. Em paralelo, existem em meio às histórias de vida dos sujeitos que *habitam* o sistema de saúde. Os/As profissionais, as pessoas assistidas etc. delineiam redes de cuidado ao transitarem *nos/pelos* serviços. Suas linhas de vida se organizam de modo similar a um rizoma; e estruturam o próprio sistema ao interligar as instituições de saúde.

O estudo das ações de educação em saúde, desenvolvidas na Atenção Básica e dirigidas para pessoas que usam drogas ilegais, assegura visibilidade para esta assistência e reafirma sua importância. Problematizar a atenção oferecida ao homem que usa crack permite aprimorar seu atendimento; e co-responsabilizá-lo no cuidado com sua saúde, o que contribui para que se perceba enquanto sujeito de cuidados e de direito à saúde (MOURA et al., 2014).

Compreender as dificuldades enfrentadas por profissionais de saúde em lidar com pessoas que usam drogas, referidas por alguns autores citados neste trabalho, favorece a identificação de entraves na atenção aos usuários. Isto permite elaborar estratégias mais eficazes para superá-los, o que amplia o alcance das ações no território e proporciona mais qualidade de vida para os/as profissionais.

A produção científica sobre o assunto contribui para a troca de experiências na área; e amplia o conhecimento produzido sobre a complexidade do fenômeno do uso de drogas, o que auxilia na reflexão sobre o tema nos espaços de formação de profissionais de saúde, principalmente o/a ACS. Este aspecto é importante, ao considerarmos estudos, a exemplo de Oliveira, McCallum e Costa (2010) e Barros e Pillon (2006), que reafirmam a necessidade de se rever a formação dos técnicos e investir em sua qualificação como uma estratégia para aprimorar a assistência.

O referencial teórico adotado neste trabalho concebe a cultura como uma rede de significados tecida e analisada pelo homem que, ao mesmo tempo, funciona como um mecanismo ou programa que orienta e normatiza seu comportamento - entendido como uma ação simbólica. Não se trata de definir o *status* ontológico do comportamento, mas sua importância: o que é transmitido; quando ocorre; e da forma pela qual se apresenta.

Segundo esta perspectiva, ilustrada por teóricos como Geertz (1989, p.211), uma prática social diz alguma coisa sobre algo. Ou seja, oferece uma interpretação particular sobre a sociedade da qual faz parte, e deve ser compreendida considerando a cultura em sua totalidade.

Uma estrutura simbólica ensina às pessoas aspectos do *ethos* de sua cultura: como os indivíduos são reunidos e sua sociedade é construída; como sentimentos, valores e temas característicos desta comunidade são entrelaçados sob determinadas regras. Sua repetição familiariza o sujeito à sua ocorrência, formato e conteúdo que busca transmitir. Ela cria e conforma sensibilidades, e possibilita aos sujeitos “verificar a dimensão de sua própria subjetividade”, que só existe propriamente sob esse arranjo particular.

Para este autor, cabe ao pesquisador identificar, entender e apresentar a multiplicidade de estruturas complexas de significação que se apresentam no campo de forma sobreposta, irregular ou até mesmo contraditória, sob a forma de uma “trama”; identificar os modos pelos quais se inter-relacionam; e determinar sua base social e sua importância. Para que isto se torne possível, o pesquisador necessita explorar minuciosamente o campo; investigar desde os aspectos notadamente visíveis às incoerências, sobreposições e não-ditos. É preciso descrever a realidade de maneira rica e pormenorizada, ao invés de retratá-la superficialmente e/ou limitada a aspectos visíveis. Elaborar, portanto, uma “descrição densa” a seu respeito.

A etnografia consiste em uma imersão no cotidiano do Outro (Alteridade); e representa a indissociabilidade entre teoria e prática: a teoria fornece informações prévias sobre o tema e o grupo e/ou sociedade a ser investigados; direciona e conforma a abordagem em campo; organiza e "traduz" os fatos de acordo com uma determinada perspectiva (MAGNANI, 2002; URIARTE, 2012).

Ao mesmo tempo, a etnografia pressupõe a interação efetiva e dialógica com as pessoas encontradas no campo, marcada sobretudo pela disponibilidade do pesquisador deixar-se impregnar e/ou surpreender por este contato; experimentá-lo; tornar-se disponível para a instabilização de pensamentos e sentimentos dominantes (FRAVET-SAADA, 2005; URIARTE, 2012).

Esta relação implica “reconhecer a importância de conviver e ouvir aqueles que pretendemos entender” – os “nativos⁹” - os quais devem ser admitidos como indivíduos particulares, dotados de agência e criatividade; interlocutores, ao invés de meros informantes (GOLDMAN, 2003; URIARTE, 2012, p. 4). A interação pesquisador-nativo representa uma valiosa fonte de informação para o etnógrafo; e deve ser investigada como os demais elementos identificados no trabalho de campo.

⁹ *Nativo* denomina o sujeito estranho ao antropólogo e/ou natural do local onde o pesquisador o encontra, ao invés de aludir o sentido etnocêntrico de “selvagem” ou “exótico” como explica Viveiros de Castro (2002).

O encontro com os sujeitos em campo estabelecido deste modo possibilita ao etnógrafo reconhecer *a* diferença - o que permite elaborar uma descrição densa da cultura “nativa”; e reconhecer-se *na* diferença - o que favorece o questionamento de aspectos da cultura na qual o pesquisador foi socializado.

MacRae e Vidal (2006) destacam a pertinência da utilização de métodos qualitativos em estudos de saúde coletiva e saúde pública, pois permitem o estudo descritivo e compreensivo da organização de uma cultura e/ou grupo, e de problemas que necessitam ser investigados mais detalhadamente. A etnografia e métodos afins revelam-se apropriados especialmente para estudos sobre o uso de drogas. Ao citar as substâncias psicoativas, refiro-me às

[...] substâncias químicas que se incorporam ao organismo humano, com a capacidade de modificar várias de suas funções (percepção, conduta, motricidade etc.), mas cujos efeitos, consequências e funções são condicionados acima de tudo pelas definições sociais, econômicas e culturais geradas pelos grupos sociais que as utilizam (ROMANÍ, 1999, p.53 apud MACRAE e VIDAL, 2006, p. 646).

Segundo MacRae e Vidal (2006, p.645), o objetivo do consumo destas substâncias consiste em “alterar a maneira de perceber ou de se relacionar com o seu entorno, com finalidades lúdicas, terapêuticas, religiosas e laborativas”, o que implica “complexas inter-relações entre substâncias, sujeitos e contextos socioculturais”. Deste modo, a multidisciplinaridade se revela a perspectiva mais apropriada para abordar os diversos aspectos associados ao tema. As reflexões a este respeito estão registradas no capítulo seguinte.

O emprego do método etnográfico no estudo do consumo de SPA ilegais permite compreender aspectos destacados por estes autores, a exemplo dos diferentes sentidos atribuídos ao consumo de drogas; a identidade social de quem trafica e de quem consome; a relação entre o uso de drogas e as diretrizes, perfil e objetivos de instituições assistenciais, entre outros. A considerações de elementos como estes, sob a perspectiva dos/as ACS, são abordados no Capítulo 5.

A escolha de recorrer à Antropologia e à etnografia para compreender o cuidado oferecido por agentes comunitários/as de saúde para homens adultos usuários de crack, nas dependências da unidade de saúde e em outros espaços do território, torna-se clara: a perspectiva antropológica oferece subsídios para o estudo, implementação e avaliação de ações e serviços em saúde. De modo similar, a etnografia permite analisar e compreender com profundidade aspectos relacionados ao consumo de SPA; e habilita o pesquisador a desvelar a

rede de significados que caracteriza a atenção em saúde dirigida a homens que consomem crack no contexto de uma ESF.

A análise antropológica, como qualquer outra, não é neutra. O pesquisador é um sujeito sociohistorico, situado em um marco teórico e possuidor de uma visão de mundo própria – aspectos que incidem conjuntamente sobre o processo investigativo e suas conclusões. A disciplina está sujeita igualmente às contingências históricas e às correntes de pensamento de sua época; e integra um projeto mais amplo de transformação social, o que a impossibilita de sustentar um posicionamento imparcial - como ocorre com qualquer outra ciência (MINAYO, 1991).

A discussão que proponho neste estudo é igualmente parcial. Isto decorre de três fatores: a compreensão que sustento acerca da natureza do texto etnográfico; a tentativa de inscrever minha experiência no discurso da Antropologia, obedecendo a critérios acadêmicos; e a incidência de minha experiência pessoal/profissional sobre a proposição, o desenvolvimento e o registro da pesquisa.

Autores como Vincent Crapanzano (1981) defendem que a vivência e a descrição da realidade do campo pelo pesquisador, similar ao trabalho de interpretação da relação transferencial no contexto psicanalítico, não correspondem a um reflexo fiel daquilo com o que o antropólogo se depara. Ao contrário, representa sua tentativa de se aproximar do universo do Outro e elaborar algo a seu respeito. Neste sentido, este trabalho representa um construto ideológico – e, portanto, arbitrário.

A narrativa etnográfica é entendida como uma obliteração da realidade pela escrita - seja pela impossibilidade de assegurar a correspondência entre o que foi dito acerca do Outro, e a real concepção deste sobre algo; seja devido à transformação e/ou depuração de aspectos da realidade pela memória; ou pela dificuldade de vetorializar a experiência caótica do encontro pela escrita. Desta forma, o texto etnográfico implica em alegorias e paródias; o presente etnográfico se constitui em uma retórica, que busca registrar o passado do encontro entre o antropólogo e o “nativo”; e o encontro etnográfico é admitido como uma ficção (no sentido de criada, porém não falseada), por se tratar de um produto cultural.

Para Geertz (1989), trata-se de uma interpretação de segunda ou terceira ordem, elaborada com base no entendimento do pesquisador sobre a cultura local a partir do ponto de vista apresentado por interlocutores (e outras fontes de informação) com os quais lida em

campo. O objetivo é reorganizar as informações¹⁰ para apresentar o modo como o pesquisador pensa a respeito da *sua* relação com a perspectiva “nativa” da realidade (VIVEIROS DE CASTRO, 2002). Conforme explica Uriarte (2012, p.8):

A voz do antropólogo não é a voz do nativo porque uma coisa é o que o nativo pensa e outra, o que o antropólogo pensa que o nativo pensa. O ponto de vista do antropólogo é, pois, o da sua relação com o ponto de vista do nativo. O seu é um discurso que advém de uma relação.

A narrativa etnográfica oferece um novo arranjo, de caráter mais geral, dos elementos que constituem o ponto de vista “nativo”. Ao mesmo tempo, ela difere do “esquema teórico inicial” da pesquisa elaborado pelo antropólogo, pois revela maior densidade e se apoia na vivência concreta do pesquisador em campo (MAGNANI, 2002, p.17).

O segundo aspecto associado à imparcialidade atribuída a este trabalho refere-se ao imperativo de interpretar o objeto de estudo no interior de um “horizonte socialmente construído” da disciplina escolhida: a Antropologia. Isto significa pensar, atuar e escrever com base na “comunidade de comunicação” que corresponde à linguagem da sociedade à qual pertencem. Ao mesmo tempo, representa o imperativo de inscrever minha experiência na “cultura antropológica”, em conformidade com as categorias e conceitos básicos que constituem a disciplina – o que inclui submeter o estudo ao “controle dos dados [...] pela comunidade profissional” acadêmica; e obedecer aos critérios de elaboração de um texto estabelecidos por/no contexto acadêmico (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000, p.26-27).

A ausência de neutralidade atribuída a este trabalho decorre ainda da influência exercida por minha experiência pessoal/profissional, que o antecede. Para Peirano (2008, p.4), não é possível isentar o trabalho etnográfico do peso da “personalidade do investigador e sua experiência pessoal”. O estudo traz consigo a marca de quem se graduou em Psicologia¹¹; atuou na rede básica de saúde junto aos/às agentes comunitários/as de saúde, sob a ótica da Redução de Danos (RD); e atualmente envereda pela Antropologia com o propósito de ampliar a compreensão sobre o cuidado em saúde relacionado ao consumo de SPA, no contexto da Atenção Primária à Saúde¹².

¹⁰ Como destaca Uriarte (2012, p.5), apoiada em Guber (2005): “o campo não fornece dados, mas informações que costumamos chamar de dados. As informações se transformam em dados no processo reflexivo, posterior à sua coleta”.

¹¹ A conclusão do meu bacharelado em Psicologia ocorreu em 2005.

¹² Nesta pesquisa, os termos “Atenção Primária à Saúde” e “Atenção Básica” nas atuais concepções são equivalentes, conforme disposto na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

A fim de oferecer uma visão mais clara e coerente sobre o reflexo de minha trajetória pessoal/profissional sobre o recorte apresentado por este trabalho, e outros aspectos que se notabilizaram durante minha atuação em campo, este estudo está organizado em seis (06) capítulos. Cada um deles aborda tópicos distintos, porém complementares – a exceção da discussão sobre o cuidado, que se encontra pulverizada por todo o trabalho. A separação é meramente didática.

Este estudo busca auxiliar a compreensão sobre o problema de pesquisa especialmente para o leitor não familiarizado e/ou que não desempenha o papel de agente comunitário de saúde. Deste modo, espera-se que seja útil para profissionais e estudantes, (não) vinculados a uma ESF, interessados/as na atuação dos/as ACS.

A arquitetura do texto reflete o processo de construção da pesquisa. Progressivamente, ela se afunila. O estudo principia com a abordagem de aspectos “macro” do objeto da investigação (o bairro onde o/a ACS mora e atua, a instituição de saúde à qual é vinculado/a, a caracterização de sua rotina de trabalho) até alcançar elementos de caráter “micro” (o cuidado em saúde oferecido por ACS para usuários de crack).

O caminho trilhado em campo pode ser compreendido ainda em sentido inverso: a investigação centrada no cuidado oferecido por ACS para usuários de crack permitiu conhecer e ampliar minha compreensão sobre a realidade destes/as profissionais e seus dilemas. Em outras palavras, puxar o “fio” do cuidado do usuário de crack por ACS trouxe consigo elementos que dizem respeito à toda “trama” ou “malha” constituída pelos demais elementos presentes na rotina de trabalho e de vida dos/as agentes comunitários/as de saúde.

Os capítulos estão organizados da seguinte forma:

O **Capítulo 1: Pensar sobre drogas... Pensar sobre a pesquisa...** é composto por duas sessões: *1.1 Perspectiva sociohistorica e cultural sobre as SPA* descreve a concepção acerca do fenômeno do uso de drogas na qual este trabalho se baseia, e os pressupostos da perspectiva da Redução de Danos, a qual orienta as políticas públicas de assistência aos usuários de drogas, o funcionamento das unidades de Atenção Básica e a atuação de agentes de saúde. *1.2 A construção do problema de pesquisa* apresenta minha trajetória de atuação associada ao tema; e a motivação em estudá-lo no mestrado.

O **Capítulo 2: A chegada no campo, cenário do cuidado** está organizado em quatro sessões: *2.1 O acesso ao campo de pesquisa* expõe o processo de submissão do projeto a protocolos institucionais que condicionaram meu ingresso ao campo de estudo. *2.2 O contato*

com os sujeitos em campo detalha a articulação inicial e a relação estabelecida com os/as profissionais da ESF. 2.3 *O território* caracteriza a área do bairro onde se situa a unidade de saúde; e o trabalho em rede desenvolvido por seus/suas profissionais junto a instituições parceiras de educação, saúde e saúde mental. 2.4 *O território, o cuidador e o cuidado* discute a ambiguidade inerente à dupla inserção do/a ACS no território (ser morador e cuidador, simultaneamente); a angústia sofrida como resultado de sua atuação na área da saúde e perfil da profissão; e como isto repercute na promoção do (auto)cuidado.

O **Capítulo 3: A ESF** discute a relação entre o cuidado e as interações entre os sujeitos nos diferentes espaços da ESF; e está ordenado em três sessões: 3.1 *A unidade de saúde* trata dos aspectos gerais da estrutura física e dinâmica de funcionamento da unidade de saúde. O foco dado à rotina de dois ambientes da ESF - a sala de espera¹³ e o que denomino “área dos fundos” - resulta nas sessões homônimas seguintes: 3.2 *A sala de espera* aborda a recepção e a experiência da espera por atendimento na unidade de saúde, o que introduz a reflexão sobre a baixa adesão de homens à atenção em saúde na rede básica. 3.3 *A “área dos fundos”* descreve um espaço particular do serviço, cujas características se contrapõem à sala de espera.

O **Capítulo 4: O/A ACS por ele/a mesmo/a: práticas, desafios e dificuldades** é constituído por quatro sessões: 4.1 *As atribuições e recursos que caracterizam o trabalho do/a ACS* descreve as responsabilidades e os meios que os/as profissionais dispõem para cumpri-las, associados à ambiguidade e à multifuncionalidade que caracterizam sua atuação. 4.2 *As reuniões de equipe*, retrata a dinâmica destes encontros e a interação entre seus membros, o que contribui para compreender a gerência e o processo de cuidar discutidos neste contexto. 4.3 *As reuniões de unidade* complementa as reflexões sobre as “reuniões de equipe” e a importância da escuta sensível¹⁴ para a promoção do autocuidado do profissional de saúde. 4.4 *A violência no trabalho do/a ACS* aprofunda a caracterização e a discussão sobre a violência presente na rotina do/a ACS; e sua repercussão sobre a condição psicológica do/a agente de saúde.

¹³ A denominação “sala de espera” pode ser empregada duplamente em uma unidade de saúde: ao representar um dos *ambientes* da ESF ou ao fazer referência a uma *estratégia educativa*, organizada nas dependências do serviço, enquanto as pessoas aguardam atendimento. Habitualmente, esta ação trata de algum tema de interesse da população, a exemplo de cuidados com a alimentação, prevenção de doenças etc., sob a forma de palestras breves. Durante a pesquisa, testemunhei atividades educativas na sala de espera realizadas por profissionais da ESF e/ou parceiros institucionais sobre temas diversos, como Agentes de Endemias (prevenção de doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*), ACS e enfermeiros/as (distinção entre *atendimento* e *acolhimento* na ESF); nutricionista do NASF e estagiária (cuidados com alimentação).

¹⁴ A *escuta sensível* refere-se à possibilidade do sujeito expressar sua subjetividade e demandas; sentir-se respeitado e acolhido ao agir desta maneira (AYRES, 2005).

O Capítulo 5: O usuário de crack do ponto de vista do/a ACS está sistematizado em cinco sessões: *5.1 A heterogeneidade de práticas terapêuticas no contexto da ESF* comenta o impacto da divergência entre os distintos paradigmas de cuidado sobre o vínculo entre o/a ACS e o sujeito do cuidado; e discute como diferentes concepções acerca do que é passível de intervenção pelo/a profissional de saúde determina modos igualmente distintos de lidar com ele. *5.2 O que os/as ACS pensam sobre o consumo de drogas* retrata a perspectiva dos/as ACS, baseada em sua experiência no território, acerca do uso de SPA e suas distintas finalidades. *5.3 O que os/as ACS pensam sobre as drogas* descreve as concepções dos agentes de saúde sobre as SPA, o que contribui para confrontar a perspectiva biomédica, a RD e a sabedoria prática dos/as agentes de saúde a este respeito. *5.4 O que os/as ACS pensam sobre o usuário de drogas* descreve as diferentes impressões dos/as ACS sobre o sujeito que consome SPA, decorrentes do contato nas microáreas com homens que usam (ou não) o crack e/ou (não) são envolvidos com o tráfico de drogas. A última sessão *5.5 O cuidado oferecido pelo/a ACS ao usuário de crack* estabelece paralelos entre o conteúdo das sessões anteriores; os fatores intervenientes à abordagem do tema “uso de drogas” por ACS; e o cuidado dedicado ao usuário de crack. Em seguida, contrasta a inabilidade alegada por ACS para abordar este sujeito ao fato destes/as profissionais elaborarem estratégias que conciliam o cuidado consigo e com o homem que fuma crack.

As discussões apresentadas neste trabalho são encerradas nas **Considerações finais**. Este capítulo é composto por uma única sessão. Ele resgata os aspectos principais discutidos nos capítulos anteriores; revê a concepção de cuidado apresentada inicialmente neste trabalho; e sintetiza as reflexões sobre a atenção em saúde oferecida por ACS para usuários de crack com base no conceito de cuidado *no/do* habitar.

CAPÍTULO 1: PENSAR SOBRE DROGAS... PENSAR SOBRE A PESQUISA...

O consumo de SPA é uma prática social disseminada na história da humanidade. Ela resulta do aprendizado sobre como viver em grupo de acordo com determinada cultura, e do modo pelo qual cada “sociedade organiza seus interesses políticos, econômicos e legislativos” (FIGUEIREDO E GREGORI, 1992, p. 4). Em contraposição à ótica proibicionista sobre o uso de drogas, baseada na erradicação do consumo destas substâncias, desenvolveu-se a perspectiva da Redução de Danos. Seu objetivo principal é estimular a reflexão crítica sobre o uso de SPA e a adoção de cuidados que diminuam os prejuízos sociais e de saúde, resultantes do consumo de SPA, para o usuário. A introdução do conceito de Redução de Danos contribuiu para estimular o debate público sobre o uso de drogas em diferentes momentos históricos e por diferentes sociedades. No Brasil, esta lógica norteia as atuais políticas públicas de assistência aos usuários, e rege o funcionamento das unidades básicas de saúde, o que inclui a atuação dos/as agentes comunitários/as. Este capítulo tem por objetivo apresentar algumas considerações a respeito da perspectiva sociohistórica e cultural acerca do consumo de SPA; destacar os princípios gerais da ótica da Redução de Danos sobre esta prática; descrever como estes temas se relacionam à minha trajetória profissional anterior ao mestrado, e como estes elementos resultaram na proposição da presente pesquisa.

1.1. Perspectiva sociohistórica e cultural sobre as SPA

O uso de substâncias psicoativas – sejam aquelas disponíveis para o homem na natureza, sejam produzidas artificialmente por ele – é uma prática social presente em diversas culturas, e faz parte da história da humanidade desde seu princípio. No Brasil, o termo “droga” é utilizado comumente para identificar substâncias ilícitas, a exemplo de cocaína e maconha. Considerando-se estritamente seus aspectos farmacológicos, é possível citar as SPA como:

[...] Um grupo de produtos químicos capazes de provocar alterações no sistema nervoso central, afetando especialmente as percepções, o humor e as sensações, induzindo, ainda que temporariamente, sensações de prazer, de

euforia, ou aliviando o medo, a dor, as frustrações, as angústias etc. (CORDATO¹⁵, 1988 apud MACRAE, 1997, p.110).

O estudo de Quinderé (2013, p.32-33) amplia esta compreensão ao referir as drogas como uma “categoria complexa e polissêmica”. Ela reúne medicamentos, “alimentos-droga” (ex. café, chocolate, chá, açúcar etc.), além das substâncias submetidas ao controle do Estado em nossa sociedade (ex. cigarro, bebidas alcoólicas) e outras cuja produção, distribuição e consumo são combatidas por ele (ex. crack, cocaína, maconha etc.). Esta perspectiva se contrapõe à divisão de caráter médico, legal e moral entre drogas lícitas e ilícitas; e reafirma a importância de compreender não apenas a natureza bioquímica destas substâncias, mas contextualizá-la na teia de sentidos e significados produzidos sociohistorica e culturalmente, na qual se situam diversos sistemas de referência.

Estes sentidos são produzidos a partir da subjetividade humana, concebida como um sistema complexo, originado na esfera cultural, que difere “ontologicamente” de “elementos sociais, biológicos, ecológicos e qualquer outro tipo”. A subjetividade resulta da expressão social de sentidos elaborados individualmente - *subjetividade individual*. Ao mesmo tempo, é construída a partir do sistema social de significações - *subjetividade social*. Os sentidos dependem ainda “dos relacionamentos com os jogos de comunicação que se apresentam nos espaços de relação em que ele(s) se expressa(m)” (QUINDERÉ, 2013, p. 33, 37).

Bucher (1992, p.9-10) assinala que as drogas constituem apenas uma das estratégias através das quais o ser humano busca modificar sua percepção, sua orientação com relação a si mesmo e ao seu “meio físico e social”, como sempre fez ao longo da história da humanidade, e certamente continuará fazendo. Outros efeitos farmacológicos destas substâncias aos quais o ser humano recorre são o alívio da dor; a diminuição de uma sensação desconfortável (ex. ansiedade, angústia, agitação, insônia); o aumento do nível de atividade, sensação de potência e energia, conciliada à diminuição do cansaço, depressão ou sonolência e; a experiência próxima ao atordoamento, vertigem e embriaguez. A alteração da percepção significa “explorar sair de si mesmo, obter novas intuições, aumentar sua criatividade, aumentar a intensidade das experiências sensoriais e estáticas e o prazer que delas” pode extrair. Atinge, principalmente, as sensações, o humor e a percepção. Cabe às drogas favorecer o acesso a “dimensões essenciais

¹⁵ Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (MACRAE, 1997).

da existência” que também se constituem um “direito humano”: “o prazer, a felicidade e a beleza”.

Segundo este autor, não existe na história da humanidade uma sociedade na qual substâncias psicoativas não tenham sido e/ou não sejam empregadas, de acordo com os “mais diversos contextos: social, econômico, medicinal, religioso, ritual, cultural, psicológico, estético [...] e mesmo militar”. Não apenas seu consumo, como sua produção e divulgação são vistos como um fenômeno humano, caracterizado por uma “grande relatividade cultural”. Para melhor compreender como esta prática é desenvolvida e quais os significados que lhes são atribuídos em cada sociedade (e no interior de seus subgrupos), é necessário considerar o complexo formado pela evolução histórica, organização social e representação de uma sociedade, juntamente com “incidências antropológicas, políticas, religiosas e psicológicas da presença das drogas”. Este panorama permite apreender aspectos relacionados às substâncias em si, aos sujeitos que as consomem e ao seu contexto sociocultural. Por isso, é um equívoco reduzir a análise dos problemas imediatos decorrentes do consumo abusivo a uma explicação unidimensional. Ou seja, considerá-los um problema resultante somente da substância, do indivíduo ou do “desequilíbrio da sociedade” de modo não integrado (BUCHER, 1992, p.8, 10).

Entre as funções desempenhadas pelo consumo de drogas nas diversas dimensões da existência humana, é possível destacar a busca por “superar a angústia existencial; entrar em contato com forças sobrenaturais e; obter prazer”, que podem estar conciliadas entre si ou não. A *função tranquilizadora* refere-se, sobretudo, à diminuição, ainda que temporária, da angústia decorrente da consciência sobre a transitoriedade da existência humana e da morte determinada biologicamente. Este uso não é recente, embora atualmente ganhe notoriedade por ocorrer de maneira indiscriminada e sob formas menos integradas socialmente, além de haver oferta, divulgação e comercialização significativas de substâncias com esta finalidade, a exemplo dos medicamentos alopáticos. A *função de transcendência* diz respeito às experiências místicas, realizadas individual ou coletivamente, com o propósito de explorar e ampliar os limites existenciais. Neste sentido, buscam-se elementos espirituais ou divinos que assegurem a diminuição da angústia do sujeito, o apoio diante da sensação de “desamparo humano” e a sua existência após a morte física. A *busca por prazer* é claramente observada na toxicomania¹⁶

¹⁶ A *toxicomania* pode ser descrita como o consumo intenso, abusivo, caracterizado por uma relação fechada, similar à sensação de completude, entre o sujeito e a substância (NERY FILHO, [s.d.]). Na perspectiva da psicanálise freudiana, a toxicomania remete ao lugar ocupado pela droga na subjetividade do sujeito e à sua

moderna, embora sua relação histórica com as funções anteriores seja obscurecida devido à “evolução do cristianismo e de sua noção do pecado” (BUCHER, 1992, p. 8-9).

A perspectiva antropológica acerca do consumo de drogas possibilita identificar e compreender situações em que esta prática não é apenas considerada problemática. As celebrações ritualísticas são um contexto cultural “estruturado (e estruturante para seus membros)”; favorável ao uso de drogas para acessar diretamente o prazer, a felicidade e a beleza; e cujas normas são transmitidas através das gerações. Neste cenário, o emprego destas substâncias é intencional, torna-se lícito e, assim como outros aspectos dos ritos, desempenha uma função integradora (NOWLIS, 1982 apud BUCHER, 1992, p.9). Seu consumo não representa “um fator de alienação ou desintegração social [...]”. Ao contrário, “constitui um complexo de crenças, atitudes e costumes compartilhados por toda a comunidade”, ainda que sejam identificadas diferenças associadas ao significado, propósitos ou formas de utilização de determinada substância por classes sociais distintas (BUCHER, 1992, p.12).

Em determinadas sociedades, o cultivo e consumo de algumas substâncias assumem um papel fundamental na vida cultural da população, a exemplo do seu emprego como símbolos nacionais, como ocorreu com o café na história do Brasil ou com a planta da papoula na China. Estas práticas podem estar a serviço ainda da afirmação de uma identidade étnica, a exemplo do consumo de folha da coca por populações indígenas andinas, sobretudo durante a fase inicial de sua colonização por espanhóis; e inserção desta planta na cosmologia, esfera comunitária e ritual destas sociedades. A representação destas substâncias “na ordem simbólica de um povo”, portanto, não está isenta da influência de fatores políticos e econômicos, que incidem igualmente sobre sua produção, comercialização e consumo (BUCHER, 1992, p.11-12).

A perda de valores tradicionais que possuem um potencial de integração social, sem oferecer outros que cumpram esta função, é um importante fator para compreender em que medida o consumo de drogas constitui um problema social. Isto pode ser ilustrado por tentativas de aculturação resultantes de choques culturais, por meio dos quais modas internacionais contribuem para atribuir novos sentidos ao consumo tradicional de drogas. A descaracterização de práticas e significados agregadores contribui para o surgimento de subculturas e de grupos marginais, para a pauperização de grandes faixas da população, para “movimentos de revolta [...] de contestação ou, ao contrário, de prostração letárgica” que favorecem o consumo

constituição psíquica, ao invés de ser definida unicamente pela frequência de uso e tipo de substância consumida. Diz respeito ainda à “modalidade de gozo experimentada e suportada” por cada um, sobretudo para lidar com o mal estar inerente à condição humana (RIBEIRO, 2011, p. 635).

entendido como “solução, [...] consolo [...] ou meio de tolerar os estados de frustração, miséria ou desânimo” (BUCHER, 1992, p.15).

Ao contrário do uso tradicional, o consumo abusivo e a dependência¹⁷ são considerados fenômenos relativamente recentes, inseridos no contexto da evolução das sociedades modernas, desde o princípio da industrialização. Uma diferença assinalada por Bucher (1992, p.10) entre o uso de drogas registrado desde a antiguidade e aquele observado na modernidade consiste “a fabricação de substâncias sintéticas (em particular, os medicamentos) e a introdução, através de certas convenções sociais e jurídicas, da distinção entre drogas legais e ilegais”. Para este autor, a atribuição da (i)legalidade resulta do esforço em regulamentar o consumo quando entendido como uma prática prejudicial para uma organização social específica.

Figueiredo e Gregori (1992, p.5,7) destacam a variação ao longo do tempo e das culturas” das “proibições das diversas substâncias”. A comunidade científica e os governos em geral definem que a divisão entre drogas legais e ilegais se apoia em “argumentos de preservação da saúde física e mental dos indivíduos e a sua autonomia”, sem prejuízo de sua capacidade produtiva. A origem dos primeiros esforços internacionais do controle sobre o

¹⁷ Com base no estudo de Nery Filho [s.d.], é possível referir quatro grupos básicos de usuários de SPA, considerando seus diferentes padrões de consumo. Esta distinção é útil para compreendermos como os/as ACS identificam o usuário; e fugir à unicidade conceitual demonstrada por alguns destes profissionais (aspecto explorado no Capítulo 5). A diferenciação entre usuários pautada nos distintos padrões de uso de SPA são: 1. EXPERIMENTADOR (motivado por curiosidade, busca por novas experiências ou a título de ensaio. Costuma abandonar o uso após as primeiras utilizações); 2. OCASIONAL (consome casualmente ou em caráter recreativo. O uso não é regular; não altera o ritmo de vida do sujeito e não há uma procura ativa pela droga. Ou seja, está estreitamente relacionado a determinantes sociais, como a existência de disponibilidade da droga ou situações sociais que permitem ou facilitam o consumo. A droga desempenha o papel de mediador nas relações sociais); 3. HABITUAL (o sujeito procura ativamente a droga e necessita dela para dar seguimento às suas distintas atividades sociais. O consumo é constante, pois sua falta traz sofrimento. Este padrão de uso assinala o limite entre o “consumo com características sociais” e aquele marcado por “ordem psicológica”. Há situações nas quais a droga pode estar encobrindo alguma dificuldade psicológica, e auxilia o sujeito a sustentar sua convivência social); 4. COMPULSIVO (Corresponde à dependência ou toxicomania. O uso é intensivo e comumente está relacionado a problemas de natureza psíquica ou emocional, complicações para a saúde e desordem e/ou ruptura das relações e compromissos sociais – família, trabalho etc. A relação inicial de prazer estabelecida com a substância é substituída por outra, marcada pela angústia, na qual a droga é vista como a única alternativa para trazer alívio ao sujeito, ao mesmo tempo em que lhe traz sofrimento).

O conceito de “Pirâmide de Consumo” descrito por Figueiredo e Gregori (1992) complementa esta compreensão. Os diferentes tipos de uso e/ou padrões de usuários de drogas distribuem-se ao longo da Pirâmide. O número de usuários diminui conforme aumenta a frequência e o grau de dependência: os *experimentadores* situam-se na base da pirâmide; aqueles que fazem uso *ocasional* estão logo acima dos anteriores, porém abaixo dos que fazem uso *habitual*, que são em menor número. No topo, encontra-se uma parcela ainda menor da população que faz uso *compulsivo*. Este conceito pode ser aplicado ao uso da maioria das SPA. Seu objetivo é desmistificar a noção de *escalada de consumo de drogas*, baseada na compreensão de que a experimentação de determinada SPA inexoravelmente resultará no uso abusivo e nocivo de tantas outras ao alcance do sujeito, a despeito das diferenças existentes em suas propriedades psicoativas, formas de uso, interesses e motivações do usuário etc.

consumo de drogas é associada por Bucher (1992) ao abuso do ópio e seus derivados (ex. morfina, heroína, codeína etc.). Apesar disto ocorrer há algumas centenas de anos, somente no início do século XXI seu consumo tornou-se proibido.

O forte caráter punitivo e acusatório atribuído a legislações atuais em alguns países, marcadamente influenciadas por interesses econômicos e políticos em detrimento dos aspectos científicos, resulta no abandono de instruções milenares norteadoras do uso de SPA (FIGUEIREDO e GREGORI, 1992). Estas informações consistem em saberes que orientam e regulam o consumo de drogas (rituais sociais¹⁸); e mecanismos que o normatizam nos diversos grupos (sanções sociais¹⁹), os quais atuam como controles sociais²⁰ (MACRAE, 2010; ZINBERG, 1984).

Segundo Bucher (1992, p.15-16), para que o enfrentamento do uso de drogas seja eficaz, é necessário considerar “a evolução histórica de uma determinada região ou sociedade, bem como os fenômenos sociais, políticos e culturais do contexto no qual elas se inserem”. Do contrário, corre-se o risco de se combater, equivocadamente, outras consequências e/ou “sintomas de um disfuncionamento social muito mais amplo”, do qual fazem parte a exploração político-ideológica e econômica entre nações, sob o disfarce da guerra às drogas. Ao mesmo tempo, é importante entender o uso (e o abuso) de drogas como uma estratégia intencional para

¹⁸ *Rituais sociais* compreendem os padrões de comportamentos que são recomendados no que se refere à adquirir a droga; escolher o meio físico e social para utilizá-la; administrá-la; desenvolver (ou não) determinadas atividades após o consumo; e evitar efeitos indesejados. Deste modo, reafirmam e simbolizam as sanções sociais (ZINBERG, 1984).

¹⁹ *Sanções sociais* correspondem aos valores e regras de conduta que definem *se* e *como* uma droga deve ser usada. Formalmente, elas correspondem a leis ou serviços oferecidos pelo Estado (ex. unidade de saúde); e são referidas como *heterocontroles*. Informalmente, elas podem existir de duas maneiras: como o controle exercido por pessoas que convivem com os usuários, a exemplo de seus pares e vizinhos (*controle societário*); ou o controle exercido pelos próprios usuários (*autocontrole*), o que remete à internalização de heterocontroles e controles societários. O reconhecimento destas diferentes instâncias de regulação é importante, pois legitima formas de controle sobre as ações do sujeito além das formalmente institucionalizadas (ex. legislação); e se contrapõe à atribuição da ordem unicamente à lei, ao reconhecê-la nos hábitos adotados pelo usuário (MACRAE, 2010; ZINBERG, 1984).

²⁰ *Controles sociais* operam “em diferentes [...] modos e instâncias de regulação”; existem em contextos sociais distintos, de modo a atuar sobre os mais diversos grupos que compõem determinada sociedade; são aplicados às drogas lícitas e ilícitas; e podem variar de acordo com as circunstâncias. Seu objetivo é orientar o uso de drogas e mantê-lo sob controle e/ou de forma moderada, sem prejuízo para a saúde física, emocional ou a vida social dos indivíduos. Contudo, o fato de sanções e rituais sociais funcionarem como mecanismos de controle não assegura que sirvam exclusivamente a este propósito; e não garante sua eficácia para moderar o consumo de drogas. É importante considerar ainda se o usuário vivencia um conflito entre as sanções sociais vigentes em sua cultura (sejam aquelas estabelecidas institucionalmente, sejam aquelas definidas por seus pares); e como lida com a ansiedade decorrente deste antagonismo (MACRAE, 2010, p. 3; ZINBERG, 1984).

promover a alienação de sujeitos “mais fracos, socialmente ou psiquicamente” no interior de nossa sociedade, e a favor de “processos de marginalização”.

Com base nas reflexões de outro trabalho deste autor, é possível afirmar que por muito tempo a política voltada ao consumo de drogas no Brasil se condicionou à ideologia grandemente impulsionada pelos Estados Unidos (EUA) de “guerra às drogas”, que se firmou por meio da pressão econômica sobre o país, descontextualizada da realidade brasileira. A partir daí se constituiu um discurso normativo e regulador anacrônico, passional e intolerante ao consumo de SPA, executado por meio de medidas dispendiosas e indiferentes às mudanças contemporâneas de abordagem do assunto, observadas em outros países (BUCHER, 1996).

A ótica proibicionista produziu uma lacuna histórica na política pública de saúde. As iniciativas governamentais se limitaram a poucos serviços ambulatoriais ou hospitalares. A relativa ausência do Estado abriu caminho para que instituições de justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência e associações religiosas assumissem a frente na prevenção e tratamento de transtornos associados ao uso de SPA. Apesar desta rede de instituições contribuir para o enfrentamento de problemas associados ou decorrentes do consumo nocivo, mostrou-se restrita, haja visto seu caráter total, fechado, marcado pela perspectiva biomédica e abstinência (BRASIL, 2005).

O uso de SPA passou a ser considerado um problema de saúde pública ao ser relacionado aos agravos sociais. Esta constatação exigiu o estabelecimento de políticas públicas específicas, que se beneficiaram de mudanças operadas no âmbito da Saúde Mental, campo no qual foram situadas, para se consolidarem posteriormente (BRASIL, 2005).

A problematização de paradigmas e práticas em saúde mental proposta pelas contribuições da Reforma Psiquiátrica, aliada à criação do Sistema Único de Saúde²¹ (SUS) no contexto da Reforma Sanitária, contribuiu para lançar um novo olhar sobre o consumo de drogas e o usuário. A partir daí, deu-se início à desconstrução do discurso predominante até o momento sobre o tema, fortemente moralizante e preconceituoso. Consoante os princípios e diretrizes do SUS, esta nova perspectiva buscou respeitar e dar visibilidade ao usuário, o que favoreceu seu reconhecimento social; contribuiu para o exercício de sua cidadania, ao valorizar

²¹ O *Sistema Único de Saúde* foi instituído no país na década de 1990 por meio das Leis Federais nº8.080 e nº8.142 e é regido por princípios como o acesso universal à saúde (atendimento público e gratuito para todos); integralidade (cuidar do sujeito como um todo); equidade (garantir o direito pautado no respeito às diferenças); descentralização (aproximar o cuidado dos usuários); e controle social (monitoramento por conselhos de saúde) (BRASIL, 2004).

sua condição de sujeito de direitos e assegurar seu acesso aos serviços de saúde; e buscou promover o cuidado integrado às possibilidades e potencialidades de cada indivíduo (CONTE et al., 2004).

O fortalecimento deste novo paradigma deslocou o foco das discussões da *droga* em si para a consideração das consequências sanitárias e sociais resultantes do consumo prejudicial, especialmente das SPA ilícitas. Isto exigiu um posicionamento diferenciado de setores do governo e da sociedade civil, observado especialmente na última década (BRASIL, 2010).

Para Totugui et al. (2010 apud BRASIL, 2010), os avanços na compreensão e abordagem do assunto resultaram, paulatinamente, na elaboração de diretrizes sensíveis às problemáticas relacionadas à atenção aos usuários. Em 2001, promulgou-se a Lei nº 10.216, que instituiu a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

Em 2003, foi instituído o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, que contribuiu para a organização de uma rede estratégica de atenção aos usuários. A iniciativa buscou transpor o descompasso entre os serviços oferecidos pelo SUS e os problemas de saúde enfrentados pelas pessoas que não querem ou não podem parar de usar drogas, e que o fazem de modo prejudicial (OLIVEIRA, 2009). Avançou também ao considerar o uso de SPA como um problema de saúde pública e estabelecer a Redução de Danos como diretriz dos serviços e/ou de abordagem da população (BRASIL, 2010).

A Redução de Danos constituiu, inicialmente, uma abordagem voltada para o controle da disseminação de doenças de transmissão sanguínea entre usuários de drogas injetáveis. Para a RD, o uso de SPA é uma prática social complexa, integrada à história de vida do sujeito e ao contexto da sociedade da qual faz parte. Reconhece, portanto, variações nas formas e padrões de consumo; e busca contemplar os diferentes estilos de vida, necessidades e limites dos usuários (CONTE et al., 2004).

As intervenções em RD visam diminuir os prejuízos sociais e de saúde decorrentes do consumo de SPA, a exemplo do risco de contrair hepatites. Preconizam a readequação das modalidades de atendimento ao perfil da população-alvo, e não o contrário. Apoiam-se no trabalho interdisciplinar, e no diálogo entre saberes populares e conhecimentos técnicos. A relação entre o profissional e o sujeito, pautada na escuta, permite conhecer a função desempenhada pelo uso de alguma substância psicoativa (ou várias, simultaneamente) em sua

vida. O objetivo é estimular o sujeito a responsabilizar-se por suas atitudes, e analisá-las criticamente, para que este encontre vias mais seguras de pô-las em prática (CONTE et al., 2004).

Com o aumento progressivo do consumo de crack e sua maior visibilidade, registrados a partir da década de 1990, o Governo Federal instituiu duas importantes políticas. Em 2009, por meio da Portaria n.º. 1.190, foi lançado o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD). Em 2010, por meio do Decreto n.º. 7.179, foi a vez do Plano de Integração das Ações Voltadas para a Prevenção, Tratamento e Reinserção Social de Usuários de Crack e Outras Drogas (PIEC), conhecido como “Plano Crack” (ANDRADE, 2011; BRASIL, 2010).

O estabelecimento de leis voltadas para a atenção em saúde a usuários de SPA, em conjunto com outras políticas sociais, resultou na implementação de serviços voltados especificamente às demandas deste público, como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) e o Consultório de Rua. Ao mesmo tempo, exigiu a readequação do atendimento prestado nos dispositivos já existentes na rede de saúde, como a ESF e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Para a ESF, este alinhamento é necessário, principalmente, por representar a “porta de entrada” do sujeito na rede de saúde (BRASIL, 2001).

1.2 A construção do problema de pesquisa

A escolha do tema – o cuidado oferecido a homens usuários de crack na rotina do/a agente comunitário/a de saúde vinculado/a a uma ESF - resulta de duas experiências prévias na área de atenção à saúde relacionada ao consumo seguro de drogas, o que me confere conforto para tratar do assunto e atuar no contexto deste campo de estudo.

Entre os anos de 2007 e 2012, atuei como supervisora²² de uma Equipe Móvel de Capacitação de ACS em ações de Redução de Danos relacionada ao uso de SPA e prevenção

²² A atuação como supervisora ocorreu por meio do “Projeto de Integração das Ações de Redução de Danos Decorrentes do Uso de Drogas à Atenção Básica de Saúde do Município de Salvador”. A iniciativa foi uma ação da Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC/FMB/UFBA), serviço de extensão permanente do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. O projeto consistiu estender ações de prevenção de HIV/AIDS e outras IST entre pessoas que usam drogas, especialmente ilegais, nos Distritos Sanitários do município de Salvador/BA. Seu objetivo foi ampliar o número de serviços que

de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Este trabalho me motivou a realizar, durante os anos de 2011 e 2012, um estudo²³ sobre a Representação Social²⁴ de ACS vinculados/as à ESF sobre o usuário de SPA e sua prática de consumo.

É oportuno destacar as diferenças entre este estudo preliminar e o trabalho desenvolvido no mestrado. A pesquisa realizada durante a Especialização abordou a concepção de ACS acerca do uso genérico de drogas, empreendido por um público variado. O referencial teórico adotado para analisar as concepções, valores e condutas destes profissionais consistiu a Teoria das Representações Sociais proposta por Serge Moscovici (2003), à luz da Psicologia. Por se tratar de uma revisão bibliográfica, não implicou a realização de trabalho de campo.

O trabalho realizado no mestrado segue em outra direção. Ele distingue-se por focar a atenção em saúde oferecida pelo/a ACS para um segmento específico na comunidade (o homem usuário adulto); enfatizar o consumo de uma única SPA (o crack); e investigar a atenção em saúde ofertada por ACS com base no conceito de *cuidado*, segundo uma perspectiva antropológica, apoiada no método etnográfico.

A mudança radical da área de conhecimento – e, conseqüentemente, de referencial teórico e método - na qual se baseia o estudo sobre o tema resulta da compreensão de que tão importante quanto a escolha do problema de pesquisa é definir a *maneira* pela qual a questão deva ser examinada.

desenvolvem a abordagem de Redução de Danos, a fim de melhorar a acessibilidade dos usuários, e estimular sua adesão à atenção prestada nas unidades de saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2010). Para executá-lo, foram desenvolvidas sensibilizações teórico-práticas com duração média de 40 horas, dirigidas a profissionais vinculados à ESF e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), especialmente enfermeiras e ACS, sobre ações de RD; e o acompanhamento posterior dos/as técnicos/as capacitados/as.

²³ O estudo é intitulado “Como pensam e agem agentes comunitários de saúde em relação aos usuários de drogas (e sua prática de consumo)”. Trata-se de uma revisão bibliográfica de trabalhos brasileiros sobre o tema, publicados em bases de dados científicos entre 2008 e 2012, a partir dos descritores “agente comunitário de saúde”, “programa de saúde da família”, “drogas de abuso” e “drogas ilícitas”. O estudo foi apresentado como pré-requisito para conclusão do curso de Especialização *Lato Sensu* em Saúde Mental e Substâncias Psicoativas, oferecido pela ARD-FC/FMB/UFBA. Embora tenha sido concluído, até o momento não foi publicado.

²⁴ As *Representações Sociais* (RS) consistem em “categorias de pensamento, ação e sentimento que expressam dada realidade, na medida em que a explicam, justificam ou questionam”. Trata-se de um “meio de conhecimento” que assegura uma interpretação e, portanto, um sentido ao real, sem, contudo, significar um mero reflexo deste. Referem-se ao modo como o sujeito apreende um elemento da realidade, se posiciona em relação a este para, a partir daí, orientar sua conduta em relação a ele e atribuir-lhe um determinado afeto. As RS se originam nas diversas realidades sociohistoricas, ao mesmo tempo em que contribuem para a construção de diferentes contextos. Fundamentam-se em um processo socialmente enraizado, determinado e limitado pela linguagem, conceitos e recursos materiais que caracterizam diferentes grupos, classes etc. no mundo social, sem limitarem-se ao mero somatório das representações individuais. Suas particularidades acompanham a pluralidade das comunidades que as elaboram e as utilizam, além de apontar para a naturalização de seus elementos culturais (CARDOSO & GOMES, 2000 p. 500, 504; OLIVEIRA, 2010).

A Antropologia permite ampliar o entendimento sobre o fenômeno do uso de SPA, e aprofundar a análise sobre a atenção ao usuário de drogas no contexto da ESF. Isto é possível ao considerar com mais propriedade aspectos pouco explorados na Psicologia, a exemplo da inter-relação entre a Cultura, os grupos humanos e suas práticas sociais.

A etnografia viabiliza uma inserção diferenciada no cenário de pesquisa, o que permite compreender a questão que proponho analisar por meio de uma nova perspectiva. Ao mesmo tempo, possibilita ter acesso a informações que podem ou não ser consoantes aos achados na literatura pesquisada por mim anteriormente.

A opção por uma Unidade de Saúde da Família como cenário da pesquisa está associada à concepção deste serviço. A Atenção Primária à Saúde define a Estratégia Saúde da Família como prioritária para expandir e consolidar a Atenção Básica. Seu funcionamento deve ser orientado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011; e diretrizes do SUS. O objetivo principal é realizar “ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos” (BRASIL, 2012a, p.44).

Por ser uma instituição dedicada à manutenção ou restauro do ‘estado de saúde’, a ESF integra o que Langdon e Wiik (2010, p.178-179) denominam “sistema *social* de saúde”²⁵. Este sistema considera “as instituições dedicadas à manutenção ou restauração do ‘estado de saúde’”; e as regras de interação, os papéis e as relações de poder estabelecidos entre seus profissionais. Ao mesmo tempo, ocupa-se das expectativas elaboradas pelas pessoas que buscam assistência no serviço acerca do papel específico a ser desempenhado pela figura do/a especialista no cuidado da saúde, das doenças que pode tratar e dos métodos por meio dos quais ele/a pode fazê-lo. Garante ainda visibilidade a “princípios religiosos, econômicos, familiares, sociais, de ordem política e/ou legal” que determinam a escolha ou recusa em utilizar um sistema terapêutico específico.

Segundo estes autores, cada sociedade e/ou grupo recorre a teorias etiológicas, estratégias de diagnóstico e tratamento que refletem suas respectivas visões de mundo. Assim,

²⁵ O sistema de atenção à saúde corresponde ao sistema cultural próprio a cada sociedade e/ou grupo, composto por determinados conhecimentos, práticas e instituições, que relaciona todas as atividades de cuidado à saúde; e constitui um modo socialmente organizado de enfrentamento da doença. Os sistemas de atenção à saúde contemplam o “sistema cultural de saúde” e o “sistema social de saúde”. Não se trata de “uma realidade em si”, mas de um “modelo conceitual e analítico”, que auxilia o pesquisador a sistematizar e compreender o conjunto complexo formado por elementos experienciados de “maneira fragmentada e subjetiva” pelos sujeitos em seu cotidiano (LANGDON E WIIK, 2010, p. 178; OLIVEIRA, 2002).

as instituições de saúde obedecem ao *sistema cultural de saúde*, ou seja, à “dimensão simbólica” do que cada cultura e/ou grupo em particular concebe sobre saúde, além de saberes e percepções empregados para perceber, definir, classificar, explicar e tratar a doença.

A ESF se revela um contexto apropriado para investigar a relação entre saúde e aspectos culturais, sociais, políticos e econômicos. As ações de prevenção, promoção e proteção da saúde que a caracterizam representam um modo particular, elaborado por nossa sociedade, pautado em elementos de nossa realidade, que se destina a compreender e lidar com o fenômeno saúde-doença - o que inclui a atenção ao consumidor de crack.

A preferência pela ESF Úrsula Catharino não é despreziosa. Esta unidade de saúde não foi contemplada no trabalho de sensibilização de ACS e enfermeiras do qual fui responsável por organizar e executar durante minha atuação como supervisora de ações de Redução de Danos relacionadas ao uso de SPA. Ao eleger esta instituição, me baseei no pressuposto de que ACS e usuários de crack presentes em seu território desconheciam minha atuação em ações educativas sobre o assunto.

Pelo mesmo motivo, nutri a expectativa de que minha presença na condição de pesquisadora não fosse condicionada à preocupação dos/as profissionais de saúde em realizar apropriadamente intervenções preventivas na perspectiva da Redução de Danos junto aos usuários de crack. Para mim, isto poderia contribuir para que os/as ACS se sentissem mais à vontade para atuar e verbalizar inquietações, dúvidas, preconceitos etc. que permeiam seu trabalho, sobretudo relacionado ao atendimento de usuários de crack.

Munida destas reflexões, preparei-me para a inserção no campo – aspecto a ser abordado no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 2: A CHEGADA NO CAMPO, CENÁRIO DO CUIDADO

A inserção no campo foi intermediada por protocolos institucionais estabelecidos pela Secretaria Municipal da Saúde de Salvador (SMS) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), o que retardou significativamente o início do trabalho de campo. O contato inicial com os/as agentes comunitários/as de saúde ocorreu durante a espera do resultado destes pareceres. Este período foi marcado pela greve dos/as ACS e a substituição da gerência da ESF. A colaboração dos/as profissionais que aceitaram participar informalmente da pesquisa permitiu coletar informações a respeito do bairro, organização e/ou dinâmica da unidade de saúde e rotina de trabalho destes/as profissionais na comunidade, o que ocorreu por meio da realização de entrevistas e visita guiada a algumas microáreas. A posterior emissão da autorização formal para realizar o estudo na ESF favoreceu a inserção no campo, pois permitiu observar assiduamente o funcionamento do serviço, implicar novos/as ACS na pesquisa e acompanhá-los/as em atividades corriqueiras em suas microáreas. Este capítulo reúne algumas considerações sobre a experiência da inserção no campo de pesquisa; o contato inicial e a relação estabelecida com os sujeitos neste contexto. Em seguida, traz informações e impressões dos/as ACS acerca do território onde se situa a ESF e do trabalho em parceria realizado com instituições de saúde, saúde mental e educação que atuam no território. Por fim, aborda a ambiguidade inerente ao trabalho de agente comunitário; o sofrimento psíquico decorrente das características de sua função e atuação na área de saúde; e o modo como a dupla inserção do/a ACS no bairro influencia o cuidado de si e do Outro.

2.1 O acesso ao campo de pesquisa

A chegada ao campo foi marcada pela necessidade de obedecer a protocolos institucionais que condicionaram meu acesso à ESF e aos sujeitos da pesquisa. Por um lado, os

trâmites relacionados à gestão dos serviços de saúde, a cargo do município²⁶. Por outro, as exigências decorrentes da submissão²⁷ do projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa²⁸.

Durante o extenso intervalo de tempo transcorrido entre a submissão do projeto a estas instâncias de avaliação e a liberação da autorização definitiva para frequentar a ESF, compareci à unidade na tentativa de sensibilizar os/as ACS para participarem informalmente da pesquisa.

Neste período, os/as agentes comunitários/as de saúde declararam greve²⁹. Esta situação perdurou por 65 dias. Parte destes/as profissionais se ausentou do trabalho ainda por gozar o período de férias, estarem doentes ou se encontrarem em fase final de gestação. Esta desarticulação acentuou a dificuldade em contatá-los/as e diminuiu minhas chances de conhecer

²⁶ A Secretaria Municipal da Saúde de Salvador exige que qualquer estudo e/ou pesquisa, a ser realizado nas unidades de saúde, siga o mesmo protocolo – o que pode levar semanas, até ser concluído. O pedido deve ser avaliado, primeiramente, pela Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal, submetida à Coordenação de Gestão de Pessoas da Saúde – CGPS. O parecer expedido é encaminhado para a Coordenação do Distrito Sanitário no qual se situa a unidade de saúde, que comunicará a decisão para a gerência da unidade de saúde através de um documento. Somente a partir daí é permitido ao pesquisador ter acesso formal ao posto de saúde. Durante a pesquisa, foi necessário recorrer a este processo por duas vezes. Primeiramente, para contextualizar a unidade de saúde no projeto de pesquisa. Isto ocorreu *antes* da seleção para o mestrado, visto que não foram encontradas informações sobre a ESF Úrsula Catharino em bases de dados científicos ou no site oficial da SMS, o que motivou uma visita ao local. A segunda autorização foi exigida *após* a aprovação do projeto na seleção do mestrado. Para a SMS, a matrícula no curso me conferiu um *status* de pesquisadora distinto daquele que antecedeu o processo seletivo, o que invalidou a primeira autorização concedida. A autorização formal para acessar a unidade de saúde apenas foi concedida pela SMS após a aprovação enunciada pelo CEP para o qual o projeto foi encaminhado.

²⁷ O parecer consubstanciado de aprovação do projeto foi emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA (CEPEE-UFBA), sob o n°. 1.309.326. A definição do CEP para o qual o trabalho é enviado obedece ao Sistema Plataforma Brasil - uma base unificada e nacional de informações de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP. Por sua vez, a avaliação do Comitê foi atrelada ao parecer emitido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para a qual o projeto foi direcionado por iniciativa do CEPEE-UFBA. A tramitação do projeto entre seu registro no Sistema Plataforma Brasil e o parecer final do CEP após apreciação da CONEP consumiu sete meses. Quase dois meses depois, por fim, pude comparecer à ESF munida da autorização oficial concedida pela SMS.

²⁸ Os estudos de MacRae e Vidal (2006) e Cardoso de Oliveira (2004) trazem contribuições importantes para uma reflexão crítica acerca da obrigatoriedade de estudos em ciências humanas e sociais envolvendo seres humanos submeterem-se à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa fundamentado em uma perspectiva biomédica. Sobre normas éticas aplicadas a pesquisas desta natureza, consultar ainda a Resolução n° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

²⁹ Os/as ACS, juntamente com os/as Agentes de Endemias, deflagraram greve em 25/06/15. A principal reivindicação consistiu no reajuste salarial. Ambas as categorias pleitearam a equiparação do piso salarial ao valor do salário mínimo. Quase transcorrido um mês após o fim da mobilização, os recursos destinados ao reajuste do salário dos/as ACS, liberados pelo Governo Federal, não haviam sido repassados aos/as profissionais pela administração municipal. A prefeitura determinou a reposição de parte das horas de trabalho convertidas em greve; e inicialmente condicionou o pagamento dos/as ACS à realização do cadastro das famílias no e-SUS Atenção Básica (conforme descrito no site Portal da Saúde, o e-SUS AB consiste em uma estratégia do Departamento de Atenção Básica voltada à reestruturação, em nível nacional, dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde a favor de um SUS eletrônico, cujo objetivo é ampliar a qualidade no atendimento à população).

alguma das microáreas, sobretudo em relação aos/às ACS que não residem entre as ruas nas quais atuam.

Nesta fase, o contato com os/as ACS ocorreu por intermédio dos/as enfermeiros/as responsáveis por cada uma das equipes de trabalho existentes na ESF ou por indicação de nomes dos/as agentes comunitários/as de uma mesma equipe entre si. A realização de entrevistas³⁰ foi o meio encontrado para aproximar-me destes/as profissionais; conhecer um pouco sobre a cultura institucional e o território onde se situa a ESF; e iniciar a coleta de informações para a pesquisa.

A posterior emissão da autorização definitiva para executar a pesquisa na ESF favoreceu radicalmente minha inserção em campo. Isto permitiu aproximar-me dos/as demais ACS; observar sistematicamente a dinâmica do funcionamento da unidade; e acompanhar a realização de diversas ações empreendidas por ACS e/ou que exigiram sua participação, em presença de outros/as profissionais de saúde da unidade e/ou de instituições parceiras, dentro e fora das dependências do posto de saúde.

O conteúdo das sessões e capítulos seguintes se baseia nas informações fornecidas por ACS³¹ e enfermeiros/as³² durante as entrevistas; e nos depoimentos espontâneos, capturados durante a observação participante, de ACS, demais profissionais que atuam na ESF e moradores/as atendidos/as na unidade. A fim de preservar a identidade dos técnicos/as, foram-

³⁰ As entrevistas, de caráter semiestruturado, foram realizadas com o/a enfermeiro/a responsável por cada uma das equipes; e com cinco ACS dos/as sete agentes comunitários/as contatados inicialmente, pertencentes às diferentes equipes. As conversas basearam-se em roteiros distintos de perguntas (consultar anexos), considerando as especificidades destas categorias profissionais. O guia adotado nas entrevistas com os/as ACS sofreu alterações ao longo do tempo para torná-lo mais apropriado. As reflexões que motivaram a realização destes ajustes; e as mudanças efetivadas estão registradas no roteiro correspondente. As entrevistas foram cedidas em locais, dias e horários à escolha dos/as entrevistados/as; e gravadas. Embora alguns/mas tenham optado por conversar no espaço interno da ESF, sua fala não representa o discurso institucional. Apenas parte destas ACS consentiu inicialmente em que eu as acompanhassem em uma visita às suas respectivas microáreas – seja por afirmarem que minha presença poderia representar algum tipo de risco para elas, devido à existência do tráfico de drogas nestes locais; seja pela necessidade de aguardar o término da greve, por não residirem no perímetro onde trabalham.

³¹ As ACS entrevistadas correspondem a 05 mulheres entre 39 e 49 anos de idade. Nasceram e/ou cresceram no bairro ou residem no local há mais de 15 anos. Todas são mães e vivem com suas famílias. Possuem o 2º grau completo. Atualmente, algumas estudam em instituições de ensino superior particulares e/ou realizam curso técnico. Todas atuam como ACS há pelo menos 11 anos nesta ESF.

³² Os/as enfermeiros/as não se opuseram à minha presença em sua atuação nas microáreas, embora houvesse situações nas quais meu envolvimento era inapropriado (ex. realização de visita domiciliar por um grupo numeroso de profissionais e/ou estudantes), o que foi igualmente respeitado. Acompanhei ainda, em diferentes ocasiões, a atuação em campo dos/as três médicos/as e das técnicas de enfermagem. O trabalho dos/as dentistas, juntamente com as Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) e as Técnicas em Saúde Bucal (TSB), foi testemunhado apenas na ocasião de uma atividade coletiva externa (mutirão de saúde junto a adultos em situação de rua acolhidos em abrigo masculino situado no bairro).

lhes atribuídos códigos que associam sua categoria profissional a números. Esta numeração obedece à ordem de sua inserção na pesquisa (enf. 01, enf. 02, enf. 03; ACS 01, ACS 02, ACS 03 etc.). Estas informações soma-se ao meu testemunho de situações diversas, protagonizadas por estes/as personagens, dentro e fora da unidade.

A este respeito, Minayo e Sanches (1993) afirmam que cada sujeito, (in)conscientemente, partilha de normas coletivas necessárias à vida social (sem reduzi-las a um mero somatório das consciências individuais); e, em continuidade ao grupo do qual faz parte, as concretiza em *suas* ações. Ou seja, as narrativas individuais caracterizam-se pela particularização e universalização. Portanto, habilitam o pesquisador a esboçar predições sobre a sociedade dos indivíduos que opta por investigar.

A sessão seguinte permite nos aproximar ainda mais destes sujeitos, ao caracterizar sucintamente os/as agentes comunitários/as de saúde envolvidos na pesquisa; descrever minha inserção processual na dinâmica da ESF e o contato com os/as profissionais/as em campo.

2.2 O contato com os sujeitos em campo

Na ESF, adotei uma rotina própria: chegar; sentar-me e aguardar na sala de espera; e somente depois dirigir-me a outros espaços da unidade. A observação participante envolveu³³ os/as 17 ACS que atualmente trabalham no serviço³⁴: Os/as profissionais distribuem-se entre três equipes de trabalho, diferenciadas entre si por um número associado a uma cor (equipe 1/cor azul, equipe 2/cor verde, equipe 3/cor vermelha).

A composição destes grupos é similar, embora a quantidade de integrantes seja distinta. Cada um conta com a participação fixa de um/a (01) enfermeiro/a, um/a (01) médico/a e duas

³³ Os critérios de inclusão adotados em relação à participação de agentes comunitários/as de saúde limitaram-se a: ser maior de idade, sem recorte de gênero; e atuar na referida ESF.

³⁴ Até a conclusão deste trabalho, entre os 17 agentes comunitários/as, 05 ACS demonstraram-se avessos ao fato de eu os acompanhar em sua rotina nas microáreas, o que foi acatado. A renúncia se tornou evidente por meio de pedidos sucessivos para “*deixar pra outro dia*” a ida à microárea ou diminuir a importância do acompanhamento do seu trabalho pelo fato de alguma microárea contígua ter sido anteriormente visitada por mim, acompanhada por outro/a ACS. O motivo desta recusa não foi explicitado por nenhum/a agente de saúde. Em campo, ao abordar esta situação em diferentes ocasiões nas conversas com estudantes e diferentes profissionais vinculados/as à ESF (o que incluiu agentes comunitários/as), referi-me a estes/as ACS como aqueles/as que “*não querem ou não podem me levar*” em suas microáreas, na tentativa de naturalizar este fato como algo esperado durante a realização de uma pesquisa etnográfica. Limitei-me a observar os/as ACS reticentes em sua interação com os/as demais profissionais nas dependências da ESF e durante as atividades coletivas externas das quais participei.

(02) técnicas de enfermagem, além dos/as seus/suas respectivos/as ACS. Outros/as profissionais – o/a dentista, as Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) e as Técnicas em Saúde Bucal (TSB) – por estarem em número inferior, revesam-se entre as equipes de modo a garantir, para cada uma, a prestação de serviço por uma (01) ACD, uma (01) TSB e um/a (01) dentista.

As equipes diferenciam-se ainda em relação à interação³⁵ entre seus membros. Duas equipes assemelham-se devido ao contato cordial demonstrado entre as diferentes categorias profissionais; e o diálogo horizontal entre os distintos níveis hierárquicos. A outra equipe distingue-se por revelar uma “polarização”: ACS x enfermeiro/a e médico/a. A relação estabelecida deste modo é hierarquizada, pouco amigável, pautada principalmente em aspectos profissionais. Isto destoa da interação entre os/as profissionais que compõem cada um destes extremos, nos quais predomina a escuta e o apoio mútuo.

De modo geral, os/as ACS demonstram um bom entrosamento entre si e com os/as demais profissionais da ESF. O mesmo pode ser afirmado em relação às distintas categorias de trabalhadores/as.

Os/as agentes comunitários/as de saúde podem ser descritos/as de modo simplificado, considerando sexo, idade, escolaridade e o tempo durante o qual desempenham esta função³⁶. A desproporção numérica entre os sexos é notável: há 15 mulheres e dois (02) homens, o que aponta para uma significativa representação do segmento feminino (88%) se comparado ao masculino (12%) nesta categoria profissional.

Entre os/as ACS, predominam profissionais jovens e/ou maduros/as. Nove (09) ACS possuem entre 30 e 40 anos (o que corresponde a 53%); seis (06) possuem entre 51 e 50 anos (35%); e apenas dois/duas (02) possuem entre 51 e 60 anos (12%).

Os/as ACS possuem um vínculo duradouro com a instituição. Nove (09) profissionais atuam nesta ESF há 12 anos (o equivalente a 53%); sete (07) trabalham no local há 11 anos

³⁵ A descrição da interação entre os/as técnicos/as de cada grupo resultou especialmente da participação em reuniões de equipe. As incursões nas microáreas; o trabalho coletivo realizado fora das dependências da ESF; e o contato dos/as profissionais em momentos esparsos, em diferentes espaços na ESF, permitiram testemunhar “recortes” da interação grupal, por reunirem apenas parte dos integrantes. Outros aspectos relacionados ao entrosamento entre os membros das equipes são referidos na discussão pormenorizada sobre a realização das reuniões de equipe, no Capítulo 4.

³⁶ A escolha por apresentar estas informações separadamente, sob a forma de texto (ao invés de reuni-las em uma tabela, o que permitiria cruzá-las entre si) foi a alternativa encontrada para preservar o sigilo de algumas informações pessoais destes/as profissionais, a seu pedido.

(41%); e apenas um/a (01) ACS³⁷ integra a equipe de profissionais do posto há menos de um (01) ano (6%). Isto remete à sua familiaridade com os/as moradores/as do bairro, o desempenho da função e o trabalho realizado em conjunto com os/as demais colegas.

Todos os/as ACS possuem o 2º grau completo, o que representa 100% dos profissionais. Seis (06) ACS atualmente não frequentam nenhum tipo de curso técnico e/ou superior (35%). Quatro (04) ACS já concluíram e/ou ainda frequentam cursos técnicos: dois/duas (02) na área de Enfermagem (18%) e dois/duas (02) na área de Administração (18%). Dez (10) ACS já concluíram e/ou ainda frequentam o curso superior em áreas diversas (59%): Gastronomia, Serviço Social, Engenharia de Produção, Administração, Pedagogia, Física, Direito etc. Porém, nenhuma delas integra a área da saúde. Ainda que os/as ACS atuem neste campo, a quantidade de profissionais que busca uma formação complementar neste ramo é pouco significativa. A área da saúde, portanto, revela-se desprestigiada.

Durante o início da pesquisa, quando não vislumbrava ser possível obter com brevidade a autorização formal para frequentar a ESF, meu foco se resumiu a obter informações objetivas sobre o trabalho dos/as ACS. Honestamente, dei pouca importância ao modo pelo qual eles/as realmente pensavam a respeito de mim e do meu estudo. O contato se limitou a aspectos práticos, tratados habitualmente com objetividade – ainda que de forma amigável – a exemplo de ligar para confirmar uma entrevista, esclarecer dúvidas acerca dos relatos, visitar uma microárea etc.

Participar da rotina dos/as profissionais de saúde, nas dependências do serviço e fora dele, permitiu rever esta perspectiva; e contornar o estranhamento que manifestaram em relação a mim³⁸. A acolhida não foi imediata. Inicialmente, os olhares pouco amistosos dos/as profissionais de especialidades distintas explicitavam a falta de familiaridade comigo. Muitos/as miravam-me calados/as e sem simpatia. Outros/as constatavam minha presença e apenas me ignoravam. Alguns/mas se entreolhavam, sem nada dizer. Foram poucos/as os/as que prontamente demonstraram disponibilidade.

O distanciamento inicial foi superado ao me apresentar e explicar os propósitos da pesquisa para os/as diferentes técnicos/as, à medida que surgia uma oportunidade. A iniciativa

³⁷ Este/a ACS foi remanejado/a para a ESF Úrsula Catharino em maio de 2016, conforme designação da Secretaria Municipal da Saúde do município, após atuar por 12 anos em outra unidade de saúde soteropolitana.

³⁸ O estranhamento revelou-se especialmente no contato com os/as técnicos/as na “área dos fundos”. Trata-se de um dos espaços da ESF no qual concentrei a observação participante; habitualmente ocupado por diferentes profissionais nos momentos de descanso; e que, juntamente com a “sala de espera”, é abordado detalhadamente no Capítulo 3.

resultou da impossibilidade de me expor formalmente a todos os/as profissionais em uma mesma ocasião – o que planejei fazer inicialmente, a fim de evitar compreensões equivocadas sobre o estudo. A conversa ocorreu em trios, duplas ou individualmente (o que foi mais comum). Esta atitude revelou-se pertinente. A conversa com um/a dos/as médicos/as da ESF revelou que a informação repassada formalmente pela gerente atual para os/as técnicos/as acerca do meu papel na unidade de saúde, resumiu-se a: “*‘ela (eu) está fazendo uma pesquisa na unidade’, sem maiores explicações*”.

As reações dos/as técnicos/as à minha abordagem foram diversas: demonstrar total indiferença; questionar-me diretamente se eu estava “*analizando psicologicamente*” a pessoa enquanto conversava com ela; esquivar-se de mim durante dias seguidos; demonstrar menos desconfiança a medida que conversava comigo em diferentes ocasiões; e até mesmo me convidar para visitar uma microárea no dia seguinte.

Com o passar do tempo, tornou-se possível circular pela “área dos fundos” e outros espaços da ESF sem que isto representasse um incômodo significativo para os/as profissionais, o que favoreceu o registro detalhado acerca desta experiência. Qual não foi minha surpresa ao me flagrar conjecturando, em mais de uma ocasião, na maneira pela qual alguns destes/as profissionais poderiam estar se sentindo em relação à minha interferência em sua rotina: Estariam se sentindo usados/as? Se comportam de modo “arredio” por se considerarem avaliados/as? Estão incomodados/as pela intromissão nos momentos de descanso, na atuação na microárea, na circulação na ESF? Sentem-se valorizados/as pela atenção dada às suas queixas ou envaidecidos/as pelo registro de suas experiências de vida? Os registros eventuais feitos em campo despertam uma sensação persecutória?

Estas especulações surgiram intimamente associadas ao questionamento pessoal de posturas adotadas e/ou a sensações despertadas no campo: por que cumprimentar este profissional com beijos no rosto, enquanto me limito a apertar a mão daquele que desempenha outra função? De onde vem o medo em circular por determinada microárea? O que fazer com a hostilidade sentida em relação a um/a profissional? A que pode ser atribuída a simpatia com esta técnica ou a repulsa ao toque do seu colega? A realização desta pesquisa serve a quem, concretamente?

O estreitamento do contato com os/as ACS incidiu radicalmente na minha inserção no campo de estudo. Isto favoreceu minha circulação na ESF e no território; e me permitiu estar

entre eles/as e conhecer uma faceta distinta de seus discursos e práticas - inclusive a meu respeito, na condição de pesquisadora.

A experiência na sala de espera foi garantida pela obediência aos protocolos formais de acesso na rede de Atenção Básica com fins de pesquisa. A aproximação em relação à “área dos fundos”, ao contrário, foi cerimoniosa. Ao longo de toda a pesquisa, minha chegada a este local foi caracterizada por uma saudação (ex. “*bom dia, pessoal!*”) e um pedido de licença cordiais (ex. “*tô interrompendo alguma coisa, gente?*”). O ingresso neste recinto foi conquistado mediante a aceitação do/as profissionais. Esta perspectiva é evidente no relato a seguir, extraído do diário de campo:

[...] Os/as ACS demonstram estar à vontade com minha presença: brincam entre si e me incorporam nas brincadeiras; [...] repreendem seus comportamentos entre si [...] e xingam-se [...]. O fato da ACS 03 sentir-se sem graça em minha frente neste momento é motivo para os demais caçoarem dela também. (Ela) se refere a mim por ‘menina’, buscando desfazer a situação e dispara brincando: ‘Isso aqui é lugar de vigarista!’ A ACS 02 não me exclui: ‘Se ela (eu) tá aqui, ela é vigarista também’. [...].

Ser aceita implica, por outro lado, reconhecer e respeitar as fronteiras (in)visíveis existentes no contato com os/as agentes comunitários/as de saúde, ou seja, obedecer aos limites impostos por estes/as profissionais em sua relação comigo. Isto significa, por exemplo, respeitar o tempo necessário para os/as ACS chegarem à ESF e tomarem seu café, e somente depois disto eu me dirigir à “área dos fundos” para encontrá-los/as; adequar minha circulação em determinada microárea ao comportamento do/a ACS que acompanho; interromper uma conversa ao perceber sinais de impaciência e/ou desconforto demonstrados pelo/a ACS com quem dialogo etc.

Tornou-se claro que não basta apenas chegar munida de uma autorização, sob a forma de um documento oficial, para iniciar efetivamente a vivência no campo de estudo representado por esta ESF. É preciso, sobretudo, *ser autorizada pelos sujeitos* que fazem parte dele e o configuram. Esta compreensão alude a experiência vivida por Geertz (1989) junto aos moradores da pequena aldeia balinesa Tihingan, descrita em sua obra “A Interpretação das Culturas”. Ao mesmo tempo, possibilita ressignificar minha convicção inicial de confiar incondicionalmente à autorização da SMS para garantir minha inserção efetiva no campo.

Ironicamente, a emissão da autorização para ter acesso formal à ESF, concedida pela SMS, foi um elemento importante para que minha experiência de “estar e/ou sentir-se situada” em campo se constituísse efetivamente. Ao adotar como referencial temporal o contato informal

com os/as ACS, anterior à emissão desta autorização, transcorreram-se longos meses até esta experiência principiar.

A teoria permite rever (e, portanto, ressignificar) as brincadeiras, tapeações, expectativas etc. de que fui alvo por parte dos/as ACS. Suas falas e comportamentos permitem entrever que, paulatinamente, passei a ocupar um “lugar” distinto daquele que inicialmente *me* investi: o de pesquisadora. Ao ser “xingada”, seduzida, cumprimentada, ridicularizada, convocada a assumir tarefas em campo etc., de modo distinto daquele que caracterizou o contato inicial com estes/as profissionais, compreendo que os/as ACS me conferiram um *lugar* em seu universo cultural com o passar do tempo; e eu, lentamente, o aceitei – sem saber exatamente em que isto iria resultar.

A inserção processual na dinâmica da ESF e o aprofundamento do contato com os/as ACS permitiu reunir informações que caracterizam o território onde se situa a unidade de saúde e a atuação em parceria com instituições de saúde, saúde mental e educação - assuntos a serem abordados na sessão seguinte.

2.3 O território

O conceito de território adotado neste trabalho se fundamenta nas contribuições de autores distintos, porém complementares. *Território* não diz respeito apenas a um espaço geográfico e material/econômico, mas social e cultural, com dimensões simbólica e imaginária que também condicionam os problemas de saúde e o seu enfrentamento (SÁ, 2009 apud CUNHA E SÁ, 2013).

Nesta perspectiva, o espaço não deve ser concebido apartado dos sujeitos e outros atores sociais que nele se deslocam ou coexistem. Tampouco deve ser admitido como desprovido de ações, atividades, pontos de encontro, redes de sociabilidade e conflitos. Os sujeitos desempenham um papel ativo na configuração do local e sua dinâmica. A convivência entre diferentes indivíduos e/ou grupos permite o estabelecimento de múltiplos sistemas de troca e, conseqüentemente, arranjos, iniciativas e experiências diversos (MAGNANI, 2002).

As relações de poder estabelecidas entre os diferentes grupos que coexistem em uma determinada área definem e delimitam o espaço, subjugando-o ao seu controle físico e/ou simbólico. Isto lhes permite influenciar ou controlar o comportamento alheio; e assinalar sua

alteridade em relação aos demais grupos. A lógica espacial possui, portanto, uma “dimensão política de mobilidade e de competição”, o que implica reconhecer o território como um campo de forças ou rede de relações sociais complexas (VALVERDE, 2004, p.119).

Em paralelo, é preciso reconhecer no espaço a marca de “diferentes centralidades e múltiplos ordenamentos” que ocorrem *na* e a partir *da* cidade. A escala de desenvolvimento de uma metrópole representa outro fator importante. Ela influencia na forma, distribuição e função cumprida por espaços públicos, e sua interação com espaços privados; e nos modos distintos pelos quais “moradores, visitantes, trabalhadores, funcionários, setores organizados, segmentos excluídos, ‘desviantes’ etc. usam e se apropriam de cada uma dessas modalidades de relações espaciais”. Deste modo, determina igualmente condutas e estilos de vida (MAGNANI, 2002, p.15).

Aprofundar o entendimento sobre o território e sua dinâmica, bem como a relação que o/a agente comunitário/a estabelece com ele, contribui para configurar o cenário no qual o/a ACS atua. Além disto, colabora para compreender as particularidades desta categoria profissional, e a conexão entre seu ambiente de trabalho e o cuidado em saúde que oferece. Pautada nesta perspectiva, busco apresentar e discutir nesta sessão a maneira pelo qual os/as ACS concebem e lidam com o bairro onde vivem e atuam: Fazenda Garcia - ou, simplesmente, “*Garcia*”, como profissionais de saúde e moradores/as do bairro o denominam.

Conforme descrito pelos/as profissionais, este bairro é considerado populoso, habitado em sua maioria por pessoas de baixa renda, e possui uma localização considerada estratégica devido à sua proximidade com locais que reúnem importantes serviços, vias de acesso para outros territórios da cidade e áreas apropriadas para a prática de esportes e/ou lazer (ex. Dique do Tororó, Praça Dois de Julho etc.).

As microáreas possuem características distintas, o que inclui aspectos físicos do local, (ruas enlameadas ou planas); tipo de via de acesso (ruas principais ou vielas/becos); natureza dos estabelecimentos predominantes (ex. comércio em geral, bares, instituição de ensino) etc. As diferenças geográficas e estruturais que caracterizam cada parte do território servem de cenário para modos distintos de ocupação e/ou circulação de pessoas, o que lhes atribui uma dinâmica particular – tranquila/residencial; movimentada/comercial; perigosa/abriga pontos de venda de drogas etc.

Por um lado, há microáreas caracterizadas por ruas amplas que garantem grande visibilidade sobre quem circula por elas. São áreas asfaltadas, limpas, arborizadas, com

saneamento básico adequado, luz e coleta regular de lixo. Há circulação livre de carros e transeuntes; e predominam residências em edifícios bem organizados. Estes trechos concentram-se em determinado perímetro do bairro; são ocupados por pessoas de melhor condição socioeconômica, em sua maioria brancas e com maior grau de escolaridade. Pelo fato de muitos possuírem planos de saúde particulares, prescindem da maioria dos serviços oferecidos na unidade de saúde.

Por outro lado, há microáreas compostas essencialmente por ladeiras, vielas e becos tortuosos, estreitos o suficiente para impedir a passagem de automóveis, ou até mesmo de mais do que uma pessoa por vez. Estes locais são mal iluminados, pouco ventilados, sujos, com moscas abundantes, onde as casas são na maioria precárias e se distribuem no espaço de forma desordenada. Nestes trechos, predominam moradores de pele negra e baixa escolaridade. O cuidado com sua saúde depende essencialmente da atenção oferecida em serviços públicos, ainda que recorram eventualmente a procedimentos disponíveis em dispositivos particulares (ex. realização de exames). Alguns destes espaços abrigam ainda pontos de tráfico de drogas.

Com base no estudo de Agier (2011), é possível referir que a organização espacial do território no qual se situa a ESF espelha a ocupação diferenciada do cenário urbano mais amplo: a capital Salvador. Ao mesmo tempo, as especificidades que caracterizam esta zona remetem à importância de compreender o sujeito – seus valores, sentimentos, pensamentos, ações etc. - inserido no contexto de um território.

É necessário entender a ocupação espacial e a dinâmica do bairro, pois a atuação do/a profissional de saúde é planejada pela ESF e realizada pelo/a ACS a partir do modo como este/a profissional enxerga seu território. Parte-se do princípio de que a “diversidade de logísticas urbanas possíveis” revela formas variadas de apropriação simbólica do espaço, o que implica maneiras igualmente distintas de se relacionar (com) e agir sobre ele (AGIER, 2011, p.42).

Neste sentido, as características do espaço possuem uma relação de reciprocidade com as diferentes formas de associação e/ou socialização dos grupos: assim como as características dos grupos incidem sobre o espaço, determinadas configurações espaciais repercutem nos atributos dos grupos (SIMMEL, 1996 apud RECODER, 2006).

A estreita relação entre a microárea e o/a ACS torna-se evidente em uma brincadeira comum entre estes/as profissionais, observada em diferentes situações. Traços de suas personalidades são equiparados ao perfil da maioria das pessoas que compõe as microáreas onde atuam e/ou à dinâmica do local. É possível citar alguns exemplos: a ACS 03 possui um

perfil de personalidade forte. Ela fala alto; impõe suas opiniões por sua firmeza e coerência; e não se intimida facilmente. O trecho do bairro onde mora é marcado pelo tráfico de drogas, onde quem titubeia, se descuida ou não se posiciona com segurança não se dá bem; A ACS 02, que se reconhece como falastrona, identifica-se com este comportamento predominante entre moradores/as de sua microárea; Na área da ACS 10, predominam mulheres idosas: “*As meninas (ACS) dizem que eu sou ranzinza. [...] Eu sou assim, mesmo*”.

Esta correlação remete à imersão cultural do/a ACS no território ao qual pertence, o que pode ser explicado pelo fato de muitos/as deles/as residirem desde pequenos/as no mesmo local onde atuam como profissionais de saúde. Embora este paralelo seja referido comumente, não é válido do ponto de vista de todos/as agentes de saúde: “*Pra mim, não tem isso, não*”, discorda o ACS 08.

Ainda que a realidade em cada microárea varie, os/as agentes comunitários/as apontam alguns aspectos que prevalecem no bairro: a boemia, a presença maciça de idosos e, mais recentemente, a violência - sobretudo vinculada ao tráfico de drogas: “*É um bairro boêmio né? Tem, realmente, muito idoso. Assim, se tornou violento.*” (ACS 01), sintetiza uma ACS.

O local abriga pessoas em muitas residências cuja posse é transmitida de pai para filho. Diferentes gerações são reunidas em um mesmo espaço e/ou em casas conjugadas, o que é ilustrado por inúmeras construções de alvenaria irregulares, sobrepostas e/ou estendidas, observadas ao longo do bairro – os “*puxadinhos*”. Esta estratégia facilita o cuidado dos inúmeros idosos que residem na região. Muitos deles são “*centenários*” (possuem 100 anos de idade ou mais), como enfatizam alguns/mas profissionais. Ao mesmo tempo, constitui um modo de sobrevivência, já que algumas famílias se sustentam unicamente por meio da renda e/ou benefícios aos quais tem direito o/a idoso/a, como explica uma ACS: “*A família em geral, o perfil daqui do Garcia, são o quê? Idosos, com vários netos, com filha, todo mundo numa casa, vivendo da renda do idoso.*” (ACS 01).

No entanto, o aumento populacional observado no bairro não foi acompanhado por melhorias em sua infraestrutura. A mobilidade urbana, por exemplo, permanece precária. O aumento do número de veículos no bairro revela-se incompatível com a estrutura física das residências das gerações anteriores. Deste modo, os carros são estacionados nas calçadas, o que atrapalha a circulação dos pedestres. Durante os finais de semana, as linhas de ônibus não contemplam a região central do bairro, o que obriga os moradores a se deslocarem por um longo

trecho desde o ponto de ônibus mais próximo até suas casas – fato atribuído à realização de festas no local. O depoimento de uma ACS ilustra esta realidade:

É, mobilidade deixa a desejar porque a maioria (das residências) não tem garagem, os carros ficam em cima da calçada... Aos domingo (sic), é impossível você querer ou tá trabalhando ou estiver se divertindo, você tem que soltar lá embaixo na (Avenida) Garibaldi, porque o ônibus não vai até o final de linha. (ACS 03)

A fama de “bairro bem boêmio” (ACS 02) está relacionada ao aumento do número de bares e casas de show, especialmente na última década. A oferta de bares contrasta com a quantidade ainda insuficiente de serviços necessários para a população, como refere uma das ACS: “Farmácia, só temos uma. Mas bares, nós temos vários.” (ACS 03). A movimentação se acentua durante os finais de semana, concentrada na região do largo que coincide com o ponto final das linhas de ônibus que circulam pelo bairro.

As festas ocorrem regularmente; são frequentadas por moradores do local e de outros bairros; e é comum a presença de grupos de pessoas bebendo ao redor de carros com som alto.

Os/as ACS destacam ainda que a boemia é responsável pelo aumento da sujeira no bairro, o que é visível especialmente nas manhãs de segunda-feira, ocasião em que o grande volume de lixo acumulado no domingo é varrido e coletado. No entanto, isto não é relacionado à precarização do sistema de coleta de lixo que permanece sem atender à demanda da comunidade, embora seja referido que nos últimos anos houve uma tímida melhora³⁹ neste serviço.

Outro comércio que prosperou na região nos últimos dez anos é o das drogas ilegais. Este crescimento é associado ao aumento da violência, atrelada a mortes por dívidas não pagas ou disputas por pontos de venda; e à ocorrência de batidas policiais. O aumento do número de jovens envolvidos com o consumo de drogas e/ou com o tráfico é apontado como um dos grandes desafios para a realização do trabalho dos/as ACS. Sua ocorrência não diminuiu por meio da atuação destes/as profissionais. Isto contrasta com o êxito alcançado pelo trabalho dos/as ACS relacionado a outras problemáticas, a exemplo da incidência de gravidez na

³⁹ A limpeza do bairro melhorou com a ajuda de ações educativas propostas pela ESF em parceria com instituições locais (ex. escola), órgãos municipais (ex. Empresa de Limpeza Urbana de Salvador – LIMPURB), associação local de moradores (ex. Associação de Moradores e Amigos do Garcia – AMAG) e comunidade em geral. Os profissionais realizaram reuniões com a LIMPURB para garantir o recolhimento e limpeza do lixo em locais estratégicos do bairro; promoveram a sensibilização na escola e na comunidade sobre atitudes simples, como recolher os dejetos dos animais de estimação das ruas ou respeitar o horário de coleta do lixo. Porém, os avanços dependem essencialmente da conscientização dos/as moradores/as, que nem sempre contribuem para manter o local limpo.

adolescência no bairro, que reduziu significativamente por meio de suas ações educativo-preventivas.

Segundo os/as agentes de saúde, o consumo e comercialização de drogas ilegais não fazem parte da realidade de todas as microáreas. Em alguns locais, estes aspectos sequer são referidos. No entanto, isto constitui um problema para a comunidade e para os/as profissionais de saúde que nela atuam, ainda que sua ocorrência seja inferior, se comparada à realidade de outros bairros da cidade. O Garcia é considerado *“ainda (...) um bairro bom de se morar. Apesar dos pesares.”* (ACS 03) ou, como refere outra ACS: *“Eu acho um bairro bom de se morar. A violência foi que realmente acabou com o bairro.”* (ACS 01).

As conversas informais entre os/as moradores/as sobre o que acontece no bairro e/ou o comportamento das pessoas do local são uma importante fonte de informações a este respeito. O “ver” e o “ouvir falar” fazem parte da cultura do bairro; são descritos por profissionais de saúde e por habitantes da comunidade em suas conversas informais; e são facilmente observados dentro e fora da unidade de saúde. Embora as pessoas não morem nos locais onde alguns fatos acontecem, sobretudo concentrados na região do largo no *“final de linha”*, as informações não deixam de circular entre os/as demais moradores. O conhecimento partilhado desta forma contribui para manter o/a ACS atualizado/a e favorece a identificação e/ou acompanhamento dos hábitos das pessoas que este/a profissional deve assistir, a exemplo do consumo de crack: *“A gente acaba sabendo de uma forma ou de outra, assim, ou por ver usando ou porque alguém falou, né? (...) Ou a própria mãe ou o pai fala.”* (ACS 01).

A identificação do usuário desta substância psicoativa no território ocorre quando o/a ACS assiste ao uso, ou à circulação da pessoa no lugar onde a droga é vendida; quando o/a ACS é comunicado/a sobre o consumo alheio por alguém do bairro (ex. familiares do usuário, vizinhos ou outro/a ACS); ou quando o usuário fala abertamente do uso ao/à ACS, o que pode ocorrer durante seu atendimento na unidade de saúde ou em uma abordagem na microárea. O mesmo pode ser dito em relação à pessoa que consome esta substância, mas não é moradora do bairro, cuja identificação é facilitada pelo fato do/a ACS residir no local onde trabalha: *“É fácil identificar, né? Eu mesmo vejo as rodas, vejo a venda, vejo o uso.”* (ACS 03).

Outras informações envolvendo usuários abusivos são partilhadas do mesmo modo. São alvos de comentário os episódios de violência doméstica e roubos (seja dos pertences da casa onde mora, seja de pessoas nas ruas) cometidos por eles; e as prisões sucessivas decorrentes do consumo – o que remete à relação entre a ilegalidade atribuída ao uso desta substância e o

agravamento da vulnerabilidade social destes sujeitos: *“A gente vê quando ele desce pra usar, ele passa quase em frente à minha casa. E a mãe dele fala assim da violência dentro de casa, que ele faz. [...] Já foi preso várias vezes pelo uso da droga [...]. E ele usa crack.”* (ACS 01).

O reconhecimento de pessoas que consomem SPA ilegais entre a população adscrita da ESF está atrelado ainda às características da interação estabelecida pelo usuário com o local onde mora. A depender das particularidades de cada microárea - relacionadas à visibilidade, circulação de pessoas, acesso da polícia, vizinhança com pontos comerciais etc. - o uso de crack pode ocorrer explicitamente ou não. Embora existam ACS que não descartem que haja usuários em suas microáreas, habitualmente há lugares em que o/a agente de saúde não toma conhecimento de relatos e/ou queixas sobre o consumo de crack alheio; ou não presencia o uso desta substância (seja por não encontrar os usuários em casa quando chega para atuar no território, seja por não identificá-los entre outros usuários que consomem crack abertamente, nas esquinas): *“Na minha área, se tem (usuário) [...] Eu não vejo, porque sai cedo, usa e trabalha [...]. São poucos que você vê na esquina parada (sic). [...] Minha área [...] é toda aberta, [...] é via pública, você não vê (uso de crack explicitamente), não.”* (ACS 02)

A despeito dos problemas existentes no bairro relatados por ACS, há um forte sentimento de pertença ao local, o que é manifestado principalmente pelo/a profissional que reside há muito tempo e/ou cresceu na região.

O bairro e seus moradores são comumente referidos pelos/as ACS como *“comunidade”*. Esta afinidade reporta à noção dos *“espaços como lugares de identificação”*, discutida no trabalho de Agier (2011, p. 136-137). A identidade com um local não se limita necessariamente ao fato do sujeito ser natural do lugar. Ao contrário, se constitui na relação processual, habitualmente de longa duração, que o indivíduo estabelece com o território e as pessoas que nele existem. Não é necessário que o laço com um local preexista; ele é construído *“em um”* e *“com um”* lugar. Isto também se aplica a outros profissionais do serviço cujo vínculo com o território se constituiu por meio da atuação na unidade de saúde, a exemplo de uma enfermeira que trabalha no local desde a inauguração do posto sob o formato de ESF, há 12 anos.

A identificação entre o/a ACS e o bairro concilia o espaço físico às pessoas que o habitam e que fazem parte da vida deste/a profissional, o que remete ao conceito de território sobre o qual a pesquisa se fundamenta (mencionado no início desta sessão). Esta identificação entre o/a ACS e o bairro reafirma o compromisso deste/a profissional em contribuir, de algum modo, para sua comunidade, a exemplo de sentir-se responsável por zelar pela saúde dos/as

demais moradores/as. Como destacado na Introdução, a responsabilidade e o compromisso representam a dimensão ética do cuidado (WALDOW E BORGES, 2008). Isto é evidente no depoimento a seguir: *“Porque é minha comunidade, é o lugar onde eu moro, é o lugar onde eu vivo, as pessoas que já me conhecem. Então eu vejo que eu preciso fazer algo para aquelas pessoas em termos de orientação à sua própria saúde.” (ACS 03).*

Ao mesmo tempo, esta identificação contribui para o/a agente comunitário de saúde reconhecer as pessoas que não residem na área, mas que circulam no local (seja ocasionalmente, seja por possuir algum tipo de vínculo com algum morador e/ou instituição do bairro). Neste sentido, ela reitera o antagonismo entre os não-moradores do bairro e os/as agentes comunitários/as: *“Uma microárea como a minha, que eu conheço quase todo mundo [...]. Então quando tem um rostinho diferente, [...] eu sei que não mora lá.” (ACS 03).*

A interação social superficial entre a pessoa de fora do bairro e o/a ACS deixa de representar apenas uma proximidade física na medida que um vínculo é construído, por intermédio da aproximação que já existe entre o/a agente comunitário/a de saúde e alguém que reside em sua microárea. Há casos em que o não-morador torna-se próximo de parentes que residem no local ao ponto de negociar seu atendimento na ESF em caráter excepcional e/ou eventual. Estas solicitações são discutidas pelo/a ACS junto aos/às profissionais responsáveis pelo atendimento e, habitualmente, a pessoa é cadastrada na ESF. Como afirma uma das ACS:

Eu sei que ele não mora, mas a tia mora, o irmão mora, um colega mora e ele [...] quer vir aqui no posto [...] só pegar alguns exames, alguma coisa. Então eu acabo cadastrando, eu acabo conversando com a médica e explicou a situação que [...] ele se sente seguro em vir aqui. [...] E ela acaba fazendo essa consulta sem problema algum. (ACS 03)

É importante destacar que em situações como esta a informalidade não rompe o protocolo estabelecido, pois respeita a condição obrigatória da família ser residente no bairro para ser registrada na unidade de saúde.

Bauman e May (2005, p.54-55) propõem algumas reflexões sobre os conceitos de *grupo* e *identidade* que contribuem para compreender a mudança na postura assumida pelo/a ACS diante do não-morador. Para estes autores, os grupos auxiliam o indivíduo a estruturar sua identidade e a orientar sua experiência cotidiana ao longo da vida⁴⁰. O sujeito atrela sua

⁴⁰ Segundo Bauman e May (2005), aspectos como orientação sexual, classe social, naturalidade, escolaridade, família, ocupação, hobbies, ideologia política etc. motivam o sujeito a se identificar e a participar simultaneamente de diferentes grupos, formais ou informais, durante sua vida. O grupo determina a gama de opiniões que podemos suportar; ações que podemos adotar; anseios e objetivos que podemos e/ou devemos ter; meios a ser empregados para alcançar metas; o que vestir ou como falar; normas e valores a respeitar; e os

autoidentidade ao grupo ao qual pertence e à identidade social que exhibe para o outro em seu dia a dia; e orienta o modo como compreende e lida com a outra pessoa com base na distância social que estabelece entre ambos. A oposição imaginária entre o grupo no qual se reconhece (“nós”) e aquele do qual não faz parte (“eles”) confere existência, unidade interna e coerência a cada uma das partes. Além disso, este antagonismo define traços específicos e investimentos emocionais dos seus membros em relação aos demais, nos contextos intragrupal e extragrupal. Visto que “a autoidentificação decorre dos recursos que extraímos de nosso ambiente”, a identidade passa a não ter um “núcleo fixo”, o que possibilita que os sujeitos realizem ajustes em suas relações.

A relativização observada na relação entre o/a ACS e a pessoa que não mora no bairro caracteriza igualmente o contato entre este/a profissional e os/as demais vinculados/as a outras instituições de saúde, saúde mental e educação que atuam no território.

A relação entre a ESF, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁴¹ e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)⁴² é estabelecida por políticas sociais que direcionam e articulam a ação destes serviços, sob a forma de Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁴³. Segundo estas

critérios de relevância a ser atribuída a objetos e pessoas com quem estabelecemos relações (in)formais. Do mesmo modo, o grupo influencia nossa autoestima a partir do julgamento de condutas individuais pelos demais membros, pautado nas expectativas que caracterizam este coletivo. Este conhecimento prático opera ainda de modo subentendido, pois mesmo não conscientes do motivo e/ou do modo como funcionam as regras que regem o grupo, reafirmamos sua existência através de atitudes e habilidades.

⁴¹ O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 para apoiar a consolidação da Atenção Básica, ao ampliar as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolatividade, a abrangência e o alvo das ações. Similar ao CAPS, é composto por uma equipe multiprofissional que deve atuar de forma integrada à ESF e outros serviços - o que inclui discutir casos clínicos, elaborar projetos terapêuticos conjuntamente e realizar atendimentos compartilhados na própria unidade de saúde e/ou durante as visitas domiciliares. Os NASF são organizados considerando duas modalidades: NASF I e II. A composição das equipes é definida por gestores municipais, a partir de critérios de prioridade baseados em dados epidemiológicos, necessidades locais e demandas das equipes de saúde que serão apoiadas. O atendimento individual ou coletivo, contudo, não é de livre acesso, pois necessita ser regulado pelas equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2004, 2012a).

⁴² O CAPS é um dispositivo do SUS que oferece cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, sobretudo para pessoas com transtornos mentais, articulado à rede de serviços de saúde, sociais, jurídicas etc. nos territórios. Sua criação e consolidação resulta da ação de movimentos sociais contrários à lógica manicomial de assistência à saúde mental, e é instituído no Brasil a partir da década de 1980. O trabalho é multidisciplinar e concilia técnicos de nível médio (auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, além de outros que atuam na limpeza e cozinha) e superior (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros). As equipes mínimas são organizadas considerando o perfil institucional: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad (Álcool e outras Drogas) e CAPSi (Infância e Adolescência). O objetivo é atuar de modo articulado com as equipes da Atenção Básica, e oferecer orientação, supervisão e capacitação à atenção à saúde mental, a exemplo da realização de visitas domiciliares ou o atendimento de situações mais complexas em cooperação com esses profissionais (BRASIL, 2004).

⁴³ As RAS consistem na organização “de ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial”, com o propósito de garantir o “cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população” (BRASIL, 2012a, p.25)

políticas, a Atenção Básica representa o “primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema”, e é responsável por coordenar e integrar as ações de cuidado (BRASIL, 2012a, p.25).

Na prática, o perfil dos/as profissionais exerce um papel determinante sobre o alcance das ações multidisciplinares e integradas que devem ser empreendidas (ex. atendimento compartilhado). Ao considerar como exemplo o NASF, segundo o relato de uma das ACS, apenas após a substituição dos/as profissionais por outros/as, empregados/as por meio de concurso público, o trabalho com a unidade de saúde tornou-se efetivamente integrado:

A princípio, quando o NASF veio pra unidade, a gente não viu com bons olhos. Eles eram profissionais multidisciplinar (sic), mas que a gente não tinha um retorno bom. Por exemplo, uma fisioterapeuta ia lá, ensinava a fazer os exercícios e pronto. Não acabava com a demanda do paciente. [...]. Agora, depois dos novos funcionários do NASF, a gente se sente melhor em relação a eles. Eles são bem presentes, acompanham pacientes sempre. (ACS 01)

A este respeito, é oportuno referir que o compromisso social e a responsabilidade são fatores que qualificam o cuidado oferecido para a população por ACS, assim como por outras categorias profissionais que compõem a rede local de atenção em saúde.

A parceria entre estas instituições pode ser observada nas dependências da unidade de saúde. Habitualmente, técnicos/as do NASF e CAPS participam das reuniões organizadas pelas equipes de trabalho da ESF e traçam em conjunto com seus membros as estratégias de ação na área.

A parceria ocorre ainda fora da instituição, quando estes serviços são diretamente acessados por agentes comunitários/as de saúde em busca de suporte no território; ou quando seus/suas profissionais se revezam para acompanhar os/as ACS na realização de visitas⁴⁴ domiciliares. Os depoimentos revelam que o funcionamento articulado entre estes órgãos segue as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e, principalmente, resulta na qualificação da atenção oferecida para a comunidade:

“O que faz parte do meu trabalho são as visitas domiciliares. [...] São as visitas também aos acamados com a equipe [...] que pode ser com o pessoal do NASF.” (ACS 03)

“O pessoal do NASF, que tá sempre conosco também nos orientando, na medida do possível. [...] Sempre quando tem os casos, o pessoal do CAPS está aqui [...]. A gente vai até o CAPS Garcia falar sobre algum caso.” (ACS 03)

⁴⁴ As visitas domiciliares são planejadas “considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes” (BRASIL, 2012a, p. 49).

“Nós temos também reuniões [...] uma vez no mês com o NASF, onde a gente debate [...] como é que tá andando o trabalho do NASF junto aos pacientes da microárea.” (ACS 01)

“[...] Agora a gente dá um acompanhamento continuado aos pacientes.” (ACS 01)

O trabalho em saúde articulado em rede reflete ainda a perspectiva atual da gerência do cuidado de enfermagem em instituições de saúde brasileiras. A gestão das unidades é pautada no trabalho compartilhado e integrado com os demais serviços da Rede de Atenção. Do mesmo modo, a atuação dos/as técnicos/as da equipe deve ser elaborada e executada considerando uma “relação de co-dependência e co-finalidade⁴⁵” (PROCHNOW, LEITE E ERDMANN, 2005, p.587).

Em paralelo ao trabalho que a ESF desenvolve ao lado das instituições em saúde e/ou saúde mental localizadas no território, há o envolvimento dos/as profissionais do posto com serviços desta natureza situados nos arredores, como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), localizada no bairro circunvizinho dos Barris e o Quinto Centro de Saúde Professor Clementino Fraga (5º Centro), na Avenida Centenário.

A relação estabelecida entre a ESF e estes dispositivos é indireta, ao contrário do que ocorre com o NASF e o CAPS. Inicialmente, a proximidade geográfica entre o posto de saúde, a UPA e o 5º Centro foi concebida para acolher os encaminhamentos originados na unidade básica. Contudo, os problemas que afetaram estas instituições resultaram no inverso: o fechamento do 5º Centro sobrecarregou o atendimento realizado na UPA, cujos profissionais entraram em greve. Esta paralisação provocou o redirecionamento das demandas para a ESF, que se viu obrigada a atender a um grande número de pessoas. Estes indivíduos, em sua maioria, não eram cadastrados na unidade de saúde; e não havia outro serviço nos arredores nos quais pudessem buscar atendimento.

A atenção dirigida para os não-moradores do bairro se concentrou no acolhimento oferecido durante as manhãs, e representou “*um transtorno muito grande*” (ACS 01) devido ao aumento considerável do volume de trabalho. Esta dificuldade foi amenizada apenas após a instalação posterior de um núcleo de atendimento no local onde funcionava o 5º Centro.

⁴⁵ A este respeito, Prochnow, Leite e Erdmann (2005) destacam que as ações implementadas por ACS sob a orientação do/a enfermeiro/a responsável por cada equipe devem basear-se na multidimensionalidade do ser humano; visão crítica da realidade; integralidade e complementariedade entre o cuidado, o ensino/educação, a gestão e a pesquisa em enfermagem.

Além das instituições de saúde, a ESF conta com mais um parceiro institucional: a escola⁴⁶. A articulação com o Colégio Municipal Hildete Lomanto, única instituição de ensino pública ainda em funcionamento no bairro, é promovida através do Programa Saúde na Escola⁴⁷ (PSE).

O Decreto que institui o PSE estabelece uma colaboração estreita entre as equipes de saúde da família e da educação básica. Contudo, na prática, a parceria é desenvolvida de forma limitada, apoiada especialmente na iniciativa e atuação da ESF. As ações previstas são concebidas e organizadas unicamente pelas equipes do posto de saúde.

A unidade de saúde propõe a sensibilização dos/as adolescentes por meio de palestras educativas realizadas na instituição de ensino; e outras ações voltadas ao cuidado com a saúde, como a escovação⁴⁸ e a vacina⁴⁹. Porém, a contrapartida da escola é considerada precária. A escola não oferece o suporte necessário para o trabalho habitualmente realizado por ACS em suas dependências, apesar do agendamento das ações ser feito com antecedência. Como exemplo, é possível citar a não preparação prévia dos/as alunos/as e do local onde será realizada a atividade, além da ausência de um/a profissional (professor/a ou monitor/a) que os/as acompanhe durante o desenvolvimento do trabalho.

A unidade de saúde também possui um vínculo com a universidade. Por se tratar de uma instituição docente-assistencial, a ESF serve de campo de estágio para estudantes dos cursos de graduação⁵⁰ em Enfermagem, Medicina e Fonoaudiologia da UFBA, a despeito do fato destas

⁴⁶ As três escolas municipais que antes existiam no bairro foram reunidas em uma só unidade, devido à baixa procura. A Escola Nossa Senhora de Fátima e a Escola Braz do Amaral fundiram-se ao Colégio Municipal Hildete Lomanto, que ainda subsiste.

⁴⁷ O *Programa Saúde na Escola* é uma política intersetorial das áreas de saúde e educação instituída através do Decreto nº 6.286/2007. Seu objetivo é “contribuir para a formação integral dos estudantes” por meio de “ações de prevenção, promoção e atenção à saúde” que devem ser executadas com base na atuação integrada de escolas públicas de ensino básico e unidades de saúde pertencentes a um mesmo território (BRASIL, 2007, p.1). A gestão do PSE é compartilhada entre as redes públicas de saúde, educação e demais redes sociais; e é realizada por meio de Grupos de Trabalho intersetoriais no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL, 2012b).

⁴⁸ A *escovação* consiste na realização de uma palestra sobre cuidados com a higiene bucal, apresentada pelo/a odontólogo/a, seguida da orientação prática dos alunos, aplicação de flúor e levantamento das crianças e jovens que necessitam de acompanhamento posterior. O trabalho é realizado juntamente com as ACDs da ESF e dos/as agentes comunitários/as de saúde.

⁴⁹ Para realizar a *vacinação* na instituição de ensino, primeiramente é enviado um comunicado aos pais e/ou responsáveis para que as crianças levem seus cartões de vacinação para a escola, que serão avaliados por enfermeiros/as, médicos/as e técnicas de enfermagem. Nem todas as vacinas podem ser administradas no contexto escolar. Algumas devem ser aplicadas somente na unidade de saúde (ex. tétano, febre amarela, hepatites).

⁵⁰ Além dos estudantes de graduação, há médicos formados na condição de *residentes*. Embora tenha sido identificada na ESF a circulação de um profissional com este perfil, não foram recolhidas informações adicionais a respeito de sua atuação e vínculo com a unidade.

unidades de ensino se localizarem fora das fronteiras do bairro. Esta parceria é responsável por familiarizar os/as diferentes profissionais do posto de saúde à realização de pesquisas de graduação e pós-graduação envolvendo a ESF - aspecto relatado pela gerente atual, enfermeiros/as e ACS; e repercute diretamente na dinâmica e funcionamento do serviço.

Durante o trabalho de campo, presenciei estudantes entrevistando profissionais da ESF e moradores/as do bairro; e realizando investidas nas microáreas, com vistas a coletar informações para suas pesquisas. Isto permitiu identificar o assédio ao qual os/as técnicos/as do serviço são submetidos/as, o que inclui lidar com a intensa rotatividade de pesquisadores/as e estagiários/as. A conversa com uma das agentes comunitárias revelou que, a este respeito, não representei uma exceção: eu era mais uma a “sugar” (ACS 04) os/as profissionais de saúde. Um pequeno trecho do diário de campo revela que pensei o mesmo acerca de mim:

Me admiro do assédio suportado por profissionais e moradores do bairro, exercido por instituições de ensino e pesquisa, que utilizam a ESF e o território como base para inúmeros estudos. [...] Como devem se sentir os ACS e os demais técnicos a este respeito? Qual a opinião dos moradores? E quanto aos demais pesquisadores? Particularmente, eu me senti uma cafetina explorando uma puta exausta de trabalhar, que não se recusa a atender mais um cliente.

O ponto de vista desta ACS remete a um aspecto importante associado à condução da investigação: o risco de pesquisadores/as atuarem apenas a favor de seus interesses de pesquisa; negligenciarem as demandas dos sujeitos em campo; e despreocuparem-se com a contrapartida: o retorno da investigação para os/as técnicos/as, o serviço e a comunidade.

Os/as alunos/as auxiliam os/as agentes comunitários/as de saúde a elaborar e realizar atividades educativas no bairro, a exemplo do que ocorre na escola; e os/as acompanham em suas visitas às microáreas. Nas dependências da unidade, estão presentes durante a realização de alguns procedimentos, caso o/a paciente permita; ou realizam o atendimento em sala contígua ao do/a médico/a responsável, a quem devem se reportar antes de prescrever uma medicação para a pessoa assistida, se necessário.

Entretanto, nenhum/a ACS relatou a abordagem de homens que usam crack, nas dependências do serviço ou fora dele, em presença de estudantes. Não observei nenhum contato deste tipo durante as visitas dos/as alunos/as nas microáreas, guiadas por ACS. Tampouco testemunhei comentários e/ou orientações de professores/as, relacionados à abordagem de questões de saúde e/ou de outra natureza, direcionados a estes usuários.

Os/as discentes são vistos facilmente na unidade. Habitualmente, chegam no mesmo horário que os/as demais profissionais. Circulam no corredor principal que dá acesso às distintas

salas de atendimento ou podem ser encontrados/as nos consultórios. No entanto, sua identificação não é clara à primeira vista: não usam crachá e apenas em algumas ocasiões surgem na unidade vestindo a camiseta estampada com o brasão da universidade e/ou nome do curso – à exceção do atendimento em consultório e de sua circulação nas microáreas, em que obrigatoriamente devem trajar jaleco.

Embora a parceria entre ACS e estudantes tenha sido descrita como algo corriqueiro, a relação predominante entre ambos não é considerada afável. Os/as agentes comunitários/as de saúde relatam com frequência a displicência manifestada por universitários/as ao tratar alguns/mas técnicos/as da ESF, sobretudo de escolaridade inferior à sua. Estes comentários foram feitos igualmente por profissionais da limpeza e portaria. Para estes técnicos, é raro ser cumprimentados pelos/as alunos/as ou ser alvo de gestos de gentileza que caracterizam uma convivência minimamente cordial no ambiente de trabalho.

O tratamento negligente tornou-se cada vez mais comum com o abandono da prática de apresentar os/as novatos/as (estudantes, pesquisadores/as ou profissionais) aos/às demais profissionais do serviço, o que ocorreu ao longo da sucessão de gerentes e técnicos/as da ESF. Os comentários, em sua maioria em tom de queixa, referem comumente que os/s profissionais “antigos” tratavam as pessoas de maneira mais humana, educada e respeitosa.

A observação da dinâmica da sala de espera permitiu constatar que o desleixo apontado no trato com os/as ACS, por parte dos/as estagiários/as, é reproduzido no lidar com a população que aguarda ser atendida. O hábito de cumprimentar na chegada à ESF é muito comum entre as pessoas que buscam o serviço. Porém, atitudes desta natureza eram raras por parte dos/as universitários/as. Um pequeno trecho extraído do diário de campo ilustra esta compreensão:

Noto que o residente de medicina (um rapaz branco, de óculos, cabelo liso curto castanho que hoje traja calça, blusa social listrada branca e usa mochila) sequer pede licença para passar entre as pessoas, e ainda não o vi dar bom dia a ninguém. As estudantes da UFBA que surgem em um pequeno grupo, fardadas trajando uma camisa babylook branca que traz o nome da universidade nas costas, fazem o mesmo.

Outro aspecto a ser destacado do relato dos/as ACS acerca do convívio com estes/as alunos/as refere-se à reprovação de posturas assumidas eventualmente por estudantes em sua circulação no território. É possível citar o fato de declararem explicitamente e diante dos moradores o receio de ser vítimas de assalto na área, ou insistir em namorar entre si durante a visita domiciliar.

A interação entre ACS e profissionais das instituições parceiras situadas no território, determinada por políticas públicas; e seu contato com os/as estudantes e profissionais vinculados à universidade não constituem uma particularidade de sua categoria profissional. Ao contrário, trata-se de uma condição partilhada com os/as demais técnicos das equipes de trabalho da ESF. O que diferencia os/as ACS dos/as demais profissionais é a sua posição singular: ele/a é natural de um lugar pelo qual é responsável por zelar. O/a ACS deve promover mudanças no cuidado do outro, de si e do meio social em que vive, em seu convívio familiar, social e profissional (SOUZA E FREITAS, 2011).

A sessão a seguir aprofunda esta compreensão, ao abordar a ambiguidade que caracteriza o trabalho do/a agente comunitário/a de saúde; e discutir como a imersão particular deste/a personagem no território repercute sobre a promoção do (auto)cuidado. Isto inclui a elaboração de estratégias para proteger-se do sofrimento que o/a acomete, relacionado à natureza de sua função e ao fato de ser um trabalhador da área de saúde.

2.4 O território, o cuidador e o cuidado

A profissão de agente comunitário de saúde é marcada pela “porosidade entre o trabalhar e o viver na comunidade”. O fato de ambos ocorrerem nos mesmos espaços físicos, por meio de uma relação com a mesma população, atenua o distanciamento entre atuar e morar no bairro (CUNHA E SÁ, 2013, p.70). A atuação do/a ACS é marcada por uma perspectiva bidirecional, ao intermediar o diálogo entre saberes e práticas populares e biomédicos. O/a agente comunitário/a de saúde revela-se, portanto, partícipe e cuidador da comunidade (BARROS E PILLON, 2007; NUNES et al., 2002).

A função se fundamenta - ao mesmo tempo em que consiste - na *relação com o outro*. Trata-se de um aspecto peculiar ao trabalho em saúde - definido como um processo interativo; caracterizado por relações intersubjetivas e partilha de reflexões e/ou decisões; capaz de intervir na vida, corpo e “alma” dos sujeitos; e que impõe ao/a profissional exigências físicas, cognitivas e psíquicas (CUNHA E SÁ, 2013).

A dupla inserção do/a ACS na comunidade – ser um/a morador/a e profissional de saúde, simultaneamente - contribui para que estabeleça um vínculo com as pessoas do bairro; e o/a habilita a reunir informações sobre seus valores, costumes, linguagens e necessidades. Ao

mesmo tempo, o/a auxilia a identificar fatores que interferem na saúde da comunidade; e compreender os problemas que vivencia. O fato do/a ACS integrar a comunidade permite-lhe viver situações similares àquelas experienciadas por pessoas que acessam a ESF; e identificar-se com suas condições de vida e saúde. A compreensão do/a agente comunitário/a de saúde acerca das condições, valores e necessidades da população é viabilizada, sobretudo, por meio desta “aproximação identitária de classe social” (SOUZA E FREITAS, 2011, p.102).

A imersão do/a ACS no universo cultural do território repercute no modo como ele/a se apropria de saberes construídos em conjunto e/ou aprendidos com os/as profissionais com quem trabalha, a exemplo dos/as demais técnicos/as da Rede de Atenção à Saúde (como abordado na sessão anterior). O universo simbólico do/a agente comunitário/a de saúde funciona como um “filtro” que capta, ressignifica e assimila a informação. Ao mesmo tempo, influencia na maneira como o/a ACS aborda as informações junto à comunidade. Cabe a ele/a adequar o que sabe à linguagem, pensamentos, valores e comportamentos dos diferentes públicos-alvo das ações em saúde. Isto possibilita ao Outro ser ele mesmo; e remete à relação “sujeito-sujeito”, ao invés de “sujeito-objeto”, peculiar ao modo de ser do cuidado (WALDOW E BORGES, 2008).

O estudo de Kelly (2005, p. 206, 213) permite retratar de forma particular o/a agente comunitário/a de saúde. Trata-se de um personagem marcado pelo diálogo permanente e dinâmico entre modos de compreensão diferentes, porém complementares. O ACS atua em uma área (*saúde*) por meio de uma função (*agente comunitário de saúde*) em um determinado serviço (*ESF*) pautados no estabelecimento do *vínculo*. Consequentemente, ele assume simultaneamente duas posições frente à comunidade: *morador* e *cuidador*. Esta mudança resulta em uma fusão entre duas perspectivas distintas, situadas em uma rede de relações, o que confere ao ACS o caráter de uma “pessoa dual”. Além disto, produz efeitos sobre seu modo de vida e convívio com os demais moradores (aspecto abordado no Capítulo 4). No contato entre comunidade (“nós”) e equipe de saúde (“eles”), o ACS assume o lugar de “terceiro incluído⁵¹”, ao mesmo tempo em que representa um dos pólos da relação. Encarna, portanto, um duplo papel.

Ironicamente, envolver-se angustia e/ou adocece o/a ACS. Esta perspectiva revela que o desempenho de um trabalho não se limita a uma atividade laboral. O trabalho colabora para intensificar as relações sociais; e é um dos fatores que constitui a identidade subjetiva e

⁵¹ A denominação *terceiros incluídos* é de autoria do teórico Viveiros de Castro (2002, p.162 apud Kelly, 2005, p. 206) e refere-se aos “indivíduos da categoria dos afins potenciais que desempenham um papel de mediadores entre os grupos opostos ‘nós/eles’; entre o local e o exterior”.

profissional do sujeito, sobretudo por meio da interação e experiência coletivas. Ao mesmo tempo, repercute na saúde do indivíduo, visto que as condições do ambiente físico no qual ele é desempenhado, assim como sua própria organização, ocasionam doenças físicas, acidentes e sofrimento psíquico. Neste sentido, é um elemento adoecedor (SOUZA E FREITAS, 2011).

O sofrimento é vivenciado e se manifesta por meio de formas difusas de mal estar; demanda por reconhecimento, escuta e cuidado; e estratégias individuais e/ou coletivas (in)conscientes para lidar com o mesmo (ex. brincadeiras, transgressões, indiferença, negação da situação adversa, idealização do trabalho etc.) (SÁ, 2009). O padecimento inicia quando a relação entre o sujeito e a organização de seu trabalho é prejudicada por condições alheias ao profissional, a exemplo dos riscos envolvidos no trabalho a céu aberto (aspecto abordado no Capítulo 5) (SOUZA E FREITAS, 2011).

O coletivo desempenha papel fundamental para a construção de mecanismos defensivos contra situações de risco. Cada categoria profissional reage de modo particular à angústia e insatisfação geradas pelo trabalho, o que remete a uma sintomatologia própria (SOUZA E FREITAS, 2011). A conjuntura do trabalho pode resultar em transtornos psíquicos graves. No entanto, a emergência de situações de intenso sofrimento que não se configuram distúrbios mentais clássicos tem se tornado cada vez mais frequente (LANCMAN et al., 2009).

Profissionais vinculados a uma ESF paulista, acompanhados no estudo de Lancman et al. (2009) referem a sensação de desconfiança, a perda de sentido do trabalho e a baixa-autoestima. A existência de sinais físicos e psicológicos associados ao estresse (ex. dor de cabeça, nervosismo, sensação de sobrecarga, impaciência); e sua interferência na esfera doméstica (ex. prejudica relação com cônjuge e resolução de situações em casa) são exemplos citados por ACS vinculados a outra ESF soteropolitana, como aponta o estudo de Souza e Freitas (2011).

Os/As ACS que atuam na ESF Úrsula Catharino referem problemas semelhantes, como queda de cabelo, apatia ou implicar a própria família na tentativa de solucionar dificuldades enfrentadas por pessoas da comunidade (ex. adoção de criança). A naturalização de várias formas de violência; e a recusa a expor-se a este tipo de risco são outros artifícios de autopreservação aos quais os/as ACS recorrem – o que corresponde a mais um ponto em comum entre esta pesquisa e o trabalho de Souza e Freitas (2011).

Os estratagemas defensivos contribuem para estruturar e manter a coesão do coletivo de trabalho; auxiliam profissionais a redimensionar conflitos e a contornar as pressões enfrentadas no desempenho de sua função, o que preserva sua sanidade (SÁ, 2009). Além disto, repercutem

na produção do cuidado – positivamente ou negativamente (CUNHA E SÁ, 2013). Um fragmento do diário de campo reafirma esta perspectiva:

[...] A ACS II senta-se ao meu lado (durante uma visita domiciliar). Comento com ela sobre a diversidade de fatores, situações e pessoas com os quais necessitam lidar durante seu cotidiano de trabalho. Ela concorda e salienta: é preciso ‘se cuidar fisicamente, espiritualmente, subjetivamente e afetivamente (não se envolver emocionalmente)’. Ela explica que [...] caso não se sinta bem para fazer uma visita, ela não vai. Isto evita que realize uma abordagem que ela denomina ‘mecânica’, restrita a aspectos biofísicos, do corpo; Além disso, é uma forma de [...] se preservar.

[...] O fato de atuar no posto desde o início (da conversão de EACS para ESF) contribui para ter acesso e/ou conhecimento de uma ampla gama de informações acerca das [...] famílias visitadas. Ela tem clareza de que não adianta ‘bater de frente’ com todos os fatores intervenientes na ocasião da visita domiciliar, pelo fato de serem inúmeros, estarem entrelaçados e implicarem, sobretudo, na iniciativa do sujeito para contorná-los. [...] A própria mulher (moradora) queixa-se de que há ‘muita coisa junto’ [...].

O trecho ilustra a consciência da ACS acerca da multifatorialidade que condiciona a realização de seu trabalho; a mobilização interna despertada pelo contato com a realidade do Outro; e a importância atribuída ao autocuidado, compreendido como algo multifacetado. Ao mesmo tempo, alude a estratégia à qual a ACS recorre para lidar com a angústia despertada pelo desempenho do seu trabalho (evitar realizar a visita domiciliar ao não se sentir apta). O impacto desta medida sobre o cuidado do/a morador/a da comunidade também é referido: evitar realizar a visita pode ser entendido como privar o sujeito do cuidado. Por outro lado, busca assegurar a humanização da atenção em saúde. É ainda um modo de garantir o autocuidado – aspecto citado igualmente por ACS cariocas, como apontado no estudo de Cunha e Sá (2013).

O conteúdo do diário de campo reafirma a compreensão de Souza e Freitas (2011) a este respeito: os mecanismos defensivos aos quais os/as ACS recorrem refletem seu esforço de preservar a si mesmos/as e garantir a assistência em saúde do/a morador/a.

Esta passagem pode ser compreendida com o auxílio de outros estudos. Perdigão (2003, p.488, 491, 494) esclarece que a “lógica do dever” diz respeito às metas e códigos objetivos, concretos, que direcionam e organizam a atuação de uma determinada categoria profissional. Isto colabora para definir a identidade grupal e promover o reconhecimento social destes/as trabalhadores/as. Porém, o desempenho de papéis sociais e profissionais guiados pela repetição de um “dever ser” limita a atuação e favorece o esvaziamento essencial do cotidiano do cuidador. A ética do cuidar, adotada como critério para o exercício profissional, não é apenas um *fazer*, mas um *agir*, marcada pelo ato de *apreender* (e não somente *perceber*) a presença do

Outro. Espera-se do cuidador o esforço de compreender as pessoas com quem trabalha “por dentro” ou “a partir de dentro”, conciliado à necessidade de conhecer-se a si próprio (sem que isto signifique preocupar-se somente consigo); tomar-se como ponto de partida, mas não como fim.

Sá (2009) complementa-a, ao destacar que o trabalho em saúde requer conciliar tecnologias e saberes ao encontro entre as subjetividades do sujeito e do cuidador. A dimensão intersubjetiva permite a intervenção singular de um sujeito sobre outro. Trata-se, simultaneamente, de um aspecto essencial do exercício profissional nesta área; sua especificidade; e uma condição para garantir sua eficácia. Conforme explica a autora:

O modo como os sujeitos responderão às exigências de trabalho psíquico impostas pelo trabalho em saúde depende da articulação de suas histórias individuais com as do conjunto intersubjetivo - do coletivo de trabalho ou das organizações - onde se inserem, condicionando favorável ou desfavoravelmente a produção do cuidado. [...] Essas exigências podem ser intensificadas pelas condições materiais e pelo contexto organizacional e social em que o trabalho em saúde se realiza, com impactos na dinâmica ‘prazer-sofrimento’ no trabalho [...] e, igualmente, nas formas de organização e realização do trabalho (SÁ, 2009, p. 657).

A dupla inserção do/a ACS no território é um aspecto importante para entender a atenção em saúde dirigida ao usuário de crack. A familiaridade com o universo cultural do bairro provê ao/à ACS conhecimentos essenciais para realizar uma abordagem educativa de linguagem acessível, baseada na realidade do sujeito: o significado das gírias; o entendimento sobre as regras de aproximação e/ou circulação no território; o funcionamento de mecanismos (in)formais de controle social; as necessidades que caracterizam o cotidiano da população em cada microárea etc.

Sua atuação em um serviço de Atenção Primária à Saúde se fundamenta no vínculo com o Outro, o que também caracteriza o desempenho de sua profissão. Ao mesmo tempo, isto lhe permite ter acesso a saberes distintos e complementares àqueles produzidos em seu meio cultural; e possibilita-lhe dispor do apoio dos/as demais técnicos/as da ESF e da Rede de Atenção para realizar seu trabalho. Todos estes aspectos contribuem para tornar a abordagem do/a agente de saúde bem sucedida.

Porém, o/a ACS sente-se despreparado para abordar diretamente o usuário de crack. Os saberes teóricos e práticos decorrentes de sua imersão dupla no território parecem não ser suficientes para capacitá-lo e/ou instrumentalizá-lo para superar as dificuldades que enfrenta ao lidar com este sujeito e garantir o atendimento satisfatório de suas demandas. É válido

questionar ainda que tipo de angústia é suscitada neste/a profissional decorrente da abordagem deste público, principalmente em campo aberto; e em que medida estes conhecimentos auxiliam o/a ACS a contorná-la (aspectos discutidos no Capítulo 5).

A ESF é uma peça fundamental deste quebra-cabeças. Não é possível compreender a ambivalência do trabalho do/a ACS; a imersão deste personagem no território; o padecimento que resulta do exercício de sua prática; e o cuidado que ele/a promove para si e para outrem (usuário de crack ou não) dissociados do serviço de saúde ao qual este/a profissional é vinculado/a.

O capítulo subsequente aborda aspectos gerais da estrutura física e da dinâmica de funcionamento da unidade de saúde, a partir do destaque conferido a dois recintos da ESF: a sala de espera e a “área dos fundos”. A contraposição da interação dos sujeitos entre si, nos diferentes espaços da unidade de saúde, oferece pistas sobre os sentidos e práticas de cuidado. Ao mesmo tempo, remete ao complexo e dinâmico jogo de forças que constitui a unidade de saúde. A discussão acerca desta experiência motiva a fazer algumas considerações acerca da baixa adesão de homens à atenção em saúde no âmbito da rede básica.

CAPÍTULO 3: A ESF

Para utilizar um serviço de saúde, o sujeito necessita reconhecer e aprender a lidar com códigos e normas que orientam a sua conduta neste contexto e o configuram como um “paciente”. A interação entre o indivíduo e a unidade de saúde é responsável ainda por (re)produzir a instituição e conformar a abordagem a ser oferecida por seus/suas profissionais. O testemunho do contato dos/as técnicos/as entre si e/ou com pessoas assistidas na ESF possibilita identificar valores, comportamentos, expectativas e conhecimentos dos/as profissionais, vinculados ao desempenho do seu trabalho e à esfera pessoal. Embora estes conteúdos não existam indissociados, são expressos de modo distinto a depender da circunstância, do recinto e das pessoas com quem se partilha o espaço no serviço de saúde. Conhecer o conjunto e a dinâmica das interações sociais que existem nas dependências da ESF permite identificar sentidos, significados e práticas de cuidado. Este capítulo trata da conexão entre o cuidado e a dinâmica do uso e/ou ocupação dos espaços da ESF, estabelecida por meio da relação entre os sujeitos. A discussão se baseia na ênfase dada a dois ambientes que, embora sejam distintos, revelam-se complementares: a sala de espera e a “área dos fundos”. Com base nestas reflexões, aborda a baixa adesão de homens à atenção em saúde oferecida na rede básica.

3.1 A unidade de saúde

O/a agente comunitário/a de saúde possui trânsito livre na ESF. Diferente do observado em algumas categorias profissionais, que necessitam atuar encerradas em espaços específicos na unidade de saúde (ex. odontólogo, recepcionista, despachante da farmácia), o/a ACS circula e atua em diferentes ambientes do serviço. Ele/a está presente na abertura do portão da ESF, na distribuição de senhas de atendimento, na recepção das pessoas que se dirigem a uma consulta, na realização de palestras educativas breves na sala de espera⁵², na orientação dos/as moradores/as que transitam entre as salas de atendimento, nas reuniões de equipe.

⁵² Para Poletto e Motta (2015), a sala de espera é um espaço que permite converter o tempo de espera em estratégia de cuidado para promover educação em saúde. As iniciativas devem adaptar-se às necessidades e capacidades dos sujeitos, e incorporá-los como protagonistas de seu processo de cuidado; ajustar-se à dinâmica da rotina institucional; e ser preferencialmente desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar. Este trabalho educativo promove a atenção em saúde que extrapola a esfera terapêutica; favorece a interação e o diálogo entre profissionais e usuários do serviço; e torna o posto de saúde mais acolhedor, o que contribui para diminuir

A unidade de saúde constitui um cenário importante no qual o processo de cuidar ocorre (ou deve ocorrer) no território. A análise etnográfica da ESF contribui para compreender a inserção e atuação do/a ACS neste contexto e, conseqüentemente, a associação entre sua dinâmica de trabalho e o cuidado que deve prover para a comunidade, sobretudo ao usuário de crack.

A relação estabelecida entre o cuidado e o espaço do posto de saúde pode ser compreendida com base em diferentes autores. Para Oliveira (2002), o encontro do cuidado não se resume à consulta médica. Envolve a realização de exames, a administração de medicamentos, a participação do sujeito em atividades educativas propostas na ESF por profissionais do serviço etc. Deste modo, aspectos como a estrutura física, a organização e as condições de funcionamento da unidade de saúde representam um componente fundamental para que o processo de cuidar seja realizado de forma satisfatória. Estes elementos correspondem ao que Waldow e Borges (2008, p.768) denominam “meio ambiente”, o que inclui “o meio ambiente físico, o meio ambiente administrativo, o meio ambiente social e o meio ambiente tecnológico”.

As dinâmicas particulares das interações entre profissionais e os sujeitos assistidos no serviço de saúde, estabelecidas em conjunto nos diferentes espaços institucionais; e as ações que constituem o cotidiano do dispositivo permitem (re)construir sentidos, significados e práticas de cuidado (RECODER, 2006). Por isso, é necessário definir e descrever o espaço físico da ESF; e incorporá-lo na investigação das relações interpessoais que existem neste contexto. Esta compreensão é reafirmada por Sá (2009, p.660):

O espaço dos serviços de saúde não é só um espaço material, normativo e político, mas um espaço intersíquico: o modo como está organizado este universo simbólico e imaginário compartilhado pelos sujeitos nos serviços condiciona sua capacidade de escuta e resposta às demandas da população, bem como as possibilidades de mudança das práticas de saúde.

A legislação é um elemento que deve ser igualmente incluído na compreensão sobre o espaço físico da ESF, as interações sociais que ocorrem dentro e fora do serviço e, conseqüentemente, a prática de *cuidar* neste contexto.

a ansiedade gerada pela espera e motivar as pessoas a retornarem ao dispositivo. A valorização dos saberes, emoções, pensamentos e expectativas do público-alvo subsidia ainda a proposição de planos terapêuticos singulares. Atividades como esta também colaboram para integrar a universidade e o serviço de saúde, por meio de atividades de extensão que articulem ensino e cuidado. Apesar dos aspectos positivos, o ambiente permanece pouco explorado nos serviços de saúde, o que pode estar relacionado à formação de profissionais que atuam nesta área.

As políticas públicas, normativas e portarias ditam a concepção de cuidado na qual se fundamenta a atenção em saúde na rede básica; indicam os propósitos, a estrutura, a organização e o funcionamento da ESF; definem e orientam o trabalho do/a agente comunitário/a de saúde, e sua relação com os/as demais profissionais; determinam a estrutura e o uso do espaço físico do serviço; estabelecem o tipo de assistência, o público a quem ela se destina e o modo como ela deve ser oferecida para a população etc. Ou seja, a legislação funciona como um dos parâmetros para a atuação do/a ACS; e dialoga com outros aspectos que fazem parte da realidade cotidiana deste/a profissional.

O estudo de Rua (1998) colabora para esta discussão, ao destacar a lacuna entre a proposição de uma política pública e a implementação das ações que ela institui. É preciso considerar ainda consequências não previstas das políticas públicas; e a divergência existente entre as proposições universalizantes da legislação e a realidade local.

Para esta autora, uma *política* corresponde a “um conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos [...] quanto a bens e recursos públicos”. A *política pública* resulta da atividade política, embora nem toda decisão política se constitua uma política pública. Seu propósito é atender à demanda de atores políticos diversos (ex. empresários, trabalhadores, burocratas etc.) a respeito de determinado tema, surgida no próprio sistema político. Como exemplo, é possível citar a reivindicação de bens e serviços, de participação no sistema político, de controle da corrupção etc. (RUA, 1998, p. 231).

Os interesses destes atores são atendidos na medida que se tornam um problema político. Deste modo, tornam-se uma prioridade para os tomadores de decisão e, conseqüentemente, são inseridos na pauta da agenda governamental. Segue-se o processo de formulação de alternativas e de tomada de decisões, marcadas por seus horizontes históricos correspondentes, relações de poder e negociações. Assim, a política pública consiste em uma determinação legal (ex. Decreto, Resolução etc.) que representa a “autoridade soberana do poder público” e busca solucionar uma questão, por meio de ações estratégicas para implementar as decisões políticas tomadas a este respeito – ainda que o processo de formulação/implementação ocorra caracterizado por uma contínua oscilação entre ambas (RUA, 1998, p. 231).

A autora faz uma ressalva: a existência de uma política pública não assegura que a demanda à qual se propõe atender seja satisfeita ou que a decisão política que ela represente se transforme em uma ação. Não é possível estabelecer uma relação direta entre o conteúdo da

decisão tomada, materializada na elaboração de uma política pública; e o resultado da implementação das ações que ela preconiza.

A Portaria nº 1.886/1997 estabelece as “normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família”. Segundo este documento, a ESF consiste em uma unidade pública destinada a prestar assistência ambulatorial de saúde, por meio de “ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente” (BRASIL, 1997, p.1,15).

O atendimento deve ser desenvolvido de forma continuada, de modo a garantir resolutividade em seu nível de complexidade tecnológica e, quando necessário, articulada a outros serviços em saúde de maior complexidade, com base no sistema de referência e contra referência⁵³. O trabalho deve ser desempenhado por equipes multiprofissionais, organizadas em número proporcional à área de abrangência e à quantidade de pessoas vinculadas à unidade. Isto deve ocorrer com base nas especificidades loco regionais do “território de abrangência” da ESF, ou seja, a “área (geográfica) que está sob sua responsabilidade” (BRASIL, 1997, p.15).

A propósito da composição e atuação de equipes multiprofissionais, a Política Nacional de Atenção Básica estabelece que:

A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2012a, p. 22).

A ESF Úrsula Catarino pertence ao Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho. É uma instituição que funciona como posto de saúde há mais de trinta anos; e foi adaptada à Estratégia de Saúde da Família em 2004, ocasião em que os/as ACS ingressaram na instituição. Este ajuste corresponde ao preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, que declara a este respeito:

⁵³ O sistema de referência e contra-referência consiste na articulação entre os serviços de saúde correspondentes aos três níveis de complexidade: primário, secundário e terciário. O trânsito do nível menor para o de maior complexidade corresponde à referência; a contra-referência representa o sentido inverso (WITT, 1992 apud JULIANI e CIAMPONE, 1999).

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica, com vistas à implantação gradual da Estratégia Saúde da Família ou como forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica (BRASIL, 2012a, p.60).

A unidade se localiza no topo de uma ladeira, próxima ao largo que coincide com o ponto final das linhas de ônibus que circulam pelo bairro. O serviço funciona em uma construção de alvenaria de tamanho médio, situada entre duas edificações que a rodeiam e cumprem o papel de muros, pelos lados e ao fundo. Um pequeno jardim, protegido por uma grade de ferro contígua à calçada, separa a ESF da rua. Para ter acesso ao local, é preciso passar por esta grade de ferro e, em seguida, pela porta principal da unidade, que é de metal e vidro. Dois agentes de portaria atuam em dias alternados. Embora sejam vistos com frequência à frente da ESF, não se detém necessariamente à porta da unidade.

A localização central da ESF no bairro e o fato de situar-se em uma área onde há grande circulação de pessoas (devido à proximidade com a praça, pontos comerciais e uma parada de ônibus) garante visibilidade ao serviço e facilita seu acesso pela comunidade. Quem entra e sai da unidade (e quando isto ocorre); ou mesmo o momento no qual a unidade é aberta/fechada é algo à vista de todos. Isto contribui para o exercício do controle informal do dispositivo por parte da população, que reconhece seu direito de reclamar presteza no atendimento. Os depoimentos queixosos de moradores/as na fila⁵⁴ onde aguardam a entrega das senhas do lado de fora da ESF e/ou na sala de espera revelam que estão atentos aos atrasos dos/as profissionais e ao horário de abertura do serviço. Ao mesmo tempo, a unidade de saúde converte-se em um espaço submetido à cultura do “ver” e do “ouvir falar” característica do bairro (abordada no Capítulo 2).

A descrição da estrutura física da ESF pode ser conciliada à política pública que define a composição e o uso deste espaço. A Política Nacional de Atenção Básica prevê como infraestrutura mínima para garantir o funcionamento da Atenção Primária, conforme orientações e especificações do manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica,

⁵⁴ Em janeiro/2016, a Secretaria Municipal da Saúde determinou que as unidades de saúde não permitissem mais o acesso do público às suas dependências antes do horário formal de funcionamento institucional, previsto para às 8h, à exceção do dia destinado à realização de exames de laboratório, que se iniciam às 6h. Isto provocou a formação de filas em frente à ESF, nas quais as pessoas permanecem durante muito tempo (a depender do horário de sua chegada) em pé, expostas às intempéries (garoa, sol forte etc.), a despeito de haver gestantes, pessoas idosas, deficientes físicos etc. Em caso de chuvas fortes, a entrada antes do horário é permitida. A mudança destoa da rotina que presenciei no início do trabalho de campo, na qual as pessoas se acomodavam na sala de espera antes das 8h; e é alvo de duras críticas por moradores/as do bairro.

vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a existência de:

[...] Consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica; área de recepção, local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros (BRASIL, 2012a, p.35).

Acima dos dois guichês destinados ao atendimento do público na recepção, está pendurada uma grande placa que descreve a estrutura física do prédio. A configuração espacial da ESF parece atender à legislação. No andar térreo, há uma sala para aplicação de vacinas (sala 01), uma sala dedicada à realização de curativos (sala 02), uma sala para procedimentos em geral (sala 03), uma sala para atendimento odontológico (sala 04), um almoxarifado (sala 06), uma farmácia (sala 07) e quatro consultórios (salas 05, 08, 09 e 10). Há ainda outros espaços não anunciados por esta placa, como a copa, a sala de espera e a recepção⁵⁵, os banheiros destinados às pessoas atendidas na unidade (e outros, dirigidos aos profissionais), uma saleta para guardar materiais de limpeza e uma pequena área descoberta, situada aos fundos da unidade. Todas as salas descritas estão distribuídas ao longo de um único corredor, por ambos os lados. Em uma das extremidades desta passagem, encontramos a sala de espera e a recepção; na outra, está situada a “área dos fundos”.

Uma pequena escada dá acesso ao 1º pavimento. Nele encontramos dois outros banheiros destinados aos profissionais, a sala da administração (sala 11), uma sala de utilidades, habitualmente dedicada à realização de curativos (sala 12), uma sala de esterilização (sala 13), uma sala ampla, denominada “*auditório*”⁵⁶ (sala 14) e uma sala de apoio administrativo (sala 15). Todos estes espaços, à exceção dos banheiros, estão igualmente assinalados na placa do andar térreo.

⁵⁵ A sala de espera é identificada por uma placa fixada à parede denominada “Espera” e a recepção, “Recepção/SAME”, que significa Serviço de Arquivo Médico e Estatística. A placa “copa” sinaliza o espaço da cozinha. Cada uma das salas distribuídas pelo corredor é identificada por uma placa situada na lateral da porta, cujo conteúdo corresponde à tabuleta pregada acima dos guichês da recepção. Não há nenhum tipo de informação adaptada para deficientes visuais na ESF.

⁵⁶ A identificação formal do espaço denominado “*auditório*” contrasta com o seu uso cotidiano. Habitualmente, é utilizado para realizar “reuniões de equipe”, “reuniões de unidade”, grupos de trabalho (ex. Grupo de Gestantes) e discussões entre professores/as e estudantes e/ou estagiários. Eventualmente, profissionais recorrem a esta sala para descansar após o almoço; ou organizar materiais para o trabalho.

A unidade de saúde aparenta funcionar em boas condições. Porém, há relatos de infiltrações que comprometem a armazenagem de documentos, medicamentos e materiais em geral; mofo; e equipamentos sem manutenção (ex. armários, ventiladores). Os/as profissionais empregam recursos próprios para garantir o provimento de alguns itens de consumo anteriormente fornecidos pela gestão municipal (ex. café) e/ou providenciar reparos, como ilustra um trecho do diário de campo:

A médica [...] refere a falta de manutenção de pias e banheiros da ESF, o que compromete o atendimento nos consultórios: 'Não pode ficar sem lavar a mão [...]. Por isso, o (sifão) da minha sala eu comprei. Ficar esperando (manutenção)?'. Sobre o banheiro, cita: 'A descarga quebrou. Ai eu peguei e comprei' a peça defeituosa, que foi instalada por profissionais da ESF.

Os/as profissionais estão cientes da demora na efetivação de consertos na ESF devido à burocracia. Por isso, buscam contornar os problemas por meios próprios. Alguns mencionam o improvisado ao qual recorrem para garantir o funcionamento de equipamentos, a exemplo da “gambiarra” feita pelo agente de zoonoses para o micro-ondas. “A gente vai se virando, que a manutenção é muito demorada. [...] Tudo aqui é ‘vaquinha’. A prefeitura não manda nada, não”, explica este profissional. A estrutura física também é referida como insuficiente para realizar o trabalho, sendo comum a divisão de um mesmo espaço por diferentes técnicos, que se revezam para realizar os atendimentos.

A legislação que define a estrutura e condições de funcionamento do espaço físico, segundo o nível de complexidade e objetivos do serviço, deve ser vista indissociada dos diferentes níveis de gestão. Isto significa relacioná-la à burocracia presente nos trâmites administrativos de órgãos públicos, responsáveis por garantir a manutenção do espaço. Cabe ainda associá-la ao modo como decisões destas instâncias incidem sobre o acesso e a utilização do serviço (ex. rigidez do horário para entrar na ESF); e aos limites da capacidade de resolutividade a cargo da administração da unidade.

A condição atual da estrutura, do funcionamento e das instalações/equipamentos da unidade de saúde tem provocado problemas que precarizam a oferta do cuidado dirigido para a população em geral. Isto ocorre a despeito da gerência da ESF notificar os níveis administrativos superiores a este respeito; e do esforço dos/as profissionais de saúde em contornar as dificuldades encontradas no desempenho do trabalho. Como exemplo, é possível

citar a suspensão de algumas atividades desenvolvidas anteriormente no serviço, a exemplo da ação educativa de escovação⁵⁷, dirigida para crianças, na “área dos fundos”.

As queixas dos/as moradores/as do bairro identificadas em seus depoimentos espontâneos abordam outros prejuízos, como o desconforto sentido enquanto aguardam atendimento (ex. calor excessivo, assentos insuficientes), a falta de medicamentos, a morosidade do sistema atual de marcação de consultas etc. Estes problemas acometem indistintamente a atenção em saúde oferecida para o morador do bairro que chega ao serviço de saúde, usuário ou não de crack.

Entre os diferentes recintos que compõem a ESF, gostaria de destacar dois deles: a sala de espera e a “área dos fundos”. Ambos consistem em espaços diferenciados que servem de cenário para interações entre atores sociais específicos. Ou, ao contrário, espaços diferenciados forjados por interações específicas (RECODER, 2006).

A localização estratégica da sala de espera e da “área dos fundos” possibilita acompanhar claramente a dinâmica do serviço. Além disso, os/as ACS estão constantemente presentes nestes espaços, o que permite observar sua interação entre si, com os/as demais profissionais da ESF e com pessoas em busca de assistência. Isto favorece a identificação de condutas, ideias e valores dos/as técnicos/as que incidem sobre a oferta de cuidado. Trata-se de locais privilegiados da investigação, o que justifica o recorte analítico focado nestes locais.

As impressões e reflexões sobre estes contextos específicos são pormenorizadas nas páginas seguintes.

3.2 A sala de espera

Com base no estudo de Oliveira (2002), é possível afirmar que existe uma relação de cumplicidade entre a população e o serviço, por trás da busca de atendimento no local. A unidade faz parte da construção coletiva correspondente ao sistema de atenção à saúde; é aceita

⁵⁷ Conforme explica a ACS 05 a respeito da realização da atividade de escovação nas dependências da ESF: “*Tem bastante tempo que não faz*”. Um dos motivos consiste na falta de manutenção das três pequenas pias de louça brancas, instaladas uma ao lado da outra e em uma altura relativamente baixa, na “área dos fundos”. Estas pias permaneceram por muito tempo quebradas ou defeituosas. No período próximo à conclusão da pesquisa, presenciei uma equipe de técnicos realizar reparos elétricos e hidráulicos na unidade. Porém, mesmo após o seu concerto, não testemunhei ou tomei conhecimento de sua utilização em ações educativas destinadas à comunidade.

socialmente e, deste modo, é acionada por pessoas da comunidade em caso de agravos para a sua saúde. A população outorga poder aos/às profissionais da unidade para tratar destes problemas.

Para este autor, o fato dos/as moradores do bairro partilharem diversos elementos comuns e, deste modo, serem membros de uma mesma comunidade, não significa que todos/as obedçam a um único padrão de uso do dispositivo. A busca por atendimento é marcada por distinções individuais (idade, personalidade, escolaridade etc.) e coletivas (classe social, religião etc.) que influenciam o comportamento dos sujeitos neste contexto, além da particularidade que diz respeito à demanda individual de cuidado. Esta compreensão evidencia a complexa dinâmica da interação entre as comunidades e os serviços de saúde, por envolver elementos culturais de ambos os lados – o que remete à relação igualmente complexa entre o morador do bairro que consome crack e o/a agente comunitário/a de saúde responsável por assegurar o seu cuidado.

No espaço institucional, a sala de espera é o ambiente onde inicialmente se desenvolve o contato entre o sujeito e o/a profissional de saúde. Porém, o encontro do cuidado *antecede* o contato entre ambos:

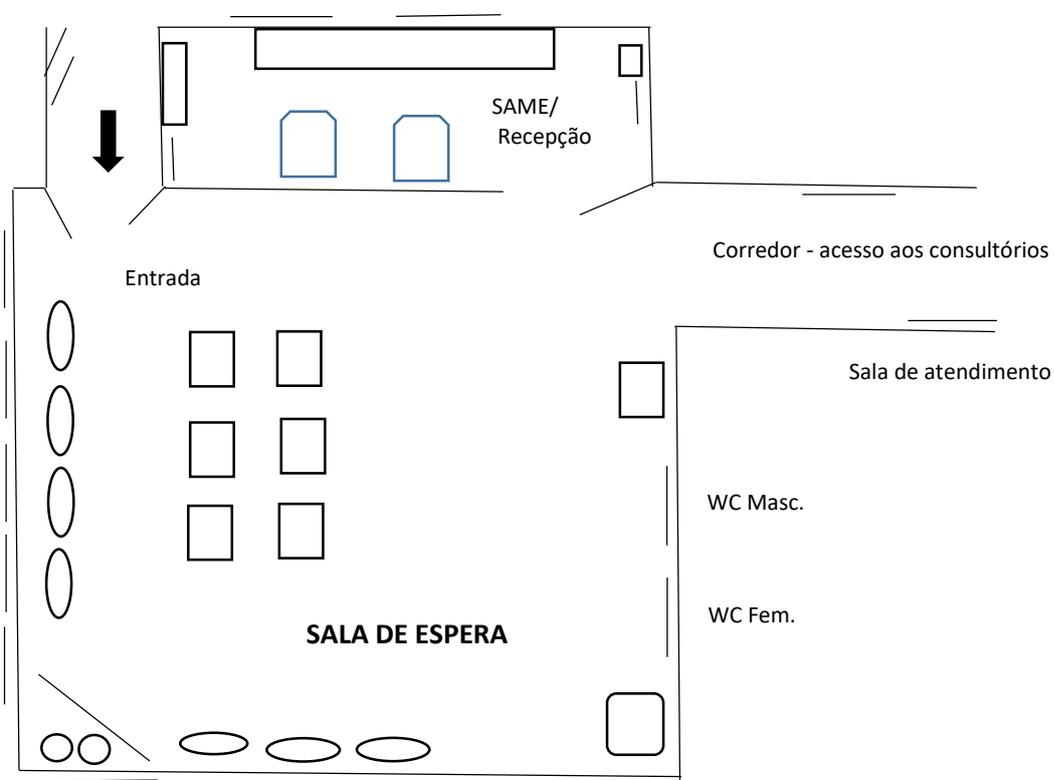
Quando uma pessoa procura um determinado serviço de saúde, ela lança mão de uma série de mecanismos que orientam tal procura e que são acionados muito antes do encontro propriamente dito: quais são os sintomas que a forçam ao encontro, qual o momento adequado de fazê-lo, qual o profissional buscado, qual o linguajar a ser utilizado para descrever ao médico o que sente, que roupa vestir na consulta, e assim por diante. Em última análise, como é que o indivíduo se prepara para esse momento, como se comporta nele e qual a ‘bagagem’ que carrega consigo (OLIVEIRA, 2002, p.65).

A interação entre o serviço de saúde e seus usuários é responsável ainda pela (re)produção da instituição. A demanda por cuidado é construída conjuntamente por instituições de saúde e sujeitos e/ou grupos sociais. Por um lado, se constitui a partir da oferta institucional e concepção biomédica de doença. Por outro lado, emerge das necessidades de pessoas e grupos, formadas a partir de seus afetos, formas de controle e resolução próprios, modos de perceber, interpretar, sentir, explicar e vivenciar seus padecimentos. Suas trajetórias terapêuticas e estratégias de sobrevivência no serviço contribuem igualmente para conformar a abordagem de profissionais de saúde (MARGULIES et al., 2003 apud RECODER, 2006).

A sala de espera consiste em um espaço amplo, de formato quadrado. É composta basicamente por fileiras fixas de cadeiras (algumas são plásticas, outras são acolchoadas) em condições precárias; e cadeiras plásticas avulsas, tipicamente usadas em bares populares,

espalhadas pelo local. À frente das cadeiras, há um banheiro masculino e outro feminino, o que confere pouca privacidade para quem os utiliza. Habitualmente, estes banheiros estão sujos e não oferecem papel higiênico, sabonete ou papel toalha. Ao lado do banheiro masculino, há uma pequena mesa onde estão acomodadas uma TV e algumas revistas; e ao lado do banheiro feminino, há um bebedouro. Estes banheiros e o bebedouro são destinados às pessoas à espera de atendimento. Eventualmente, também são utilizados por motoristas e/ou cobradores de ônibus cuja parada é próxima à unidade, o que ocorre com a anuência de profissionais do serviço.

Rampa de acesso à ESF



O ambiente, antes adornado por um volumoso vaso com plantas, atualmente é enfeitado por um grande painel grafitado, instalado na parede contrária à entrada da sala de espera, estampado por um desenho colorido e estilizado de uma jovem mulher negra; e que oculta dois extintores de incêndio. Nas paredes, há cartazes⁵⁸ diversos, que periodicamente são

⁵⁸ Existem cartazes produzidos pelo Ministério da Saúde, que fazem referência a campanhas (ex. prevenção de doenças, como gripe e HPV; vacinação contra paralisia infantil, aleitamento materno etc.) e serviços (ex. Módulo Cartão SUS, lista de doenças de registro compulsório etc.). Há ainda cartazes confeccionados por profissionais da unidade, que destacam alimentos típicos da estação, grupos de trabalho oferecidos para a comunidade (ex.

substituídos; e placas⁵⁹ institucionais de metal. As numerosas janelas em tamanho médio são gradeadas por dentro. Embora garantam luminosidade, não oferecem boa circulação de ar. A ventilação é insuficiente, e apenas um dos dois ventiladores de teto⁶⁰ funciona. Em geral, este recinto permanece ordeiro e limpo; e não é marcado por nenhum odor específico.

A entrada do público em busca de atendimento obedece à formação da fila organizada em frente à unidade de saúde. Habitualmente, um/a ACS recepciona os/as moradores/as do bairro no portão, munido/a de um copinho plástico contendo as senhas (pequenos pedacinhos de papel plastificado com fita transparente, com números digitados impressos, anteriormente escritos à mão). As senhas são entregues a depender do que buscam no posto, a exemplo da “*marcação pra fora*” (ACS 12). Para algumas pessoas, a pergunta desperta um certo constrangimento. Um trecho do diário de campo ilustra esta situação:

Próximo às 8h, a ACS 12 (veste camisa de campanha, calça jeans e tênis, traz o cabelo solto arrumado por uma faixa colorida) abre o portão da unidade. Todos se dirigem a ela andando devagarinho até formar uma fila ordenada – diferente de outros dias quando há mais pessoas (principalmente mais novas), que se amontoam com pressa para apanhar logo sua senha. Antes de entregar os papezinhos, [...], a ACS pergunta com seu tom de voz alto o que cada um deseja. Parece que isto intimida as pessoas, que permanecem falando baixinho e discretamente com ela. Para adiantar, ela entrega logo a senha e deixa para esclarecer depois: ‘Lá dentro a gente vê’.

Eventualmente, os portões são abertos, as pessoas se acomodam na sala de espera e, somente depois, as senhas são entregues. Nestas ocasiões, os/as profissionais aguardam os/as moradores/as apontarem entre si sua ordem de chegada. Raramente, presenciei discussões nas quais as pessoas tentaram (em vão) passar na frente umas das outras. O tempo de espera transcorrido entre a entrega da senha e a realização do atendimento varia. A depender da quantidade de pessoas, pode equivaler a um turno de trabalho.

Grupo de Relaxamento, Grupo de discussão sobre a educação família etc.) ou outra modalidade de atendimento (ex. exames de sangue), entre outros. Em uma das visitas a campo, contabilizei 21 cartazes pregados na sala de espera e recepção, 14 deles confeccionados por profissionais da unidade – o que, na opinião de uma das ACS, corresponde a uma “*poluição visual*” (ACS 02). Posteriormente, houve uma redução drástica na quantidade de cartazes expostos. Para Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012), cartazes manufaturados sinalizam o empenho de profissionais de saúde em empregar os meios à sua disposição para garantir o acesso da população à informação; e contornar a falta de material informativo.

⁵⁹ Há uma placa de metal que anuncia a reforma da unidade em 2004; e outra onde se lê: “*O trabalho para mim é isto: alegria, diversão e sobretudo realização. Nele consigo extrair a essência de viver*”, de autoria de Antônio Brandão de Souza.

⁶⁰ Conforme explica o agente de zoonoses, o ventilador de teto quebrado permaneceu sem manutenção por dois anos.

A chegada das pessoas ao serviço costuma ser associada à saudação dos presentes. Aqueles que buscam atendimento amiúde acenam a todos com um “*bom dia*”; poucos brincam demonstrando familiaridade com alguns/mas profissionais; e são raros os que entram silenciosamente na ESF. A entrada dos/as profissionais, estudantes e/ou estagiários/as é caracterizada pelo inverso: são *poucos* os/as que cumprimentam os presentes. A iniciativa de saudar é disseminada principalmente entre os/as ACS. É comum observar no comportamento de técnicos/as e alunos saudações tímidas e/ou inaudíveis; entrar sem cumprimentar alguém ou dirigir o olhar a alguma pessoa; registrar o horário da chegada no relógio⁶¹ de ponto eletrônico; e seguir rumo às salas de atendimento. Há ainda aqueles que entram silenciosamente, usando óculos escuros. O hábito de cumprimentar varia ainda de acordo com o estado de ânimo do/a profissional.

Não é possível afirmar se havia usuários de crack entre os homens que buscaram atendimento na ESF. Os/as ACS e/ou os/as demais profissionais não fizeram referência à prática de consumo desta substância por sujeitos observados na sala de espera.

A entrada dos técnicos no serviço se concentra entre 7h30 e 8h30. Os atrasos significativos são raros, e motivam queixas declaradas abertamente a este respeito por parte de algumas pessoas que aguardam atendimento. Os/as profissionais em geral (médico/a, enfermeiro/a, odontólogo/a etc.) e os/as estagiários/as da unidade são em sua maioria jovens, brancos, de aparência bem cuidada e arrumada, que se vestem e agem com simplicidade, e carregam consigo poucos acessórios. O corpo técnico é composto maciçamente por mulheres, que costumam se maquiar e se arrumar com discrição. Porém, aquelas que atuam cobertas pelo jaleco variam sua aparência com mais frequência (ora usando roupas simples e informais, ora decotadas, às vezes mais elaboradas). Predominam a calça jeans, o sapato baixo ou sandalhinhas, e bolsas discretas entre as mulheres. Os homens costumam calçar tênis e/ou sapatênis; trajar calça, camisas de manga curta e (mais raramente) longa; carregar consigo uma mochila ou apenas portar uma pochete. Os tênis são utilizados rotineiramente por técnicas de enfermagem e, eventualmente, por profissionais e estagiários/as na ocasião em que realizam visitas domiciliares.

⁶¹ O controle de frequência dos profissionais por meio de relógio de ponto eletrônico foi instalado há dois anos. Isto motiva alguns técnicos a permanecerem na ESF até o horário limite do expediente, mesmo que o trabalho previsto para o dia tenha sido concluído, para não ser prejudicados. Alguns/mas ACS relatam retornar à unidade no horário próximo ao encerramento do turno de trabalho apenas para “*bater ponto*”.

Os/as ACS se distinguem dos/as demais profissionais por ser, em sua maioria, mulatos/as e/ou negros/as, e aparentarem ter mais idade. Habitualmente, as agentes comunitárias calçam sapatilhas e sandalinhas, e não é raro vê-las de chinelo. Os tênis são usados cotidianamente pelos homens, e, ocasionalmente, por alguma agente de saúde que prevê circular em campo. Poucas ACS usam sapato com salto alto. O hábito de se maquiar e se produzir com discrição, pintar as unhas e cuidar do cabelo é muito disseminado entre elas. O perfume que exalam é oriundo dos cosméticos e cremes de cabelo. Os homens não investem em acessórios e se limitam a trazer seus cabelos cortados. Não noto se usam perfume. No grupo, predominam a calça e a bermuda jeans, camisas de campanha e a farda cedida pela prefeitura. Os trajes revelam corpos menos esbeltos. É comum notar gordurinhas extras e/ou sobrepeso entre as mulheres, e a barriga um pouco avantajada dos ACS homens.

A sala de espera é ruidosa. O barulho decorre sobretudo do volume da TV; dos gritos dos técnicos que organizam o atendimento; e da conversa envolvendo profissionais e/ou pessoas à espera dos procedimentos, que evidencia a cultura do “ver” e do “ouvir falar” do bairro.

A TV habitualmente está ligada em volume médio, sintonizada em canais de maior popularidade. Porém, a atenção dedicada à programação aparenta ser menor do que o interesse pela vida alheia e a consulta constante aos celulares. As revistas raramente são folheadas. Alguns trazem consigo algum material para se entreter, como livros religiosos, palavras cruzadas ou folhetos de supermercados. Ocasionalmente, há alguém cochilando.

A recepção é composta por dois guichês, demarcados por divisórias de madeira. Cada um é munido de um computador, destinado ao agendamento dos atendimentos. O trabalho é realizado por duas atendentes, que se acomodam atrás destes pequenos balcões em cadeiras baixas. Porém, não é raro encontrar outro/a profissional desempenhando este papel, a exemplo da gerente. Ao lado de um dos guichês, há um quadro de avisos coberto por portas de vidro, destinado à comunidade. Atrás dos guichês, no lado oposto, há outro pregado à parede, dirigido aos/às técnicos/as do serviço. Há ainda um armário e uma prateleira, ambos em metal. Esta estrutura mantém organizados os documentos referentes às pessoas atendidas na ESF e/ou às famílias acompanhadas por cada equipe de trabalho por meio de pastas-arquivo, envelopes e classificadores diversos, identificados segundo seu conteúdo e/ou equipe à qual pertencem. Ou seja, não há um sistema centralizado informatizado que reúna as informações sobre cada sujeito atendido na unidade de saúde. Estes elementos remetem à organização e à rotina burocratizada

do serviço, de caráter institucional, que subsiste por trás do barulho (e, eventualmente, da confusão) da sala de espera.

O modo como o atendimento é organizado contribui significativamente para o ruído que caracteriza este ambiente. Grande parte dos/as técnicos/as grita ao distribuir senhas e ao identificar o que as pessoas buscam no serviço, a depender do profissional responsável por seu atendimento. Do mesmo modo, muitos recorrem a falar em voz alta, secamente, apenas o primeiro nome das pessoas como estratégia para convoca-las às salas nas quais serão realizados os procedimentos. Um pequeno trecho extraído do diário de campo ilustra esta rotina:

A funcionária da recepção surge do final do corredor e cumprimenta a todos na sala de espera com um sonoro “bom dia”. Esta amabilidade contrasta com o modo pelo qual inicia o atendimento na unidade, aos gritos: ‘Quem tá marcado pra (nome da enfermeira)? [...] Tem alguém marcado pra hoje?’. Um senhor de idade avançada acena para ela, que o chama de forma displicente: ‘Venha’. São 08h05 e ela começa chamar as senhas, [...] ainda aos gritos.

A logística adotada parece não favorecer os novatos na ESF, visto que é pautada na familiaridade com os/as profissionais locais. A desorientação das pessoas costuma ser contornada pela atuação de profissionais à frente do acolhimento⁶², que trabalham em conjunto com as técnicas da recepção.

Segundo Recoder (2006), a dinâmica do serviço de saúde é marcada por códigos e normas (nem sempre sutis) que o sujeito necessita conhecer e lidar para usufruí-lo. Os exemplos são diversos: obedecer aos dispositivos (in)formais de controle e organização do atendimento, dentro e fora da ESF; saber onde e a quem perguntar quando houver dúvidas; reconhecer os documentos e outros papéis necessários para solicitar e realizar uma consulta; seguir requisitos médicos necessários à realização de determinados exames; desenvolver estratégias para burlar a burocracia etc.

⁶² O *acolhimento* consiste no repasse de senhas que ordenam o atendimento; recolhimento de documentos necessários para realizar o atendimento na ESF (cartão do SUS, cartão do posto); identificação da demanda do sujeito; provimento de orientações e/ou esclarecimento de dúvidas; busca do prontuário do sujeito no arquivo e entrega do mesmo às técnicas de enfermagem, que farão uma anamnese e as repassarão para o/a médico/a responsável pelo atendimento. Conforme explica a ACS 13, o/a ACS que estiver à frente do SAME toma a iniciativa de entregar as senhas e recolher os documentos. Uma escala, presa no mural destinados aos/às profissionais da ESF, define o/a ACS responsável pelo acolhimento em cada dia do mês. O objetivo é conciliar o atendimento por meio do agendamento de consultas à demanda espontânea. No início do trabalho de campo, presenciei esta tarefa sendo desempenhada especialmente por duas técnicas de enfermagem e duas ACS específicas. Posteriormente, o esquema de rodízio entre os/as profissionais foi implementado; a rotina do acolhimento foi esclarecida para os/as moradores por meio de breves sessões educativas na sala de espera; e este procedimento foi desempenhado por diferentes ACS.

A autora destaca que estes e outros saberes compõem um corpo de conhecimentos adquiridos pelo sujeito em seus itinerários em busca de cuidado, nas dependências das instituições de saúde ou fora delas. A imposição, reconhecimento e aquisição destas definições e categorias se consolidam paulatinamente. Isto favorece o acesso do sujeito ao cuidado; e contribui para configurá-lo como um usuário ou “paciente” do serviço. Todavia, a incorporação destes conhecimentos teóricos e práticos pode ser insuficiente para garantir a atenção em saúde, devido à interferência de outros fatores (ex. dificuldades administrativas, escassez da oferta de serviço etc.).

É válido questionar o grau de familiaridade de usuários de crack em relação aos códigos, normas e outros conhecimentos necessários para garantir seu acesso à atenção em saúde na ESF; *se e como* a incorporação destes conhecimentos e práticas incide sobre seu cotidiano e consumo de crack; e em que medida este aprendizado assegura o êxito do cuidado que lhes é dirigido por agentes comunitários/as de saúde, sobretudo nas dependências da unidade.

Um terceiro elemento que contribui significativamente para haver barulho na sala de espera consiste nas conversas. Similar ao apontado por Recoder (2006) em seu estudo, a sala de espera e o tempo de espera na ESF são caracterizados pela comunicação e troca de informações entre as pessoas que aguardam atendimento. A disposição das cadeiras parece favorecer esta interação⁶³. Grande parte das pessoas à espera de atendimento conversa entre si expressando familiaridade: referem-se por apelidos, perguntam por conhecidos, comentam hábitos comuns, cumprimentam-se por meio de abraços afetuosos, ralam com as crianças com veemência, ajeitam a roupa alheia, dividem o mesmo assento, carregam o bebê do outro etc.

Ao mesmo tempo, é possível observar um desconhecido principiar uma conversa, o que é muito comum ao se tratar de mulheres mais velhas. Estes primeiros contatos costumam ser acompanhados por olhares discretos e rápidos que perscrutam aquele/a com quem se fala. Os diálogos se iniciam ao se pedir uma informação; comentar sobre o atendimento oferecido no posto de saúde; partilhar algo acerca de sua vida pessoal; discutir o conteúdo de um programa da TV; referir-se aos hábitos de pessoas alheias; reclamar do calor que acomete a cidade, entre outros assuntos.

Há ainda as conversas entre as pessoas que aguardam atendimento e os/as profissionais da unidade; e entre os/as próprios/as técnicos/as. As primeiras são iniciadas por qualquer uma

⁶³ Em diferentes ocasiões, observei que grande parte das pessoas de cor branca, cujas vestes, cuidados com o corpo e comportamentos sugeriam possuir um alto poder aquisitivo, optaram por não esperar pelo atendimento sentadas entre as demais. Ainda que houvesse assentos desocupados, muitos permaneciam em pé, apartados.

das partes; costumam ser breves e discretas; focam algum aspecto relacionado ao atendimento do sujeito e/ou parente próximo (ex. filho/a); e implicam em pouco ou nenhum contato corporal, o que normalmente é limitado a toques nos ombros ou braços. A conversa entre os/as profissionais, ao contrário, é mais calorosa e se aproxima do observado entre as pessoas familiarizadas entre si.

A heterogeneidade que caracteriza as conversas remete aos distintos perfis das pessoas que frequentam e/ou atuam na ESF. Estas diferenças estabelecem fronteiras invisíveis que reproduzem as relações entre as diversas classes sociais, gêneros, ocupações, religiões, graus de escolaridade, graus de parentesco, cor da pele etc. típicas de nossa sociedade. Um trecho extraído do diário de campo exemplifica esta compreensão:

A sala de espera reúne um grupo numeroso e bastante heterogêneo de pessoas, considerando classe social, cor da pele, sexo, idade etc. Há senhores e senhoras de idade avançada, homens e mulheres maduros, homens e mulheres jovens, mulheres acompanhadas por filhos de colo ou por crianças mais velhas e mulheres adolescentes. A chegada destas pessoas também é diversificada: algumas cumprimentam a todos com um 'bom dia' sonoro, e fazem o mesmo com a profissional que os atende, de quem sabem o nome; outros dão um 'bom dia' tímido ou até mesmo não cumprimentam ninguém, e buscam os guichês; pessoas que entram trazendo consigo um saco de pão; algumas que chegam bem arrumadas, outras que usam chinelos e roupas bem simples (vestido, short, camiseta com o sutiã aparecendo, touca no cabelo); corpos bem e mal cuidados [...]; chinelos e sapatos de salto. Uma mãe se destaca por estar acompanhada por duas filhas de colo e uma babá para cada uma delas. Até o momento, a cor da pele predominante nas pessoas que aparentam ter melhor poder aquisitivo é branca. Muitas pessoas se conhecem, demonstram ter algum grau de familiaridade ou intimidade, o que contribui para haver conversas paralelas. O único aspecto que aproxima as pessoas que aparentam pertencer a classes sociais distintas são os bebês: todos se 'derretem' por eles indiscriminadamente – o que não é acompanhado por uma aproximação entre seus cuidadores/as. A pluralidade observada nas roupas, comportamento, aparência, acessórios, cuidados com o cabelo e com a pele, além da própria cor da pele, explicitam os diferentes públicos que compõem a população adscrita da unidade de saúde.

A chegada do usuário de crack ao serviço ocorre neste cenário. A ambiência não sinaliza uma distinção entre este homem e os demais atendidos na unidade. Tampouco a dinâmica do atendimento do serviço particulariza seu acesso à instituição. A diferença é assinalada de modo tangencial *durante* a realização do atendimento, por meio de atitudes específicas adotadas por profissionais de saúde (aspecto explorado no Capítulo 5).

O fato do consumo de uma droga ilegal, fortemente estigmatizado, ser reafirmado publicamente reforçaria o distanciamento do usuário de crack em relação ao serviço, por sentir-se ressabiado com este rótulo. Isto é evidenciado no depoimento de uma das ACS: “*Ele* (usuário

de crack) *não quer ser apontado. [...] Ele sabe que ele é, mas não quer que ninguém rotule ele*". (ACS 02). A indistinção no tratamento dado ao usuário de crack no contexto da sala de espera favorece o cuidado deste público.

Este entendimento pode parecer equivocado, pois no Capítulo 2 o reconhecimento da singularidade do sujeito foi apontado como um pré-requisito para garantir o êxito do processo de cuidar. Porém, no caso do usuário de crack, esta lógica é invertida: o que preserva a especificidade do homem que consome esta substância no contexto da sala de espera da ESF é, curiosamente, o anonimato.

A observação sistemática da dinâmica da sala de espera permite afirmar que a variedade do perfil das pessoas assistidas na ESF não corresponde, necessariamente à existência de distinções na realização do atendimento. A atitude adotada por alguns/mas profissionais evidencia isto: enquanto alguns/mas tratam a todos do mesmo modo atencioso, outros/as lidam de modo seco e ríspido, indistintamente.

Um segundo aspecto associado à heterogeneidade que caracteriza o público-alvo da unidade consiste a diferença na assiduidade de homens e mulheres. Conforme explica a gerente atual, oficialmente não existe na ESF um levantamento sistematizado, com base em um recorte de gênero, que aponte a proporção entre homens e mulheres assistidos em determinada modalidade de serviço. Esta observação é igualmente referida no estudo de Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012, p. 2612-2613): não há um "sistema de registro de informações que contenha a variável sexo na Atenção Básica".

Os instrumentais empregados pela SMS não demandam este tipo de informação. No Boletim de Produção Ambulatorial – Dados Consolidados (BPA-C), que reúne informações acerca do atendimento mensal realizado por cada equipe de trabalho da unidade, os procedimentos médicos são contabilizados por mês, identificados por códigos numéricos específicos e atribuídos a recortes etários. Ou seja, apenas a idade dos sujeitos é relacionada ao tipo de atendimento recebido. O mesmo pode ser observado em relação ao formulário do e-SUS. Embora haja um item no qual é registado o sexo da pessoa cadastrada, a compilação dos dados referentes à proporção entre homens e mulheres assistidos por modalidade de serviço, referente estritamente à ESF, não está disponível diretamente para seus profissionais. Os/as enfermeiros/as responsáveis por cada uma das equipes também não adotam este procedimento.

Este fato é relevante, pois remete à desconsideração da contribuição deste tipo de informação para a elaboração, implementação e avaliação de ações educativas realizadas na

unidade. Tampouco os dados são aproveitados como indicadores do desenvolvimento das atividades implementadas no território por meio de políticas públicas de cuidado à saúde do homem.

O estudo de Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012, p.2615) complementa esta perspectiva. Os autores referem que esta lacuna prejudica a defesa da política pública como uma prioridade; “reforça a invisibilidade da menor presença de homens” na ESF; e resulta em uma visão simplificada das relações de gênero, visto que “as disparidades acabam sendo interpretadas em termos de diferenças genéricas de ordem cultural entre homens e mulheres”, centrada essencialmente na resistência masculina em buscar cuidado.

A desproporção numérica entre os públicos masculino e feminino que comparecem na ESF é rotineira e evidente. De modo geral, a quantidade de pessoas que circula pela sala de espera durante o turno matutino varia entre 20 e 30 indivíduos, e apenas o equivalente a um quarto (1/4) ou menos são homens. A maioria comparece sozinha à ESF; outros surgem acompanhados por suas companheiras e/o algum parente (filho/a, pai); e, em menor número, há aqueles que veem ao encontro de alguém que já estava aguardando atendimento na unidade. Predominam os homens maduros, seguidos por homens idosos, homens jovens e, por fim, os adolescentes.

O perfil dos homens atendidos na ESF destoa pouco da caracterização das mulheres que circulam pelo local. Grande parte das mulheres é idosa, seguida por mulheres maduras; e a proporção de mulheres jovens e adolescentes aparenta ser similar. As mulheres desacompanhadas são em maior número, seguidas por mulheres que comparecem ao lado de algum parente, sobretudo filhos/a e netos/as. É muito raro observar mulheres que chegam ao local apenas para se encontrar com alguém à espera de uma consulta na ESF.

Diferentes profissionais (ex. médico/a, odontólogo/a, enfermeiro/a, agente comunitário/a etc.) relatam haver a preponderância de mulheres entre as pessoas atendidas na ESF. A reticência dos homens em comparecer à unidade, ainda que para dar continuidade a um tratamento, é resumida por uma das ACS: “*Homem não gosta de vir pra médico*” (ACS 01).

A busca e/ou adesão masculina ao serviço é menor ao se tratar de usuários de SPA, sobretudo consumidores de drogas ilegais, que se limitam a comparecer ao posto de saúde para realizar atendimentos breves e pontuais, a exemplo de uma consulta ao dentista (aspecto abordado no Capítulo 5). Não há relatos sobre usuários de crack que buscam a unidade para tratar de aspectos relacionados diretamente ao consumo desta substância, como complicações

respiratórias decorrentes da inalação de fumaça, doenças resultantes do uso compartilhado de cachimbo, deterioração dos dentes, busca de suporte psicológico/médico para contornar paranoia decorrente do uso abusivo etc.

O depoimento de uma das ACS refere a existência de uma relação íntima entre os fatores: *atendimento, homem e consumo de crack*. O fato do homem ser arredio aos cuidados com sua saúde implica na necessidade dos/as ACS saírem à sua procura para garantir o atendimento. A isto, somam-se as dificuldades enfrentadas pelos/as ACS para realizar o trabalho; e o consumo de crack, que reforça o distanciamento já existente entre este homem e o serviço. Os/as profissionais recorrem a diferentes estratégias a fim de assegurar a atenção em saúde destes indivíduos, a exemplo de aproveitar sua presença no posto para realizar uma exame minucioso de sua saúde; enviar-lhes recados por familiares e/ou conhecidos, estimulando-os a retornar à ESF etc. (estes elementos são detalhados no Capítulo 5). Todavia, os resultados do trabalho se revelam aquém do esperado.

Neste sentido, o fato do/a ACS não cumprir o seu papel como idealizado no cuidado do usuário de crack não está relacionado apenas à resistência do/a profissional em ter contato com este público (como referido na Introdução e no capítulo anterior). Isto decorre, sobretudo, da oposição masculina em buscar e/ou acessar o serviço de saúde, ao invés de apenas ser atribuído ao consumo de uma SPA ilegal:

Mesmo não sendo um usuário de crack ou outras drogas, [...] ele (homem) não gosta de vir ao médico. [...] Então ele não nos procura. Acaba a gente procurando ele [...] Com toda a nossa dificuldade em trazer esse homem. [...] Quando ele chega (à ESF), a gente faz de tudo pra segurá-lo e fazer uma anamnese do fio do cabelo ao dedão do pé. [...] porque [...] não sabe quando [...] vai ter esse retorno dele. Mesmo mandando recado, como o médico, o enfermeiro: 'Manda fulano vir aqui, eu preciso falar com ele. Mas diga que não é nada demais, só os exames dele pra saber se ele fez, se ele não fez, como é que ele tá'. (ACS 03).

Para os/as profissionais, a resistência dos homens em relação ao cuidado oferecido na unidade está associada a diversos fatores. Habitualmente, o público masculino não procura orientações sobre cuidados com a saúde junto a um/a profissional de saúde, mas em outras fontes de informação, a exemplo de sites na internet; e prioriza remediar um problema de saúde já existente do que recorrer a intervenções de caráter preventivo. Muitos só buscam a ESF quando sentem dor. Neste sentido, demonstram mais interesse por serviços que não correspondem ao nível primário de complexidade característico da Rede de Atenção à Saúde, a exemplo de cardiologia ou urologia.

Há homens que alimentam um pensamento fatalista diante de um problema de saúde, ao agigantarem o risco à saúde e o associarem à morte. Isto os motiva a sequer tomar conhecimento do problema de saúde que o acometem e, portanto, não comparecer ao serviço.

Os homens se revelam arredios até mesmo em relação a abordagens dedicadas estritamente a eles. A este respeito, é possível citar as ações desenvolvidas em 2014, durante os finais de semana, como as palestras educativas realizadas na ESF; e a busca ativa de hipertensos, diabéticos etc. em locais no bairro onde há grande concentração de homens, como campos de futebol, oficinas mecânicas etc. Não houve referência à identificação de usuários de crack durante estas abordagens ou à demanda, por parte do público atendido, de orientações acerca do uso de drogas ilegais. Este trabalho foi interrompido diante da baixa adesão; e por resultar na liberação de turnos de trabalho dos/as profissionais envolvidos/as durante a semana, a fim de compensar o trabalho habitualmente realizado aos sábados⁶⁴. Atualmente, o trabalho de sensibilização da comunidade sobre a saúde do homem concentra-se no mês de novembro, de acordo com o calendário⁶⁵ estadual de ações de saúde.

As atividades destinadas exclusivamente ao público masculino atendem à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Esta política foi elaborada em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica, e lançada oficialmente pelo Ministério da Saúde em 2009. Trata-se de uma iniciativa inovadora, visto que, historicamente, o Estado brasileiro não desenvolveu no campo da saúde intervenções que singularizassem o cuidado dirigido a este público (LEAL, FIGUEIREDO E NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012).

O objetivo desta política pública é facilitar e ampliar o acesso da população masculina às ações e serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, de modo a reduzir a morbidade e a mortalidade; e melhorar sua condição de vida por meio do enfrentamento de fatores de risco e da valorização de aspectos socioculturais, sob a perspectiva de gênero (MOURA et al., 2014).

A PNAISH reconhece os “determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde”; identifica os principais problemas de saúde que acometem os homens; e reafirma a necessidade de garantir-lhes o cuidado sem discriminação,

⁶⁴ O estudo de Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012) cita experiências nas quais os profissionais recorrem a horários alternativos e ampliados ao funcionamento padrão dos serviços para realizar ações de atenção à saúde do homem. Porém, do ponto de vista administrativo, esta iniciativa necessita mobilizar recursos humanos e financeiros nem sempre disponíveis.

⁶⁵ Embora o mês de agosto seja representativo das ações de sensibilização sobre a saúde do homem segundo a Secretaria Municipal da Saúde, o calendário é conciliado ao do Estado, que estabelece o mês de novembro para este fim. Em 2015, as ações foram desenvolvidas em novembro, não em agosto.

considerando as distintas necessidades de saúde determinadas por diferenças de “idade, condição socioeconômica, étnico-racial, [...] local de moradia urbano ou rural, [...] situação carcerária, [...] deficiência física e/ou mental, [...] orientações sexuais e identidades de gênero [...]” (BRASIL, 2008, p.7).

As ações determinadas por esta legislação se baseiam na intra/inter-setorialidade e interdisciplinaridade; e devem ser integradas “às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde”. No entanto, sua abordagem sobre o consumo de SPA por homens se limita a referir os problemas de saúde e/ou saúde mental associados ao consumo de tabaco e álcool. Não há menção ao cuidado do homem que consome drogas ilegais (BRASIL, 2008, p. 37).

Os argumentos de ACS e outros/as profissionais de saúde da ESF para explicar a resistência masculina em comparecer e/ou ser acompanhado em um serviço da rede básica de saúde reafirmam e/ou são complementares às justificativas apontadas pela PNAISH a este respeito.

Os homens desistem das consultas agendadas com mais frequência do que as mulheres. Eles não comparecem à ESF para evitar faltas ao trabalho; ou não têm paciência para aguardar o tempo necessário para agendar uma consulta e/ou ser atendido. Outro motivo associado pelos/as profissionais à relutância masculina é o fato do exame de detecção do câncer de próstata por toque ser considerado um “*tabu*”, como afirma um/a dos/as médicos/as. Uma das estratégias utilizadas para contornar este receio consiste em solicitar um exame de laboratório preliminar.

Segundo o depoimento da ACS 06, as ações em saúde destinadas aos homens são prejudicadas pela falta de apoio atribuída à SMS, que se limita a colaborar apenas por meio do provimento de material informativo impresso (ex. panfletos). O material não é considerado inadequado. Porém, não é suficiente para garantir o sucesso da sensibilização dos homens. Não há convocação, por exemplo, de profissionais extras para atuar nas atividades oferecidas pela ESF para estes moradores. A oferta de alimentação (ex. café da manhã, lanche da tarde) consiste em um atrativo que garante a presença da população. Porém, é financiada por profissionais da unidade. Eventualmente, os comerciantes locais (ex. proprietário do mercadinho situado próximo à ESF) apoiam esta iniciativa, ao colaborar na medida do possível. A ACS descreve a limitação do cuidado com a saúde do homem como “*no papel*” e “*só com papel*”, ou seja, as

ações propostas não são realizadas e/ou são insuficientes. A abordagem executada é limitada à entrega de panfletos e, portanto, não é efetiva.

A mulher desempenha igualmente um papel importante na atenção à saúde do homem. Para algumas ACS, cabe à esposa zelar pela saúde do marido, ao acompanhar constantemente seus hábitos; monitorar sua saúde; preparar-lhe alimentos saudáveis; e estimular-lo a comparecer ao atendimento médico, a exemplo de insistir e remarcar as consultas das quais ele desiste, até a ocasião em que ele seja atendido.

O recorte de gênero na atenção em saúde, no âmbito da rede básica, é abordado por alguns autores, cujos achados referendam e/ou complementam os depoimentos destes/as profissionais. De acordo com Moura et al. (2014), as principais motivações dos homens em buscar atendimento em saúde são causas externas, a exemplo de acidentes e violências; e situações extremas que exigem intervenções de emergência, de nível especializado ou de urgência. É comum recorrerem a medidas de tratamento como a automedicação (ao utilizar remédio caseiro, medicamentos disponíveis em casa ou com amigos/parentes) ou medicação prescrita em farmácia.

Figueiredo e Gregori (1992) destacam que as necessidades de saúde das masculinidades e suas particularidades não são acolhidas integralmente nas práticas de cuidado dos serviços de atenção primária à saúde. Estas considerações são relevantes, sobretudo ao se constatar que, epidemiologicamente, o consumo de SPA é um problema de saúde pública que atinge mais pessoas do sexo masculino do que feminino (BRASIL, 2008).

A preponderância masculina é observada igualmente em relação ao consumo de crack. A maioria dos usuários brasileiros de crack e/ou similares (pasta base, merla e oxi) é composta por adultos jovens, com idade média de 30 anos; e cerca de 1/3 desta população possui entre 18 e 24 anos. A raça/cor autodeclarada predominante entre consumidores de crack é *preta e parda*. Considerando que o Censo 2010 (IBGE⁶⁶) refere 52% da população brasileira não-branca, isto aponta para a sobre-representação de pessoas com este perfil em contextos de vulnerabilidade social (BASTOS E BERTONI, 2014).

⁶⁶ O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é o principal provedor de dados e informações do país, que atendem às necessidades dos mais diversos segmentos da sociedade civil, e órgãos das esferas governamentais federal, estadual e municipal.

Os homens representam a maioria também no contexto de *cenas*⁶⁷ de uso abertas e/ou públicas, e em contato com o tráfico de drogas (BASTOS E BERTONI, 2014) – aspectos que caracterizam os territórios onde se situam diferentes unidades de saúde soteropolitanas. Porém, ao contrário do observado entre as mulheres, os homens não acessam e/ou aderem pouco ao atendimento oferecido na ESF, o que acentua sua vulnerabilidade (MOURA et al., 2014).

A população masculina é mais vulnerável às doenças, especialmente graves e crônicas; e morre mais precocemente se comparada às mulheres. Sua reserva em relação aos serviços da rede básica de saúde retarda a atenção e, conseqüentemente, acentua o sofrimento físico e emocional do sujeito e sua família (BRASIL, 2008).

A resistência masculina em utilizar os dispositivos da Atenção Primária é atribuída, por um lado, a barreiras socioculturais. O gênero é admitido como uma referência sociohistorica, baseada na diferença entre os sexos, que norteia material e simbolicamente a vida social de homens e mulheres. Os estereótipos de gênero que caracterizam nossa cultura patriarcal associam doença à fragilidade; as necessidades de cuidado ao feminino; e a masculinidade à invulnerabilidade. A noção de invulnerabilidade relaciona-se igualmente à dificuldade do homem em verbalizar suas necessidades de saúde no contexto da assistência; e considerar desnecessário ou sem importância buscar atendimento diante de um problema de saúde. Isto o estimula, de maneira geral, a cuidar-se menos e a expor-se a riscos, a exemplo do uso abusivo de drogas ilícitas e álcool (BRASIL, 2008; MOURA et al., 2014).

A obstinação dos homens em recorrer aos serviços da rede básica de saúde é atribuída ainda a fatores institucionais (BRASIL, 2008). Os estudos de Moura et al. (2014) e Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012) destacam que as oportunidades para atrair os homens à ESF são pouco exploradas, restringindo-se a ações pontuais; e à tímida realização de atividades educativas ou eventos dedicados exclusivamente a este público. O enfoque predominante das abordagens é clínico-assistencial, ao invés de priorizar a prevenção e a promoção da saúde. As unidades de saúde não fornecem atestado médico em situações como marcação de consulta, participação em atividades preventivas de saúde ou busca por medicamentos, necessário para abonar faltas no trabalho. A rede de apoio à ESF é deficitária, e caracteriza-se pela ausência de fluxos de atenção específicos para homens.

⁶⁷*Cena*: Conceito socioantropológico presente na literatura em ciências sociais anglo-germânica e francesa. Refere-se à dimensão de um contexto delimitável no espaço, materializado na congregação e interação social. Amplia, portanto, a noção representada pelo termo *subcultura*, empregado anteriormente, relacionado a grupos sociais que partilham entre si valores, práticas e atitudes particulares (BASTOS E BERTONI, 2014).

Outros fatores institucionais consistem: a correspondência entre o horário de funcionamento das unidades e a jornada de trabalho do homem, o que se revela incompatível com seu papel de “provedor”; o fato do agendamento, muitas vezes, exigir uma longa espera nas filas para marcação de consulta e exames; e o tempo significativo de espera para realizar o atendimento (BRASIL, 2008; LEAL, FIGUEIREDO E NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012; MOURA et al., 2014).

Muitas das informações a respeito do público atendido na ESF e do funcionamento da unidade, sobretudo no contexto da sala de espera, foram obtidas por meio da observação direta. As informações foram confrontadas e/ou complementadas por outras, colhidas dos depoimentos dos/as profissionais – ora espontaneamente, ora motivados/as por alguma pergunta que lhes dirigi diretamente. Estas conversas ocorreram em sua maioria em um local situado no extremo oposto da sala de espera: a “área dos fundos”.

O interesse em investigar este ambiente surgiu ao perceber que este espaço costuma ser utilizado por ACS como ponto de encontro antes de iniciarem o trabalho e, principalmente, por servir de “válvula de escape” para diferentes profissionais. É neste recinto que se desligam momentaneamente de suas tarefas para lancha, dar/receber telefonemas pessoais, comentar sobre suas vidas particulares e/ou a de seus parentes, criticar colegas de trabalho, expor projetos de vida, falar das pessoas acompanhadas nas microáreas etc. Em palavras da ACS 04: *“Essa aqui é a área da gente. Área dos funcionários. Não tem um nome específico.”*

O desenrolar da pesquisa permitiu estabelecer um paralelo: as condutas e relatos observados na “área dos fundos” oferecem um contraponto àqueles acompanhados na sala de espera. Por um lado, a necessidade de atender a protocolos institucionais, a prestar atendimento a determinada pessoa, a lidar com as tarefas cotidianas etc. Ou seja, a agir, sobretudo, de acordo com as convenções sociais (regras, expectativas, valores, condutas, metas) que definem a atuação profissional. No cenário da sala de espera, predominam discursos marcados pela lógica institucional, informação, autoridade e legitimidade biomédicas.

Por outro lado, a oportunidade de falar palavrão e brincar escancaradamente com os colegas; desabafar o que realmente é pensado acerca da imposição de uma tarefa; julgar abertamente a conduta assumida por um superior hierárquico; chorar ao telefone; expressar o que sente ao realizar a visita a determinadas famílias etc. – a atuar segundo outras convenções sociais, mais próximas da esfera pessoal destes/as técnicos/as, e que não necessariamente estão em conformidade com o papel que desempenham na ESF. Os discursos que brotam no contexto

da “área dos fundos” escapam ao enquadramento do enfoque clínico-institucional. Prevaecem a opinião, a experiência pessoal, a anedota.

A coexistência de discursos distintos, estruturados e produzidos a partir dos diferentes espaços que compõem um serviço de saúde, é apontada por Recoder (2006).

A sala de espera e a “área dos fundos” constituem, cada qual a seu modo, pequenas tramas de significados tecidas no contexto da ESF. Cabe a mim, como pesquisadora, considerá-las indissociadamente. Estas redes resultam da interação dinâmica entre os diferentes “personagens” que compõem estes cenários de menor proporção – as pessoas que buscam atendimento, os/as diversos/as profissionais de saúde, os parceiros institucionais etc. Simultaneamente, estas teias são fruto da relação entre estes sujeitos e outros elementos situados em um contexto mais amplo, a exemplo da política de saúde que norteia o serviço, o espaço físico no qual a ESF funciona, as características estruturais e a cultura do bairro, a realidade da cidade de Salvador etc.

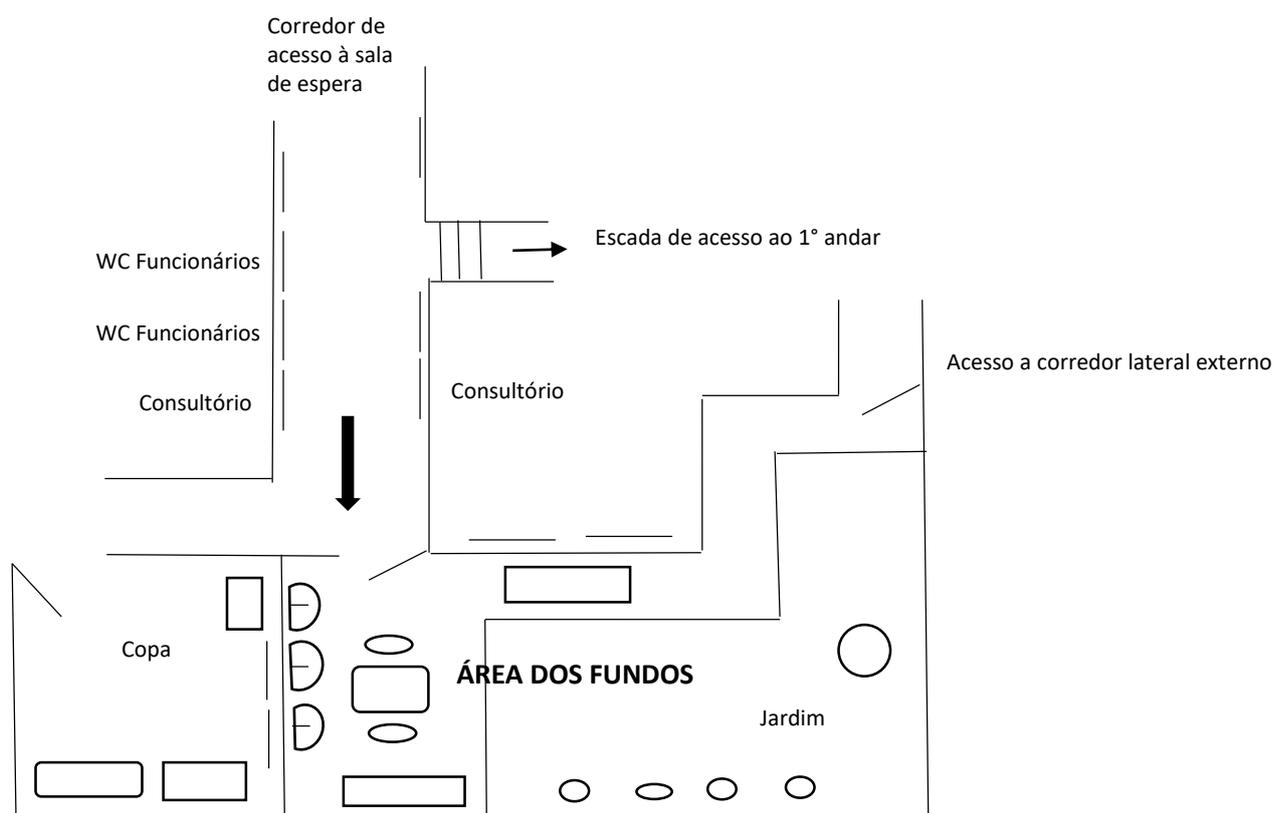
Neste sentido, a ESF deve ser concebida de acordo com uma dupla perspectiva: ora composta por inúmeros pontos de interseção, ora ao representar um entre os inúmeros pontos de uma rede de significados mais ampla, igualmente complexa e intimamente conectada com as suas “subpartes”, em um determinado contexto sociohistórico. A ESF faz parte dos mecanismos a favor do funcionamento e reprodução da sociedade da qual participa, ao mesmo tempo em que é conformada por ela. Em uma escala menor, o “universo” representado pela unidade de saúde contribui para definir a conduta e a subjetividade dos sujeitos que circulam e/ou atuam neste serviço. Do mesmo modo, em sentido inverso, é constituída por eles. Analogamente, este raciocínio pode ser estendido para compreendermos os espaços que correspondem à sala de espera e à “área dos fundos”.

Esta compreensão tornou-se clara principalmente à medida que refleti e escrevi acerca da minha experiência em campo no contexto da “área dos fundos” - o que abordo a seguir.

3.3 A “área dos fundos”

A “área dos fundos” consiste em um pequeno espaço ao ar livre em formato de “L”, contíguo à copa da ESF. Ele se situa no extremo oposto do corredor que dá acesso à sala de espera. A depender da posição, é possível observar a entrada da unidade desde este local.

Este espaço é formado por um piso de concreto que cerca um pequenino e maltratado jardim, sem grama, onde há uma mangueira e algumas plantas mirradas e sem flores. Embora o jardim não seja coberto, a árvore garante sombra durante a maior parte do dia. Os muros em concreto não são pintados nem muito altos; e permitem avistar as fachadas sem reboco de moradias da redondeza. O ambiente é fresco e, eventualmente, é invadido pelo aroma de uma refeição preparada por algum vizinho ou um profissional que aquece seu almoço na copa da ESF.



Encostado a uma das paredes que circunda o jardim, sobre um estreito piso de concreto, há um banco de praça em madeira, que permanece exposto ao clima. À sua esquerda se situa um dos extremos do “L”: um cantinho composto apenas pelo piso de concreto. Ele é recuado o bastante para não deixar visível, para quem chega à porta de acesso à “área dos fundos”, que alguém decidiu sentar-se por aí. As pessoas que buscam mais privacidade, seja para consultar o *smartphone*, falar ao telefone ou simplesmente “tornarem-se invisíveis” momentaneamente, costumam recorrer a este local. Deste ponto, por trás de uma grade, é possível avistar um dos corredores laterais externos da unidade, que segue em direção à entrada do posto. Este corredor permanece vazio e desocupado, e serve de passagem para o vento.

À direita deste banco, perpendicular a ele, há um outro trecho do piso de concreto que possui uma cobertura de telha de zinco. Embora ela não seja pequena, não oferece proteção suficiente em dias de chuva forte. Ao abrigo desta cobertura, estão acomodados um banco de praça similar ao anterior; um conjunto de mesa e cadeiras plásticas típico em bares; e três pequenas pias. Acima destas pias, estão as janelas que dão acesso à copa. Sua localização permite que o movimento e/ou barulho na copa seja instantaneamente identificado na “área dos fundos”, e vice-versa.

A porta de acesso à “área dos fundos” está situada sob a cobertura de zinco. O ambiente é separado do corredor por meio de uma porta gradeada de ferro, seguida por uma porta de vidro e metal, idêntica à porta principal do posto. Isto permite que quem caminha pelo corredor veja o que se passa neste recinto, assim como o contrário. Embora não permaneçam trancadas, estas duas portas habitualmente estão fechadas.

A estrutura física da “área dos fundos”; e a relação que as pessoas estabelecem com este espaço conferem a este local algumas particularidades: é marcado, simultaneamente, por privacidade e devassidão; é o local para onde os/as profissionais se dirigem a fim de tratar de assuntos pessoais, embora eventualmente seja utilizado para realizar tarefas relativas ao trabalho; faz parte das dependências da ESF, mas é onde os/as técnicos/as se permitem falar e agir de modo mais descontraído e informal. É um cenário rico, ambíguo e complexo.

A “área dos fundos” é frequentada pela maioria dos/as técnicos/as da unidade, indistintamente. Os/as profissionais comparecem habitualmente a este local antes e/ou durante sua jornada de trabalho. É comum observá-los em grupos de três a seis pessoas e, mais raramente, sozinhos.

De modo geral, a passagem dos/profissionais pela “área dos fundos” é breve, a fim de retomar a rotina em seguida. Isto corresponde ao tempo necessário para dar/receber um telefonema, consultar o *smartphone*, lanchar uma fruta, aguardar o próximo paciente, descansar após uma tarefa, exibir aos colegas como o bebê de alguém da comunidade cresceu, conversar brevemente com outro/a técnico/a etc. Esta conduta foi observada em relação a diferentes categorias profissionais (ex. gerente, técnicas de enfermagem, enfermeiro/a, médico/a, odontólogo/a e alguns/mas ACS).

Paralelamente, há profissionais que permanecem por períodos mais longos e/ou que recorrem a este local diversas vezes em um mesmo turno de trabalho. Isto é comum entre grande parte dos/as ACS, o agente de zoonoses e os profissionais da limpeza. A permanência duradoura

destes/as técnicos possibilita que ora se dediquem a atividades breves, ora a outras que consomem mais tempo, como ler um jornal popular (*Massa*); preparar-se para o trabalho após tomar um pouco de café com leite em pó; aguardar o horário de saída para realizar a visita em uma microárea; comprar produtos da Natura que são vendidos por uma moradora do bairro; atualizar as informações nas fichas do e-SUS – e, principalmente, *conversar*.

As constantes e prolongadas conversas entre os/as diferentes profissionais neste ambiente tratam principalmente de assuntos pessoais e/ou da leitura pessoal que fazem acerca de aspectos relacionados ao trabalho. A intimidade se acentua especialmente ao se tratar de pessoas da mesma categoria profissional, a exemplo do observado na relação dos/as ACS entre si e/ou com os demais técnicos. As diferenças quanto à idade, ao gênero, à orientação sexual, à ocupação e à escolaridade parecem interferir pouco – todos participam, em algum momento, em maior ou em menor grau, das conversas. Ou melhor: da *conversa* (no singular), visto ser muito mais comum abordarem coletivamente o mesmo assunto, do que estabelecerem diálogos paralelos sobre temas distintos.

Acompanhar estes diálogos possibilita conhecer o modo de pensar, agir e sentir dos/as profissionais que muitas vezes é distinto daquela manifestado em outros ambientes da ESF ou nas microáreas. Isto é evidenciado em inúmeras situações em relação aos/às agentes de saúde. As conversas trazem à tona elementos que reafirmam, contradizem e/ou complementam as informações colhidas em outros contextos, o que amplia e aprofunda a compreensão acerca do universo simbólico destes “nativos” e sua rede de significados. Um fragmento do diário de campo traz exemplos desta compreensão:

[...] Os profissionais se revezam na área dos fundos da unidade. O local é dedicado aos desabaços sobre os humores e/ou disposição para o trabalho ('Estou com sono'; 'As férias ainda não saíram de mim'); à aventuras pessoais (relatos sobre paqueras frustradas); às brincadeiras entre os colegas (plano mirabolante de assédio a profissional da marinha que atua nas casas para combater o mosquito da dengue); à referência velada a outros/as profissionais ('Lá ela' disse que...) etc. Os ACS aparentam não se incomodar [...] (com) minha presença, pois não se intimidam. Rio com eles e acompanho suas histórias. A ACS (ACS 02), por exemplo, brinca que a postura séria, assumida por ela na ocasião da entrevista comigo, estava sendo desfeita pelo relato de seu plano em agarrar o marinho. Outra ACS afirma em alto e bom som: 'Eu não gosto de homem' [...].

O contato com os/as ACS na “área dos fundos” da ESF oportunizou conhecer a compreensão elaborada por estes/as profissionais acerca de suas histórias de vida e rotina de

trabalho e, conseqüentemente, compreender seu processo de cuidar desde uma nova perspectiva.

Presenciar a atuação do/a ACS nas dependências da ESF revelou informações acerca do uso e ocupação do serviço por profissionais de saúde, atrelada à legislação e aos diferentes níveis de gestão do serviço; e da interação dos/as profissionais de saúde entre si e/ou com a população assistida na unidade. Todos estes aspectos incidem sobre a configuração de sentidos, significados e práticas de cuidado do/a ACS dirigido ao usuário de crack.

O capítulo seguinte contribui para aprofundar esta reflexão. A conversão da condição de morador/a para cuidador/a do bairro, vivida pelo/a ACS, influencia e é influenciada por sua relação com a comunidade. Atuar como agente comunitário de saúde, nas dependências da ESF ou em outros espaços no território, implica lidar com recursos, responsabilidades e desafios peculiares a esta profissão. Detalhar o trabalho do/a ACS amplia o entendimento acerca do funcionamento do serviço. Ao mesmo tempo, nos aproxima do modo próprio de pensar, julgar e agir elaborado por este/a profissional de saúde acerca de si mesmo/a, da função que desempenha e do cuidado em saúde pelo qual é responsável.

CAPÍTULO 4: O/A ACS POR ELE/A MESMO/A: PRÁTICAS, DESAFIOS E DIFICULDADES

A legislação é um elemento importante para definir as atribuições e as condições de trabalho do/a agente comunitário/a de saúde. Na prática, o conteúdo das políticas públicas não é o único fator determinante de suas ações. Ele interage com outros aspectos característicos do cotidiano do/a ACS – a articulação entre as diferentes instâncias de gestão; a estrutura, uso e ocupação do serviço de saúde; as relações estabelecidas entre as pessoas nos diferentes espaços da ESF; o trabalho realizado em parceria com outras instituições da Rede de Atenção; a dinâmica particular de cada microárea; a situação socioeconômica das famílias assistidas; a violência que predomina na cidade etc. Portanto, a atuação do/a agente comunitário/a de saúde é multideterminada. A relação estabelecida entre estes diferentes aspectos contribui para compreender a rotina de trabalho do/a ACS e o (in)sucesso do cuidado promovido por este/a profissional. A assistência em saúde oferecida para usuários e não usuários de crack é caracterizada por práticas, dilemas e desafios comuns, embora haja especificidades que as diferenciam. Este capítulo, organizado em quatro sessões, detalha a rotina de trabalho dos/as ACS nas dependências da unidade de saúde e fora dela. Assim, apresenta informações complementares acerca da organização e funcionamento da ESF. A primeira sessão trata das atribuições e recursos que caracterizam o trabalho do/a ACS, ao considerar sua dupla inserção na comunidade (morador/cuidador) e sua multifuncionalidade. A segunda e a terceira sessões abordam a participação dos/as ACS nas “*reuniões de equipe*” e “*reuniões de unidade*”, como são referidos estes compromissos por técnicos/as do serviço. Ambas esclarecem sobre a dinâmica das equipes de trabalho e a relação estabelecida entre os/as diferentes profissionais da ESF, o que contribui para compreender as estratégias de autocuidado adotadas por ACS. A última sessão discute os tipos de violência que fazem parte do cotidiano de trabalho e de vida de agentes comunitários/as no bairro, e sua associação ao sofrimento psíquico que vivenciam.

4.1 As atribuições e recursos que caracterizam o trabalho do/a ACS

É impossível conceber o/a agente comunitário/a de saúde indissociado/a da realidade que caracteriza seu cotidiano, tão intimamente relacionada ao seu universo cultural – onde mora, os problemas socioeconômicos que enfrenta, sua história de vida, seus valores e

comportamentos etc. Estes aspectos incidem sobre sua compreensão acerca das políticas públicas que norteiam seu trabalho, o exercício de sua função, o conceito de saúde que permeia sua prática, o modo como enxerga a si mesmo como profissional, e a maneira como lida com a população adscrita da ESF - o que inclui sua relação com o usuário de crack.

A realização de entrevistas com os/as agentes comunitários/as de saúde forneceram informações preciosas a este respeito. Seu detalhamento complementa o conteúdo das declarações registradas por mim no dia a dia junto a estes/as profissionais. Os depoimentos permitiram identificar aspectos essenciais, relacionados ao seu modo de pensar, agir e sentir. As ideias centrais depreendidas das falas dos/as ACS foram sintetizadas em palavras-chave, que resumem uma condição ou situação à qual se referem. As discussões propostas nesta sessão se baseiam sobretudo nestes conteúdos. O objetivo é problematizar a relação entre o/a ACS e as pessoas da comunidade, na medida que este morador do bairro se torna o seu cuidador; discutir a multifuncionalidade que caracteriza sua profissão, associada aos recursos disponíveis para realizar seu trabalho; e examinar as implicações destes aspectos para a oferta de cuidado por este/a profissional.

A opção por tornar-se agente comunitário ilustra a indissociabilidade entre o sujeito e o contexto do qual faz parte. O preenchimento das vagas para desempenhar este cargo é feito por meio de processo seletivo público municipal, divulgado convencionalmente em editais. No entanto, esta informação é disseminada informalmente na comunidade, por meio da conversa entre vizinhos, avisos pregados na rua ou comunicados divulgados nas associações comunitárias. A função é vista primeiramente como uma alternativa ao desemprego. Isto ocorre a despeito de haver clareza quanto ao trabalho a ser desempenhado ou do fato desta função ser confundida com outra atribuição de nome similar (Agente de Endemias). Outra justificativa associada ao interesse por este trabalho consiste na trajetória anterior de prestação de serviço para a comunidade, a exemplo de oferecer gratuitamente reforço escolar no bairro. Os relatos de algumas ACS ilustram estas situações:

“No primeiro momento, mesmo, foi o desemprego, né? Tava desempregada, aí eu vi que tinha inscrição, por uma vizinha. Aí nós fomos fazer a inscrição”. (ACS 01)

“Eu nem sabia o que era [...]. Aí botaram um papel lá [...] onde eu moro, [...] ia ter uma inscrição pra agente de saúde. Como eu já prestava um serviço à comunidade [...] aí a gente pegou (sic) e foi se inscrever”. (ACS 05)

“A gente foi fazer a inscrição sem saber exatamente pro que era. Aí chegou lá, tinha uma colega que já era, aí explicou o que era. Depois veio conhecer o trabalho [...]. Mas de primeira, a gente foi se inscrever pra procurar um trabalho.” (ACS 02)

“Eu estava desempregada, [...] e não sabia que era pra ser agente de saúde. Pra mim, era pra ser agente de endemias. [...] Chegou um documento na associação que eu fazia parte, e aí eu fui me inscrever sem saber o que era [...] a função de agente de saúde”. (ACS 03)

Os depoimentos destas ACS contribuem para identificar duas condições associadas à escolha da profissão: *desemprego* e *desconhecimento*. Ambas referem-se a uma circunstância vivida pelo sujeito (“estar desempregado”, “estar desinformado”); e estabelecem entre si uma relação hierárquica: a primeira sobrepõe-se à segunda em grau de importância. Esta compreensão contraria a lógica que estabelece a vocação como um aspecto basilar para o exercício de um ofício, sobretudo ao se tratar de mulheres e de uma função cuja atribuição principal é a oferta de cuidado.

A identificação com o trabalho surge a medida que ele é desempenhado, a exemplo do afirmado por agentes comunitárias que exercem o cargo desde a conversão da unidade de saúde em uma ESF, ocorrida há 12 anos. Sua permanência na função é atribuída principalmente ao fato de gostarem, se sentirem recompensadas e realizadas com suas atribuições; e resulta da estreita aproximação com as pessoas da comunidade.

“(...) Depois veio conhecer o trabalho e eu gostei, é bom. (...)” (ACS 02)

“(...) Eu acabei encontrando assim uma coisa que eu gosto muito de fazer.” (ACS 01)

“(...) Então, eu me realizo, eu me dedico.” (ACS 03)

A afinidade com o trabalho é reafirmada a medida que a prática profissional motiva mudanças positivas em algumas condutas adotadas pelos/as ACS, no âmbito pessoal e profissional. Neste caso, a modificação do comportamento assinala uma interlocução favorável entre as esferas pessoal e profissional. Uma das agentes comunitárias observa que a necessidade de manter uma postura ética no atendimento da população estimulou-a a manter o sigilo sobre o relato dos moradores durante as visitas domiciliares, mesmo quando se trata de alguém conhecido: *“Eu vejo a evolução de como eu me modifiquei bastante, [...] porque pra você adentrar na casa de uma pessoa, mesmo você conhecendo, você tem que ter a ética, o que acontecer tem que ficar entre você, o médico e a pessoa.” (ACS 03).*

Outro exemplo a ser referido é a adoção de hábitos mais saudáveis por ACS. Conforme explica uma das profissionais, o exercício da função permite tomar conhecimento das próprias

condições de saúde, o que favorece o cuidado consigo e com sua família. A atuação no contexto de uma ESF colabora para cercar-se de outros/as profissionais de saúde, o que reforça o autocuidado, de acordo com o paradigma biomédico. O mesmo pode ser afirmado em relação à perspectiva preventiva de atenção à saúde sobre a qual se apoia o serviço, que passa a ser incorporada na rotina do/a profissional:

[...] Eu vim saber que eu era hipertensa aqui no trabalho [...]. Pra mim, foi (bom) saber que tem que cuidar até da minha saúde. Porque a gente também não andava em médico [...]. E hoje eu fico dentro do posto de saúde. Então é mais fácil eu cuidar da minha saúde do que antes. Até da minha família. (ACS 05)

O depoimento de outra ACS corrobora esta perspectiva:

A prevenção é importante demais. [...] Eu sempre fui sedentária, e tava (sic) de sobrepeso, e sou hipertensa. E aí, a partir disso, mesmo, há pouco tempo, eu mudei completamente a minha forma de ver, de ser. Porque eu [...] Vou na casa da família, falo que você tem que fazer isso, fazer aquilo e, no entanto, até eu mesma acabava não fazendo. (ACS 01)

As declarações acima definem dois conteúdos relacionados à condição de *afinidade com o trabalho: realização pessoal e autocuidado*. Por sua vez, ambos fazem referência a um aspecto importante acerca do processo de cuidar: o crescimento pessoal e profissional proporcionado pela experiência do cuidar.

Segundo Waldow e Borges (2008, p.768-769), o momento do cuidar possui um caráter transformador que afeta o cuidador e o sujeito alvo do cuidado. A enfermidade confere ao sujeito maior fragilidade, o que acentua sua vulnerabilidade. Caso o momento de cuidar seja caracterizado por uma relação amistosa, respeitosa e de confiança estabelecida com o/a profissional de saúde; e que este/a ofereça informações esclarecedoras sobre o indivíduo (ex. sua condição de saúde, sua condição existencial no momento), esta experiência contribuirá para que o sujeito se reestabeleça; adote uma atitude mais positiva e serena frente ao agravo para a saúde; enfrente as dificuldades com mais segurança; e estabeleça planos futuros. Ou seja, o “sentir-se acolhido, protegido, bem cuidado” ameniza esta vivência. Por outro lado, o encontro de cuidar oferece ao/à profissional a oportunidade de conhecer melhor o outro e a si mesmo; e adquirir mais conhecimento, experiência, segurança e confiança, o que se traduz em sentimentos como satisfação, sensação de dever cumprido e bem estar. Portanto, possibilita que evolua pessoal e profissionalmente – aspecto que diz respeito ao autocuidado.

A expressão “cuidador”, adotada na perspectiva destas autoras, refere-se indistintamente aos/às profissionais de uma equipe de saúde. Assim, o crescimento pessoal/profissional não

pode ser apontado como um fator que diferencia o/a ACS dos demais membros de seu grupo de trabalho. O que reafirma esta distinção é o vínculo estabelecido pelo/a agente comunitário/a com o território e as pessoas que o habitam, conforme citado anteriormente.

A existência do vínculo entre ACS e território já figurou entre os pré-requisitos para o desempenho desta função. Inicialmente, a Portaria nº 1.886/1997 exigia daquele que se candidatasse ao cargo morar no local de atuação há pelo menos dois anos. Esta imposição foi revista posteriormente através da Lei nº 10.507/2002, que passou a demandar do/a profissional residir no território apenas para início e continuidade do exercício da profissão, e não necessariamente restrito à microárea a ser coberta pelo/a ACS.

O vínculo com o território se intensifica proporcionalmente ao tempo em que o/a agente comunitário/a reside no local, a exemplo de profissionais que chegaram ao bairro com apenas um ano de idade e permanecem por lá até hoje. Esta relação duradoura é estratégica para aumentar a adesão e a eficácia das ações de educação em saúde propostas pela ESF.

Há outro modo de conceber o vínculo entre o/a agente comunitário/a de saúde e a área: trata-se da relação estabelecida com a população do bairro, intermediada pelo desempenho de sua função. Neste caso, o sentido do enlace se baseia na transição de *adscrição* - entendida como “um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado” - para *vínculo* - definido como a “construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de co-responsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012a, p.21).

O vínculo é positivo para as pessoas da comunidade, pois favorece o cuidado com a sua saúde. Para o/a ACS, no entanto, é ambivalente: assim como é retratado como um aspecto positivo, capaz de beneficiá-lo/a nos âmbitos pessoal e profissional, pode lhe afetar negativamente.

A construção de um vínculo duradouro com as pessoas da comunidade, sobretudo quando o/a ACS reside no bairro, facilita o acesso às residências de sua microárea. Isto permite o monitoramento constante da saúde dos habitantes por meio do acompanhamento do uso das medicações, do estímulo para comparecerem às consultas ou realizar exames na unidade etc. O/A ACS relata sentir-se satisfeito/a ao contribuir para a melhoria das condições de saúde dos/as moradores/as; e recompensado/a ao perceber que este progresso (ex. o controle de diabetes ou pressão alta, a melhora no estado de uma escara etc.) é resultado de sua preocupação

e trabalho permanentes, ao acompanhar as pessoas e auxiliá-las a cuidarem de si. Neste sentido, o cuidado oferecido para a comunidade contempla tanto aspectos materiais (ex. medicamento, realização de curativo) quanto aspectos intangíveis (ex. escuta sensível, palavra atenciosa de estímulo).

Para outros/as agentes comunitários/as de saúde, ao contrário, o exercício da profissão possibilita aprofundar seu entrosamento com os demais moradores, antes restrito ao contato com vizinhos próximos; e contribui para a existência de um sentimento mútuo de bem querer, similar ao sentido muitas vezes entre pessoas de uma mesma família. Embora este apreço não seja generalizado, é visto como genuíno.

O trabalho favorece o estabelecimento mútuo de confiança; e o sentimento de gratidão que emerge do cuidado oferecido aos/às moradores/as é retribuído ao/à profissional. Ao realizar as visitas na área, quando não se sente bem ou está aborrecido/a com algo, há situações em que o/a ACS é acolhido/a pelo indivíduo e/ou sua família, que o/a escuta e se esforça por melhorar seu ânimo ou contribuir para resolver o que lhe aflige. Por vezes, esta atenção é materializada em presentes oferecidos ao/à profissional, ainda que modestos. Estas situações sugerem um posicionamento humilde por ambos os lados, próximos até de um sentimento de menos valia, pois do mesmo modo que a população nem sempre se sente merecedora da atenção que lhe é dispensada, o/a ACS julga o carinho que recebe fruto de uma “bobagem” (ACS 01), possivelmente uma ação simples de sua parte, ainda que atrelada ao desempenho de seu trabalho. O relato de uma ACS reafirma esta perspectiva:

Eu mesmo era uma pessoa que morava na rua, eu pouco tinha... Conversava só com alguns vizinhos, né? [...]. Às vezes, até a gente, mesmo, não tá muito bem no dia, senta numa casa pra conversar [...] Quando pensa que não, o tempo passou e você melhorou até seu ânimo. Então, acho que de positivo é isso, o vínculo e a confiança que a comunidade tem em você, né? [...] Eles se sentem muito agradecidos, às vezes por uma bobagem, né? [...] A gente tá fazendo o nosso trabalho. [...] Quando chega final de ano, ou até sem ser final de ano, mesmo, eles quer agradecer a gente com uma lembrancinha, até um sabonete. [...] O vínculo que a gente acaba criando, mesmo, como se fosse pessoas da nossa família. Não são todos, né? Mas algumas famílias, é. (ACS 01)

Esta lógica permite elencar duas condições: o *vínculo* (com a comunidade e o território) e a *confiança* (estabelecida com os sujeitos alvo do cuidado). Ambas devem ser compreendidas em sua íntima relação com a categoria de análise discutida neste trabalho: o *cuidado* (oferecido pelo/a ACS).

Os estudos de Waldow e Borges (2008), Arias (2000) e Oliveira (2002) acerca do processo de cuidar, referidos na Introdução, esclarecem que o cuidado somente se configura desta forma quando as intervenções e procedimentos técnicos são marcados por características como solidariedade, gentileza, interesse etc. entre dois sujeitos. Caso a relação entre o/a profissional de saúde e o sujeito recaia em objetificação, enquadra-se em uma situação de não-cuidado.

Os “aspectos intangíveis” do cuidado oferecido pelo/a ACS; a estima que resulta da aproximação com pessoas da comunidade e do estabelecimento de uma relação de confiança mútua remetem ao conceito de “cuidados invisíveis” discutido no estudo de Arias (2000). A restauração da saúde vai além da ordem física, na medida que cuidar é também auxiliar o sujeito a lidar com o medo, ansiedade, incapacidade ou outra limitação; e envolve sentimentos como confiança e apoio. Este posicionamento, aliado ao respeito à singularidade e às especificidades culturais do sujeito que recebe o cuidado, garante a integralidade e a humanização da atenção em saúde. Conseqüentemente, o vínculo entre cuidador e o sujeito alvo do cuidado é reiterado, similar a um sistema que se retroalimenta.

O estabelecimento do enlace entre ACS e morador/a do bairro é paulatino, e implica na transição da representação do/a ACS como “vizinho/a” para “profissional de saúde” pela comunidade. Na medida que esta relação se fortalece, as pessoas depositam mais confiança no/a agente comunitário/a. Conseqüentemente, ele/a passa a ser considerado/a uma referência no cuidado à saúde, como explica uma ACS:

No início, normalmente, eles (moradores) ficam meio receoso (sic) [...]. E aí você já [...] Passa pra ter outra intimidade na vida da pessoa. Que antigamente (nome da ACS 05) é minha vizinha; hoje [...] vai entrar na minha casa como uma profissional de saúde. [...] Então quando a gente começa a conversar, é que as pessoas cria confiança. [...] Aí tudo é o agente de saúde. (ACS 05)

Curiosamente, este vínculo pode prejudica-lo/a em sua prática profissional. É o caso de moradores/as que permanentemente desqualificam o trabalho do/a ACS por se tratar de um/a técnico/a oriundo da comunidade. Ao pensarem deste modo, as pessoas ignoram advertências e recomendações dadas pelo/a agente de saúde. Por exemplo: há pessoas que não conservam em bom estado o cartão⁶⁸ da família, embora isto seja possível; Outras exigem ser atendidas na

⁶⁸ Nas unidades da rede básica de saúde, as famílias cadastradas entre a população adscrita são simbolizadas por *envelopes* que permanecem sob os cuidados dos/as ACS, nos quais são anotados os nomes de todos os seus integrantes; e os *cartões* servem de referência para o atendimento de qualquer um de seus membros na unidade de saúde.

ESF a seu modo, sem considerar os trâmites institucionais. Para os/as ACS, esta atitude traduz uma “*falta de esclarecimento*” (ACS 01), e não é atrelada a um perfil específico de pessoas dentro da população atendida.

As contribuições de Simmel (1983, p.184-185) auxiliam a compreender por que o empenho do/a ACS não é reconhecido e valorado da mesma forma por todos na comunidade. O fato de uma pessoa ser (ou não) originária de um grupo determina seu nível de proximidade em relação às qualidades que caracterizam este coletivo, o que explica a posição que lhe será atribuída pelos demais membros. As relações pessoais são estabelecidas sobre traços comuns, a despeito da existência de diferenças individuais; e envolvem proporções distintas de proximidade e distância. Quanto mais o indivíduo estiver organicamente vinculado aos outros integrantes por meio de laços de parentesco, localidade ou ocupação; mais estará “submetido a componentes ou tendências peculiares do grupo”; mais estará sujeito a interesses ou influências familiares, políticas etc. como os demais; mais estará atrelado a obrigações (ex. preconceitos, hábitos, piedade ou outros critérios) que comprometam sua “percepção, entendimento e avaliação” da realidade. Isto irá definir sua participação no grupo, ou seja, a maneira como os outros participantes irão interagir com ele subjetiva e objetivamente.

Na medida que os traços comuns entre dois indivíduos que compõem uma relação são igualmente comuns no âmbito do grupo, a base unificadora - representada por partilhar algo - não estabelece dependência entre os sujeitos. Ao contrário, acrescenta um sentimento de frieza e contingência ao vínculo. Este raciocínio, proposto por Simmel (1983), permite pensar que a condição comum de ser morador do bairro, partilhada entre o/a ACS e um/a habitante do lugar, caracteriza igualmente toda a população do território. Para algumas pessoas, isto fragiliza sua relação com o/a agente comunitário/a de saúde, o que resulta na falta de credibilidade atribuída ao trabalho deste/a profissional.

A familiaridade do/a agente comunitário/a de saúde com os/as moradores o/a afeta negativamente na esfera privada. Constantemente e indiscriminadamente, o/a ACS é interpelado/a fora do horário de trabalho, o que representa um grande incômodo. A população age deste modo por buscar algum tipo de assistência; solicitar informações relacionadas ao funcionamento do posto de saúde ou por acreditar que o/a ACS tem acesso livre às medicações da ESF e pode levá-las consigo para casa. Este assédio costuma ocorrer a qualquer hora e em qualquer lugar: durante a noite, nos finais de semana, nos momentos de lazer do/a ACS ou até mesmo em sua residência. Isto ocorre a despeito do/a agente comunitário/a orientar as pessoas

continuamente, durante anos, a este respeito. Ainda assim, a tentativa de alguns/mas profissionais em preservar sua vida privada ao estabelecer limites nesse sentido (com firmeza, porém sem grosseria) habitualmente é mal interpretada pela população.

De acordo com Souza e Freitas (2011), o fato do/a ACS ser, simultaneamente, morador/a e trabalhador/a da ESF no bairro o/a torna um referencial permanente de informação acerca da atenção em saúde oferecida pelo serviço. O/a ACS é investido/a do papel de intermediador/a entre a institucionalidade e a comunidade; e reconhecido/a como um/a aliado/a e porta voz das necessidades coletivas. Aos olhos da população, ele/a vive continuamente a condição de agente de saúde. Isto o/a priva de vivenciar a comunidade como mais um dos seus membros (ex. o vizinho de..., a comadre de..., o representante de... etc.); e o/a distancia da vida cotidiana que possuía antes de tornar-se um/a cuidador/a.

Estes autores referem ainda o confronto entre as histórias individuais dos/as ACS marcadas por projetos, expectativas e desejos; e a organização do trabalho alheia a estas trajetórias pessoais. A impossibilidade de corresponder à idealização de sua competência no sistema de saúde, elaborada por si mesmo/a; e atender satisfatoriamente às demandas da população provoca-lhe sofrimento psíquico.

A reflexão sobre estes aspectos permite retratar a *familiaridade* como mais uma condição depreendida do discurso dos/as ACS; e torna oportuno diferenciá-la da condição de *vínculo* apontada anteriormente.

A familiaridade contribui para o estabelecimento do vínculo entre o cuidador e o sujeito que recebe o cuidado, embora não seja imprescindível para que este enlace ocorra. Como exemplo, é possível citar o/a médico/a e o/a enfermeiro/a que fazem parte da equipe de trabalho de um/a dos/as ACS. Embora não sejam naturais do bairro, são reconhecidos/as pela comunidade como técnicos/as de referência para o cuidado de sua saúde, e é comum ouvir depoimentos nos quais são referidos/as com carinho por moradores/as.

Por outro lado, ser familiar não é suficiente para garantir o estabelecimento de um vínculo entre o/a profissional de saúde e o sujeito. Tampouco favorecer o surgimento de uma postura cúmplice e atenciosa, a exemplo da desqualificação e do assédio fora do expediente sofrido pelos/as ACS. Ou seja, o vínculo resulta na familiaridade, embora a familiaridade não implique, necessariamente, o estabelecimento de um vínculo. Esta lógica é igualmente válida na atenção à saúde do usuário de crack (o que é abordado no Capítulo 5). Neste sentido, a condição *familiaridade* revela-se ambígua: ora favorece a atuação do/a ACS, ora a prejudica.

A compreensão sobre o vínculo e outros aspectos relativos ao desempenho da função de agente comunitário de saúde se amplia ao ser relacionada à legislação que lhe diz respeito. A Política Nacional de Atenção Básica estabelece que o/a agente comunitário/a de saúde é responsável por zelar pela saúde da comunidade da qual é integrante, e entremear o contato entre os/as demais moradores/as e a unidade de saúde. Isto inclui: contribuir para o levantamento, mapeamento e diagnóstico de problemas de saúde que acometem a comunidade; identificar áreas de risco; trabalhar com base na adscrição de famílias; cadastrá-las e manter este registro atualizado (BRASIL, 2012a; SOUZA E FREITAS, 2011). Ao mesmo tempo, este/a profissional deve realizar:

(o) acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2012a, p.49-50).

Conforme o Art.2º da Lei nº 10.507/2002, responsável por instituir a profissão de agente comunitário, a atuação deste profissional:

Caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local (BRASIL, 2002, p.1).

O conjunto de ações que compõem o trabalho do/a ACS é sintetizado na preocupação dirigida ao Outro, e é considerado muito importante pelo/a próprio/a profissional. O trabalho é pautado na busca ativa – “partilhada pela equipe, mas vivida intensamente pelos agentes de saúde”, como ressaltam Tavares, Caroso e Santana (2015, p.504). O monitoramento e provimento de orientações para as famílias ocorre por meio da realização de visitas domiciliares periódicas, sobretudo para pessoas que não possuem condições de se deslocar até a unidade devido às suas limitações de saúde e/ou psicofísicas (BRASIL, 1997, 2001).

Conforme referido no Capítulo 2, as visitas domiciliares incluem, quando necessário, os demais membros da equipe e/ou de instituições que integram a Rede de Atenção à Saúde, como o CAPS e o NASF. A circulação no território, porém, possui uma especificidade: ainda que o/a ACS tenha liberdade de realizar visitas domiciliares sozinho/a, sem a presença dos/as demais profissionais da unidade, o inverso não é verdadeiro. Sua presença é obrigatória em qualquer investida nas microáreas: *“Qualquer visita na microárea, só com um Agente Comunitário. Curativo, tudo.” (ACS 01)*

Cunha e Sá (2013, p. 67) destacam que no contexto do deslocamento no território, a relação entre as categorias profissionais é inversa ao observado na relação intramuros: ACS ganham centralidade sobre o trabalho dos/as demais profissionais, em oposição à atuação nas dependências da unidade, pautada na atuação do/a médico/a. Para estas autoras, isto remete ao “reconhecimento de uma experiência prática construída no trânsito pela comunidade”.

A mediação entre comunidade e serviço, operada pelo/a ACS, consiste em um elemento fundamental na lógica da assistência em saúde no âmbito da Atenção Básica, pois se apoia na compreensão de que cabe ao serviço buscar e adaptar-se ao sujeito, e não o inverso. Ao mesmo tempo, singulariza a atuação do/a ACS se comparada à atuação dos/as outros/as colegas de equipe, pois cabe a ele/a servir de guia aos/às demais profissionais e mantê-los atualizados acerca da situação de saúde das pessoas da comunidade e da dinâmica do território. Em palavras de Cunha e Sá (2013, p. 67), “os ACS tornam-se os ‘olhos’ da equipe no território”.

A legislação determina que um/a ACS seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas (BRASIL, 2002). Esta recomendação não corresponde à realidade dos/as ACS da ESF Úrsula Catharino. Conforme seus relatos, há agentes comunitários/as de saúde responsáveis por supervisionar até 172 famílias, cada uma delas composta por desde uma (01) pessoa a até 13 membros, entre as diversas microáreas. Há um descompasso entre a quantidade limite de famílias a ser monitorada por cada agente comunitário, preconizada por esta lei, e a prática dos/as ACS.

A diferença resulta da confluência de diferentes fatores, a exemplo da quantidade insuficiente de profissionais para realizar este trabalho. Os/as ACS mencionam que, ao longo do tempo, alguns colegas abandonaram a função por motivos diversos (ex. mudança de ocupação, falecimento etc.) e, até o momento, a gestão municipal não designou novos/as ACS para assumir seu lugar. Consequentemente, algumas famílias permanecem sem um agente comunitário de saúde de referência.

Para garantir o acompanhamento destas pessoas, alguns/mas profissionais foram designados/as a incluir algumas destas famílias entre aquelas pelas quais já são responsáveis. Ou seja, estes/as ACS deve prover o cuidado para uma quantidade maior de famílias, além daquelas existentes em sua microárea. Isto sobrecarrega o/a agente comunitário/a; e precariza o cuidado oferecido para a população, ainda que o/a ACS recorra aos/as demais técnicos/as da ESF e da Rede de Atenção para realizar este trabalho.

Deste modo, deixa-se de atender à Política Nacional de Atenção Básica no que se refere à cobertura da população adscrita: “o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe” (BRASIL, 2012a, p.49).

Outra estratégia utilizada por ACS para assegurar a continuidade da assistência dada às famílias consiste em articular o seu trabalho com o de outro/a colega, devido à contiguidade de suas microáreas. Os/as profissionais se revezam no acompanhamento de determinadas famílias. Isto foi explicitado em mais de uma ocasião, a exemplo do ocorrido durante a visita guiada a uma das microáreas: a ACS 07 sugere que eu e ela acompanhemos o ACS 10 em uma visita à microárea dele, visto que a área de atuação de ambos “*é bem integrada*” (ACS 07). Em outra circunstância, o ACS 08 explica que eventualmente partilha com a ACS 09 a responsabilidade de prover diariamente medicação de tratamento contra tuberculose a um senhor alcoolista que mora próximo ao limite entre suas microáreas. Embora exista uma delimitação territorial bem definida entre as microáreas; e cada ACS seja responsabilizado/a pelo cuidado das famílias identificadas dentro deste perímetro, é possível haver a supervisão de um mesmo núcleo familiar por mais de um/a profissional - ainda que apenas um/a dos ACS seja o agente comunitário de referência para aquela família.

ACS mulheres recorrem ao trabalho em parceria com colegas, especialmente para escapar do risco e/ou da prática de assédio sexual cometido por alguns moradores homens, durante a realização de visitas domiciliares. Ouvi inúmeros relatos a este respeito. A ACS 11 lembra o caso de uma colega que escapou pela janela ao perceber que um morador que a recebeu em casa sozinho agiu estranhamente e trancou a porta (o que não é comum). A ACS 07 explica que após ser alvo de galanteios inconvenientes e insistentes de um dos moradores de sua microárea, passou a visitá-lo somente acompanhada pelo ACS 10. Nas visitas guiadas às microáreas acompanhada por uma ACS, ou mesmo quando havia outras profissionais conosco (ex. técnica de enfermagem, ACS etc.), foi comum presenciar homens que nos dirigiam olhares lascivos. Alguns nos recebiam em suas casas trajando apenas cueca samba canção.

As ACS adotam outras precauções. Caso o morador esteja sozinho na ocasião da visita domiciliar, e a ACS esteja desacompanhada, ela não entra. A abordagem é realizada do lado de fora da residência. A ACS 03 menciona que em situações nas quais constata que o morador quer recebê-la trajando apenas cueca, ela declara que irá aguardar que ele “*se vista*”

adequadamente (pôr um short ou bermuda) para realizar a abordagem. Esta postura é assumida igualmente pela ACS 16, diante de moradoras que insistem em recebê-la em casa vestindo apenas uma calcinha, cientes de que ela é homossexual. É válido referir que as ACS não atribuíram estas situações a moradores do bairro usuários de crack.

Além de visitas domiciliares, ACS são responsáveis por desenvolver no território ações coletivas e intersetoriais diversificadas, a exemplo de pesagem de crianças, campanhas de vacinação, apresentação de palestras educativas etc. Os temas abordados são igualmente variados, como prevenção de IST e gravidez na adolescência; saúde durante e após a gestação; saúde bucal; educação nutricional; direitos humanos; preservação do meio ambiente; uso de drogas, entre outros. As atividades podem ser realizadas nas dependências da unidade de saúde (ex. Grupo de Adolescente⁶⁹, Grupo de Idosos), nas residências (ex. acompanhamento de puérperas, realização de curativos, exames de laboratório e vacinas para acamados e idosos) ou em outros espaços da comunidade nos quais se construiu uma atuação em parceria, como a escola e centros comunitários (BRASIL, 1997, 2001).

Apesar do trabalho ser destinado a todos/as da comunidade, é dada ênfase ao cuidado junto a públicos específicos, como crianças de 0 a 5 anos, adolescentes, mulheres (especialmente gestantes), idosos e portadores de doenças crônicas (ex. diabetes, hipertensão) (BRASIL, 1997). Cabe destacar que “os agravos do sexo masculino” foram oficialmente considerados “verdadeiros problemas de saúde pública” somente a partir de 2009, por meio da promulgação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, como referido anteriormente. Contudo, este segmento surge preterido nos depoimentos de algumas ACS, que não o mencionam ao descreverem o público-alvo de seu trabalho:

“Fazer com que a gestante vá ao médico, o diabético vá ao médico, o hipertenso.” (ACS 02)
“Eu acompanho todas as famílias. Principalmente gestantes, crianças até dois anos, [...] hipertensos e diabéticos.” (ACS 01)

O imperativo de atender a públicos-alvo variados exige do/a profissional plasticidade para lidar com preferências, necessidades, demandas, limitações e interesses diversos. Ao mesmo tempo, reafirma a multifuncionalidade atribuída ao/à ACS. A atuação do/a ACS em frentes de trabalho simultâneas, distintas, variadas e transversais (saúde/doença, educação/informação, prevenção/assistência), em contato direto e constante com a comunidade, corresponde a mais uma distinção entre ele/a e os/as demais trabalhadores/as da área de saúde

⁶⁹ Atualmente, as atividades do Grupo de Adolescentes estão suspensas.

(SOUZA E FREITAS, 2011). ACS constituem a “linha de frente” do trabalho, devido à sua maior exposição, maior visibilidade ou maior avanço numa atividade, se comparados/as aos/às demais técnicos/as.

As orientações dos/as enfermeiros/as responsáveis pelas equipes de trabalho e o fato do/a ACS ser convocado/a para participar eventualmente de treinamentos não são suficientes para assegurar que sua atuação seja especializada. Neste sentido, é relevante investigar *se e como* a diversidade de ações e a ausência de especialização da atuação do/a agente comunitário/a de saúde incidem sobre a concepção de saúde e de cuidado que este/a profissional elabora e põe em prática por meio de suas ações.

Embora a valorização das especificidades do sujeito que recebe o cuidado seja uma condição essencial para que o processo de cuidar se estabeleça satisfatoriamente, a superposição de exigências pode significar para o/a ACS uma sobrecarga de trabalho. O acúmulo de tarefas, a variedade excessiva de demandas e a formação profissional generalista são fatores que precarizam o cuidado que o/a agente comunitário/a de saúde dirige para o Outro, por torná-lo essencialmente superficial.

A abordagem de usuários de crack é somente uma entre inúmeras atribuições, o que contribui para o questionamento do grau de excelência que pode ser exigido da atenção em saúde oferecida pelo/a ACS para estes homens. É oportuno problematizar ainda em que medida a multifuncionalidade característica da atuação do/a agente comunitário/a de saúde possui conexão com: a) a obstinação do público masculino em recorrer ao serviço para cuidar de sua saúde; b) a abordagem em saúde de usuários de crack realizada por ACS, pautada na evitação e; c) a implementação de ações previstas por políticas públicas que dizem respeito ao cuidado de homens adultos que consomem crack.

A multifuncionalidade pode favorecer a resistência masculina em buscar o serviço de saúde devido à limitação do/a profissional em propor e realizar ações que atendam adequadamente as especificidades das demandas deste público. De modo similar, o/a ACS pode sentir-se despreparado/a para abordar e lidar com usuários de crack, ainda que desenvolva estratégias pertinentes que assegurem o cuidado destes homens - o que é explorado no capítulo seguinte. A ampla variedade de ações que o/a ACS é convocado/a a desempenhar pode resultar da sobreposição de ações dirigidas, determinadas por políticas públicas distintas.

Assim, a *multifuncionalidade* é uma condição relacionada a dois conteúdos: a *generalidade* da atuação do/a ACS e a *superficialidade* do cuidado dirigido a outrem.

Os aspectos discutidos até o momento sobre o trabalho do/a ACS possibilitam traçar conexões entre as condições deduzidas de suas declarações e a noção de cuidado elaborada por estes/as profissionais. Esta implica: a existência de *familiaridade*, o estabelecimento de *afinidade*, o fortalecimento da *confiança*, o desempenho de *ações* diversas e a constituição de um *vínculo*. Grosso modo, estes cinco fatores compõem um “sistema” que funciona de modo bidirecional e se retroalimenta.

Por um lado, a existência de familiaridade entre o/a ACS e o/a morador/a do bairro contribui (ainda que isto não possa ser generalizado) para o estabelecimento de uma afinidade entre ambos/as, o que favorece a constituição de um sentimento mútuo de confiança e o fortalece. Isto aproxima o/a ACS da rotina do sujeito, que o/a autoriza a desenvolver seu trabalho. Os bons resultados das intervenções, representados por melhoras na saúde física e psicológica do/a morador/a, colaboram para que este/a valorize o trabalho do/a ACS e recorra a este/a profissional diante de novas situações de agravo para sua saúde e/ou necessidade de apoio psicológico. Estabelece-se, portanto, um vínculo entre ambos/as. Este enlace reafirma a familiaridade, a afinidade e a confiança, o que favorece o/a ACS a continuar desempenhando ações de cuidado – pesagem, vacinação, acompanhamento domiciliar etc. Consequentemente, o vínculo entre o cuidador e o sujeito alvo das ações de cuidado é intensificado.

A lógica inversa é igualmente verdadeira: a pré-existência de um vínculo entre morador/a e ACS permite ao/a profissional desenvolver satisfatoriamente e com assiduidade as diferentes atividades previstas em seu trabalho, junto a este sujeito e sua família. Isto atende às expectativas do/a morador/a, além de acentuar a confiança, a afinidade e a familiaridade já consolidadas entre ambos/as.

É possível apontar uma relação de correspondência entre o conceito de cuidado elaborado por ACS da ESF estudada e aquele preconizado pelo processo de cuidar, adotado inicialmente como referência teórica para as discussões deste trabalho *se* a multifuncionalidade do/a ACS incluir o provimento de informações adequadas à singularidade e à realidade sociocultural do/a morador/a do bairro; e for permeada pela confiança, de modo a favorecer a afinidade e o vínculo entre cuidador e sujeito (ainda que a familiaridade entre ambos não esteja consolidada).

Contudo, uma pergunta é pertinente: esta noção de cuidado permanece a mesma quando o alvo do cuidado é o homem adulto que consome crack? A investigação de outros aspectos relacionados ao desempenho do trabalho deste/a profissional no decorrer deste capítulo; e a

discussão sobre o cuidado provido ao usuário de crack no capítulo seguinte contribuem para esta reflexão.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a carga horária semanal de trabalho dos/as profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família corresponde a uma jornada de 40 horas⁷⁰ (BRASIL, 2012a). A jornada de trabalho do/a ACS estende-se de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h; e é descrita como “flexível” (ACS 02) por ser associada à liberdade do/a profissional em organizar seu dia de trabalho – previsivelmente de acordo com as diretrizes do serviço e de sua equipe de trabalho.

A atuação em tempo integral é marcada por vantagens e desvantagens, na perspectiva do/a ACS e da comunidade, o que repercute sobre o ato de cuidar do/a agente comunitário/a. Sua carga horária revela-se incompatível com a rotina de algumas famílias, o que impossibilita o acompanhamento adequado de sua saúde. Isto significa que na ocasião em que o/a ACS chega à microárea, a família está saindo para ir trabalhar; quando esta retorna para casa, o/a ACS já encerrou seu expediente. São as “áreas dormitórias”, como relata uma das ACS: “É uma ‘área dormitória’. [...] Tem um prédio, mesmo, que eu não consigo entrar. Os pessoal (sic) tá saindo a hora que eu tô indo trabalhar, então quando eles chegam (em casa) é a hora que eu tô indo (embora), então dificilmente eu consigo encontrar algumas pessoas.” (ACS 02)

Há situações nas quais o/a agente comunitário/a de saúde consegue adaptar seu horário de trabalho, e isto permite dar continuidade à assistência para a população do bairro. É o caso de uma das ACS que se prontificou, juntamente com outra colega, a auxiliar duas técnicas do Estado, vinculadas a outra instituição, responsáveis por realizar exames de laboratório na unidade, às manhãs de segunda-feira. Seu depoimento esclarece que se trata de um compromisso pessoal, motivado por sua preocupação em servir à comunidade; e o retorno é representado pelo reconhecimento da sua iniciativa pelos moradores:

Pra ter o laboratório, [...] eu e outra colega, [...] nos dispomos a vir toda segunda-feira, [...] E aí eu pegaria o trabalho seis e meia da manhã [...]. As pessoas se sentem agradecidas por isso. [...]. Ninguém quer ficar, porque ninguém quer acordar cinco e meia da manhã em plena segunda-feira pra vir ajudar a comunidade. Porque se a gente deixar de vir, as meninas vão deixar de vir fazer a coleta. (ACS 01)

Seu empenho pessoal, portanto, se confunde com a esfera técnica, ao mesmo tempo em que a extrapola. Há ainda ocasiões atípicas, em que toda a equipe é mobilizada para atuar

⁷⁰ Isto não se aplica aos/às médicos/as, que podem atuar em mais de uma unidade de saúde em regime de 20 horas; ou em um mesmo local durante 30 a 40 horas semanais (BRASIL, 2012a).

durante o sábado, caso seja observada baixa adesão em uma atividade proposta ao longo da semana. Esta estratégia foi empregada, por exemplo, nas ações educativas voltadas especificamente à saúde do homem, relatadas anteriormente.

Ainda que o/a agente comunitário/a de saúde desenvolva uma ampla gama de ações a favor da comunidade, sua relativa autonomia para desempenhar as tarefas diárias e sua circulação intensa pelo bairro comumente são interpretadas por moradores/as como “*não fazer nada*” (ACS 02). Durante o acompanhamento da atuação de uma ACS em sua microárea, testemunhei um depoimento similar, dado por uma moradora enquanto estendia roupas no varal: “*Ela (ACS 02) não trabalha, passa o dia todo de um lado pra o outro.*” Mesmo quando acompanhadas por ACS, algumas pessoas queixam-se da “ausência” atribuída ao/à profissional. Lancman et al. (2009, p.686) complementam esta compreensão, ao atribuírem o não reconhecimento do esforço empregado pelo/a ACS em cumprir o seu papel à invisibilidade e ao alcance limitado das ações executadas por estes/as profissionais.

Outros/as moradores/as, ao contrário, interpretam esta movimentação como reflexo da busca do/a ACS em acionar as pessoas da comunidade, o que os/as motiva a valorizar este trabalho. O reconhecimento da atuação do/a ACS pela comunidade, portanto, é relativo e não pode ser generalizado.

A extensão da carga horária de trabalho é avaliada como um aspecto limitador, até mesmo negativo, pois impossibilita o/a ACS de se envolver em outras iniciativas favoráveis ao seu desenvolvimento profissional e/ou pessoal. O/A ACS, portanto, “*fica preso*” (ACS 03). Esta crítica é atrelada ainda à natureza de sua função. O cargo não permite ao/à técnico/a progredir profissionalmente em seu ambiente de trabalho, ou seja, não desempenhe papéis com responsabilidades maiores e/ou distintas de suas atribuições habituais. Assim, a ampliação e/ou mudança no rol de competências profissionais deve ser buscada, por iniciativa do/a ACS, em outro local. Conforme explica uma das ACS:

Você não vai passar a ser ACS administrativo, ACS gerente, não. Você vai continuar sendo ACS, entendeu? Se você quiser algo, você vai ter que buscar fora, em outro horário, pra você conseguir [...] ser uma outra pessoa... Que você idealizar uma outra profissão. (ACS 03)

As condições materiais de trabalho incidem igualmente sobre a motivação do/a ACS para desempenhar sua função. A Política Nacional de Atenção Básica refere ser uma atribuição conjunta da Secretaria Municipal da Saúde e do Distrito Federal “garantir recursos materiais,

equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas” (BRASIL, 2012a, p. 33).

A insuficiência e/ou ausência de material é um problema referido frequentemente, em diversas ocasiões, por diferentes ACS, o que lhes exige realizar ajustes em sua prática cotidianamente. Para alguns/mas deles/as, isto é representativo da desvalorização do/a profissional pela SMS. Faltam desde apetrechos simples (ex. lápis, caneta, papel, caderno, cartão, envelope) a outros necessários para sua circulação no território, como o fardamento (ex. calça jeans, camisa ou colete, tênis, boné) e/ou acessórios (ex. capa de chuva, bota, protetor solar).

O vestuário do/a agente de saúde é importante para protegê-lo/a fisicamente, ao preservar seu corpo do sol, do mato, da lama, da chuva etc. Ao mesmo tempo, colabora para a sua segurança, pois permite identifica-lo/a no território e distingui-lo/a das demais pessoas que moram ou circulam no local. A farda foi fornecida aos/às ACS inicialmente, à época da reinauguração da unidade. Contudo, alguns/mas profissionais deixaram de utilizá-la por se mostrar inadequada e/ou desconfortável para o desempenho da função, além de haver o desgaste inevitável das peças. Com o passar do tempo, o provimento do uniforme foi suspenso, e até hoje constitui um problema, sendo associado a mudanças na gestão do município. A farda concedida recentemente⁷¹ pela gestão atual não favorece a identificação imediata do/a profissional no território.

A alternativa encontrada consiste em recorrer ao improviso: utilizar as camisas que lhes são fornecidas por ocasião de campanhas realizadas na unidade de saúde (ex. vacina, câncer de mama); adquirir a calça e o tênis através de recursos próprios ou, quando isto não é possível, aproveitar algo que já possui, ainda que seja inapropriado para o ambiente de trabalho. Esta realidade é sintetizada no depoimento de uma ACS:

Nos primeiros anos deram farda. [...] Uma calça nada adequada, muito grossa, muito grande, e não tem como você tá usando. [...] Tênis... Agora, tem alguns anos, eles mandaram... Parou um tempo de mandar. Tênis não vai durar, três, cinco anos, né? Aí tem que tá comprando, ou então tá vindo de chinelo, mesmo. (ACS 02)

⁷¹ A farda concedida pela gestão atual consiste em uma camisa de malha fina cor azul celeste, com mangas e gola em tecido grosso, listradas de branco, típicas de blusa modelo pólo. À frente, lê-se na altura do peito ao lado esquerdo “Secretaria de Saúde”, juntamente com o emblema da prefeitura em um pequeno desenho vasado em cor branca. Nas costas, está escrito em letras grandes “Agente de Saúde”, juntamente com “Secretaria de Saúde” e o emblema da prefeitura. Embora a uniformidade da cor favoreça a identificação do ACS no território, o discernimento acerca de sua função é comprometido pelo fato desta não ser referida à frente da farda, somente às costas.

A falta de cartões, envelopes etc. é contornada por iniciativa do/a agente comunitário/a de saúde, que frequentemente arca pessoalmente com os custos para garanti-los para a população. O provimento dos materiais de escritório e do uniforme pelo serviço não é descrito como um empecilho para realizar as visitas nas microáreas, por não se tratar de uma dificuldade incontornável. Porém, sua interrupção sobrecarrega o orçamento pessoal deste/a profissional.

O baixo salário acentua o sentimento de desvalorização da profissão, pois contrasta significativamente com a jornada de trabalho de 40 horas semanais. Para alguns/mas ACS, motiva igualmente uma postura assertiva, na medida que o/a agente de saúde impõe limites à flexibilização das soluções pessoais para realizar suas tarefas:

Eu sempre faço o que posso. [...] Não estou mais tirando xerox do cartão. [...] Infelizmente, vai ficar sem o cartão e resolver com a gestão, porque não há condição nenhuma. Você já ganha menos do salário mínimo, ainda trabalhar pra poder custear a saúde, fica complicado, né? (ACS 03)

O imprevisto é referido por uma das ACS como “*jeitinho*” (ACS 02); consiste em uma das estratégias à qual o/a profissional recorre para garantir o andamento do trabalho; e reflete seu empenho e/ou dedicação pessoal em cumprir suas obrigações diante das adversidades. Ao mesmo tempo, é um dos fatores que contribui para a informalidade identificada no ambiente da unidade de saúde. Isto se refere sobretudo ao traje utilizado por alguns/as ACS, visto que é possível observá-los/as utilizando short jeans, sandalinhas, chinelo etc. A aparência descontraída, portanto, sinaliza igualmente uma condição estrutural precária: a falta de materiais adequados para o desempenho de sua função.

A atuação do/a ACS está sujeita a um jogo de forças. Fatores que o desestimulam para realizar o trabalho confrontam-se com outros, em sentido inverso. Isto repercute na atenção em saúde ofertada para a comunidade, a despeito das especificidades que caracterizam os diferentes públicos-alvo das ações.

A jornada de trabalho assegura um intervalo de tempo amplo para o desempenho das múltiplas tarefas atribuídas ao/a agente comunitário/a de saúde. A flexibilidade em organizar seu tempo e em cumprir suas responsabilidades favorecem a adequação do trabalho à rotina de vida da comunidade e à atuação de profissionais vinculados às instituições parceiras que atuam no território. Há ainda o esforço pessoal em custear alguns materiais necessários à sua atuação para não comprometer a assistência à comunidade. Todos estes fatores contribuem para qualificar o cuidado oferecido pelo/a agente comunitário/a de saúde.

No entanto, o baixo valor da remuneração; a limitação do seu engajamento em outros contextos de formação técnica e/ou pessoal devido ao horário de seu expediente; o fato de empenho do/a ACS não resultar no progresso de sua carreira e não assegurar o reconhecimento de seu esforço pela população desmotivam este/a profissional. A precariedade das condições de trabalho limita o desempenho do/a ACS e sua capacidade de adaptar-se às circunstâncias. Consequentemente, o processo de cuidar é prejudicado.

Identificar e discutir os limites no exercício da atuação; e buscar estratégias para contornar as dificuldades encontradas são alguns aspectos que fazem parte das “reuniões de equipe” e das “reuniões de unidade”, como são denominadas por profissionais da ESF. Ambas são realizadas na sala reconhecida como “auditório”. Participar destes encontros corresponde a mais uma atribuição dos/as ACS. A dinâmica da ESF e o trabalho do/a agente de saúde são debatidos, planejados e executados de acordo com o calendário e as definições estabelecidos nestas duas ocasiões.

A sessão subsequente descreve os propósitos e a dinâmica das “reuniões de equipe”; trata da construção do processo de cuidar empreendido pelo/a ACS (o que inclui uma reflexão sobre o autocuidado); e detalha a relação estabelecida entre os/as diferentes profissionais da ESF. Em seguida, há uma sessão dedicada à discussão sobre as “reuniões de unidade”, o que inclui o estabelecimento de paralelos entre estas reuniões; e amplia o debate sobre o cuidado dirigido ao cuidador.

4.2 As reuniões de equipe

As “reuniões de equipe” ocorrem semanalmente. O turno e o dia são definidos considerando a dinâmica do atendimento na ESF e das demais equipes, para que todos possam contribuir para a realização dos grupos educativos propostos na unidade (ex. Grupo de Hiperdia⁷²). A escolha leva em consideração ainda a opinião dos/as profissionais que fazem parte da equipe, o que sugere que sua gestão não é radicalmente vertical.

Outro fato que reforça este entendimento é a negociação que permeia a atribuição de tarefas por parte do/a enfermeiro/a responsável pela equipe de trabalho, como pude observar em algumas destas reuniões. Isto é sintetizado no depoimento de uma ACS: “Porque tudo é o

⁷² O Grupo de Hiperdia é destinado ao cuidado de hipertensos.

diálogo. Se caso ver que ali não é por aquele caminho, se pode ser por esse, a gente vai. Minha equipe é uma equipe muito maravilhosa [...]. Nunca é lançado assim, mas em comum acordo: ‘O que é que você acha? Dá pra ser assim?’” (ACS 03).

Este aspecto colabora para compreender a percepção do/a ACS sobre o grau de interferência das decisões tomadas nesta ocasião sobre sua autonomia⁷³ para realizar o trabalho. Para este/a profissional, as diretrizes delineadas nas reuniões direcionam sua atuação, ao invés de a limitarem, a exemplo do depoimento a seguir: *“Faço meu trabalho sem nenhum problema [...]. Não interfere, entendeu? Ao contrário, a gente é que é muito do ousado, às vezes, e interfere (risos).” (ACS 03).*

Mesmo que não seja possível flexibilizar em alguns aspectos, a postura profissional é enfatizada: não é recomendado considerar uma determinação técnica como algo dirigido particularmente ao sujeito:

[...] Pra que o trabalho dê legal, [...] a gente não pode misturar o pessoal com o profissional. Pode não se amar, se beijar 24 horas, mas no profissional, tem que ser profissional, né? [...] O pessoal até depois do portão (de entrada da unidade). Mas aqui dentro (da ESF), não. (ACS 03)

Nestas reuniões, as atividades da equipe são organizadas prevendo o desenvolvimento do trabalho durante a semana e/ou o mês corrente, a depender do que se trata – e, quando possível, o mês seguinte. O planejamento deve considerar igualmente as atividades e prazos determinados nas “reuniões de unidade”, como são denominados pelos/as profissionais os encontros que buscam agregar todos/as os/as funcionários/as da ESF. Como exemplo, é possível citar as capacitações e treinamentos dirigidos aos/às técnicos/as; e o imperativo de realizar algum trabalho durante um período limitado, determinado pela SMS (ex. vacinação).

A programação do trabalho se baseia nas “necessidades de saúde da população”, considerando “critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência”, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a, p.41).

Eventualmente, há necessidade de promover ajustes ou desmarcar ações anteriormente planejadas. Isto ocorre em situações atípicas, como a ausência de algum/a profissional–chave

⁷³ A construção da autonomia do/a ACS implica lidar simultaneamente com a população e com profissionais hierarquicamente superiores. Neste sentido, a autonomia não é considerada algo absoluto, mas mediado pela relação estabelecida com o Outro. Buscar o equilíbrio é um desafio diário. O/a ACS depara-se ainda com a tensão existente entre a autonomia para desempenhar seu trabalho e o controle exercido por práticas gerenciais. Para Cunha e Sá (2013), as estratégias de controle gerencial não são suficientes para dar conta da dimensão relacional do trabalho em ato.

das atividades (ex. médico/a) por motivo de doença ou outro; ou devido aos entraves identificados no repasse de informações para os/as profissionais.

Os/As ACS destacam que nem sempre os informes são repassados em tempo hábil. Embora exista um fluxo formal de comunicação, definido institucionalmente entre a unidade de saúde, a coordenação do Distrito Sanitário correspondente e a Secretaria Municipal da Saúde, a interlocução entre estas três instâncias não é eficiente na prática: “*Não tem essa ligação entre a Secretaria de Saúde, o distrito e a unidade de saúde.*” (ACS 03). O fato dos/as profissionais atuarem “80% na rua” (ACS 03) é mencionado como mais um empecilho para não ser informados com antecedência, o que compromete a participação dos/as agentes comunitários/as de saúde em algumas atividades.

As tarefas habitualmente desenvolvidas nos encontros das equipes consistem em: organizar e agendar as ações previstas para ocorrer na própria instituição ou no território; discutir o acompanhamento e/ou os encaminhamentos necessários para cada um dos casos relatados por ACS; e realizar o levantamento de necessidades e/ou problemas⁷⁴, identificados nas microáreas. Há ainda o acolhimento de angústias ou conflitos vivenciados pelo/a agente comunitário/a de saúde, suscitados por sua atuação; e a discussão sobre problemas pessoais apresentados pelos/as técnicos/as, caso considerem necessário fazer isto em reunião.

As ações que requerem a parceria com outros atores sociais que atuam no território (NASF, CAPS ou a escola vinculada ao PSE) também são discutidas nas “reuniões de equipe” (conforme descrito no Capítulo 2). Embora alguns aspectos da articulação do trabalho não correspondam ao idealizado nas políticas públicas, as ações executadas são interdisciplinares, de base territorial e em rede, como preconizado pelo Ministério da Saúde para a Atenção Básica.

Um trecho do diário de campo sobre uma das “reuniões de equipe” que participei ilustra alguns destes aspectos:

[...] Os técnicos (enfermeira, ACS, técnica do NASF, estudante de enfermagem) estão reunidos em uma mesa redonda, com seus materiais dispostos desorganizadamente no centro. [...] As discussões entre os integrantes são acompanhadas por esclarecimentos dirigidos a mim e à estudante. A enfermeira trata e olha a todos do mesmo modo, embora esteja claro que ela conduz a reunião. A conversa não é caracterizada por relações hierárquicas autoritárias. [...] O clima é cordial. Ao que me parece, as ACS têm autonomia para sair e chegar, opinar e estabelecer entre si conversas

⁷⁴ A análise coletiva das dificuldades enfrentadas por profissionais de saúde na atenção e/ou gestão do trabalho é identificada na Política Nacional de Atenção Básica como “planejamento/programação educativa ascendente”. Similar ao apoio matricial, que incorpora “dispositivos de apoio e cooperação horizontal”, esta análise constitui uma das estratégias voltadas para a educação permanente dos técnicos (BRASIL, 2012a, p.39-40).

paralelas. Há momentos em que todas discutem o mesmo assunto, assim como há outros nos quais dialogam simultaneamente, em duplas ou trios, sobre aspectos diferentes. Por exemplo, as ACS trocam entre si sugestões e/ou orientações sobre como proceder diante de determinadas situações. [...] O assunto principal é o trabalho, mas também partilham entre si aspectos relacionados às suas vidas pessoais, a exemplo de gostos e preferências; ou realizam uma atividade em paralelo, como tomar medicação e merendar. [...] O clima é descontraído. [...] (a certa altura) A ACS 02 [...] compara a unidade de saúde a um 'hospital' e a um 'manicômio': 'só faltam os muros!' [...]. 'Máquina de fazer doido' [...]. Ao final da reunião, um comentário da ACS 04 reafirma este ponto de vista: 'Aqui todo mundo tem um parafuso a menos'. Há ainda espaço para desabafos, a exemplo do depoimento da enfermeira: 'Sai daqui estafada sexta-feira!' (enf. 03). [...] Um caso específico em uma das microáreas é discutido por todos, e a ACS 04 partilha seu desconforto em relação ao comportamento assumido pelo sujeito: 'Dá um ódio quando ele [...]'. A enfermeira busca informar-se acerca da situação em cada microárea: 'Aconteceu algum bafafá na área?'. 'Tudo na paz de Deus, por enquanto', responde a ACS 11. [...]

A negociação e a partilha de saberes que existem por trás do planejamento das ações na ocasião da “reunião de equipe” contribui para diluir as diferenças entre os/as profissionais e estabelecer uma relação dialógica entre eles/as. As piadas assinalam que o ambiente de trabalho e/ou o desempenho das funções é árduo. Satiricamente, seu conteúdo faz referência ao modo como os/as técnicos/as veem sua rotina de trabalho e a si mesmos/as, diante do imperativo de cumprir suas atribuições. Recorrer à estratégia do senso de humor é uma das maneiras de lidar com aspectos considerados angustiantes ou difíceis para os profissionais – papel cumprido igualmente pelo desabafo de conteúdo explícito e literal. Trata-se de mecanismos defensivos contra o sofrimento psíquico resultante do exercício da função (referidos no Capítulo 2).

Acompanhar as discussões sobre o processo de cuidar nas “reuniões de equipe” permitiu identificar aspectos e/ou estratégias a este respeito, como:

1. Discutir encaminhamentos dos casos é algo recorrente. Não se trata de um ponto de pauta específico, mas um elemento indispensável da reunião;
2. O/A ACS relata para os/as colegas de equipe algum caso que chame sua atenção e/ou que lhe é destacado por um/a morador em sua microárea (ex. ACS enfrenta dificuldade para assegurar manutenção do cuidado a uma moradora. Ela não confia no filho e recusa-se a tomar a nova medicação prescrita devido à coloração diferente, o que a fez suspeitar de um embuste). A situação é debatida com o/a enfermeiro/a e os/as demais colegas de equipe, que definem conjuntamente quais medidas, atitudes e julgamentos devem ser adotados (ou evitados) em cada caso. O processo de cuidar é elaborado consoante as características e realidade de vida do/a morador/a, descritas pelo/a ACS;

3. Caso seja necessário, o manejo e/ou encaminhamento do caso é discutido em presença de técnicos/as do NASF e CAPS⁷⁵. Suas intervenções esclarecem e auxiliam os/as profissionais, sobretudo os/as ACS, a lidar com sintomas associados a transtornos mentais que prejudicam a oferta de cuidado (ex. confusão mental, comportamento acumulador compulsivo, delírio persecutório etc.). É agendada uma visita à casa do/a morador/a para o/a técnico/a do CAPS/NASF avaliar pessoalmente a situação e, se for pertinente, ser incluído/a no monitoramento do sujeito e sua família;
4. A atenção em saúde oferecida para o sujeito e sua família deve articular áreas de conhecimento distintas e complementares. Por isso, os/as diferentes profissionais da ESF são implicados no cuidado (ex. agendar uma consulta com o dentista, acionar a técnica de enfermagem para fazer um curativo etc.). Isto reafirma o vínculo formado entre o/a morador/a e a unidade de saúde;
5. Obrigatoriamente, a assistência discutida por membros da equipe deve ajustar-se às condições definidas por instâncias superiores de gestão (ex. imposição do Distrito Sanitário correspondente, por meio de portaria ainda não lançada, exige atendimento de pessoas fora da área de cobertura das ESF existentes, embora não haja vagas suficientes na agenda dos/as profissionais da unidade para arcar com os desdobramentos desta assistência).

A discussões sobre o processo de cuidar nas “reuniões de equipe” revelam outro aspecto importante: a gerência do cuidado é um elemento cultural. A compreensão e a conduta do/a enfermeiro/a responsável por orientar o trabalho do/a ACS são condicionadas por sua comunidade profissional. Seu modo de pensar e (re)agir são um produto do meio cultural no qual foi socializado/a, como explicam Prochnow, Leite e Erdmann (2005).

Segundo estas autoras, o/a enfermeiro/a necessita ter consciência acerca da influência exercida por interesses institucionais e o poder/autoridade representados pelo saber técnico sobre sua prática. Ao direcionar a atuação do/a ACS, cabe a ele/a concilia-los a outros interesses e saberes, individuais e coletivos, igualmente válidos, que coexistem no mesmo espaço social. Ao mesmo tempo, deve fortalecer uma leitura crítica sobre os traços culturais incorporados no seu próprio processo de trabalho.

⁷⁵ A atuação integrada de serviços e profissionais promove ainda ações interdisciplinares *para a/na* comunidade que reúnem instituições atuantes dentro e fora do território. Como exemplo, é possível citar o *Projeto Faz Mais* - embora esta ação específica não dependa exclusivamente da articulação formal entre as instituições para ocorrer.

A gerência do cuidado na perspectiva do/a enfermeiro/a integra-se ao exercício cotidiano do cuidado sob a ótica do/a ACS, e ambos incidem conjuntamente na atenção em saúde oferecida para o usuário de crack. *Gerir* o cuidado depende da *prática* do cuidado para existir. O inverso é igualmente verdadeiro. Ou seja, não é possível concebê-los indissociados de seus meios culturais de origem, tampouco da relação que estabelecem entre si no exercício de seu trabalho. Este raciocínio é similar, se consideramos a relação entre ACS e demais profissionais parceiros/as, vinculados/as ao CAPS e NASF (ex. fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional etc.).

A discussão sobre os casos que necessitam de encaminhamento e/ou acompanhamento nas microáreas, juntamente com a escuta sensível dirigida ao/à profissional, constituem uma medida importante para a reflexão sobre o cuidado, e o exercício do (auto)cuidar. A descrição do/a ACS acerca da situação de saúde de um/a morador/a do bairro oferece, simultaneamente, pistas sobre a noção de (auto)cuidado adotada por este sujeito e/ou sua família, e pelo/a próprio/a agente comunitário/a. Ambas são impregnadas por seus respectivos referenciais socioculturais.

Discutir o cuidado do Outro possibilita ao/à ACS dar-se conta de seu conceito particular de cuidado, ainda que inconscientemente. Do mesmo modo, permite-lhe refletir criticamente sobre a aplicabilidade das informações adquiridas nos momentos de formação e na prática em campo. Garantir a escuta sensível para o/a agente de saúde é necessário, sobretudo diante do fato dele/a julgar sua experiência profissional como algo que adoece ou enlouquece, ou seja, resulta em *descuidar-se*.

Esta compreensão remete à importância de identificar outras estratégias favoráveis ao autocuidado do/a agente comunitário/a de saúde, a exemplo da aquisição de conhecimentos em saúde por meio de formação técnica; a promoção de mudanças de comportamento decorrente do exercício da profissão etc. É igualmente necessário problematizar em que medida estes recursos são suficientes e eficazes para garantir com êxito o processo de cuidado deste/a profissional de saúde; e considerar *se* e *como* estas estratégias repercutem na prática em campo do/a ACS, sobretudo dirigidas ao usuário de crack.

Para alguns/mas ACS, os encontros realizados por cada equipe são considerados “*muito produtivos*” (ACS 03). Isto não significa restringirem-se a aspectos relacionados ao trabalho. Há a valorização de momentos de relaxamento e confraternização entre os/as técnicos/as, e que habitualmente envolvem alimentação, como tomar café da manhã ou o lanche da tarde juntos,

além de celebrar os aniversariantes do mês. Estas ocasiões decorrem tanto *da* colaboração entre os/as integrantes do grupo, quanto resultam *na* colaboração necessária entre eles/as para que o trabalho seja desenvolvido: “*A gente se organiza no horário da reunião de equipe. Se for o aniversário de algum membro, a gente traz um bolo ou um suco e na hora da reunião a gente vai cantando parabéns, vai comendo, vai relaxando e aí flui (risos).*” (ACS 03)

As “reuniões de equipe” permitem compreender a organização do trabalho do agente comunitário, assim como oferecem indícios sobre a *interação* entre os/as participantes. Para Prochnow, Leite e Erdmann (2005), as inter-relações no trabalho *são* inter-relações subjetivas, que se manifestam nas entrelinhas (ex. um olhar, um toque, um silêncio, um movimento do corpo), de acordo com os padrões culturais dos sujeitos envolvidos.

De modo geral, o desenrolar destas reuniões não difere significativamente entre os grupos de trabalho: há o repasse de informes, a discussão de casos, a escuta sobre a situação em cada microárea, a articulação de ações junto a parceiros institucionais etc. O principal diferencial consiste na sua *dinâmica*. Há equipes cujos membros se organizam em uma pequena roda, o que contribui para promover o entrosamento e a escuta mútua; estimular seu engajamento nas discussões; dissolver as diferenças que caracterizam as categorias profissionais e favorecer um diálogo horizontal entre si; e diminuir a chance dos/as profissionais se dedicarem simultaneamente a outra atividade, alheia ao trabalho (ex. consultar celular, cochilar). Outro procedimento consiste em registrar as discussões e/ou encaminhamentos em ata, e assiná-la conjuntamente ao final. Isto reafirma o compromisso de todos em relação às decisões; permite identificar aspectos positivos/negativos do trabalho e acompanhar seu desenvolvimento ao longo do tempo.

A participação dos/as ACS parece depender do modo como a reunião é gerida; da personalidade do/a profissional; e do entrosamento entre os/as técnicos/as. Em “reuniões de equipe” nas quais o/a enfermeiro/a responsável estimula a partilha de opiniões e conhecimentos, o/a ACS revela-se mais engajado/a e colabora ativamente para a tomada de decisões. Isto é reafirmado por características pessoais, a exemplo da iniciativa e/ou desenvoltura ao falar, o que contribui para expressar-se sobre o trabalho.

A configuração em círculo; o registro em ata; e a gestão horizontal da reunião caracterizam os encontros de duas equipes da ESF. A dinâmica da terceira equipe diferencia-se pelo posicionamento distanciado entre técnicos/as de níveis hierárquicos distintos; ausência do registro em ata; e a verticalização da tomada de decisões. Ou seja, o debate se concentra entre

o/a médico/a e o/a enfermeiro/a; e os/as ACS se engajam menos no processo decisório, ainda que contribuam com opiniões.

Observar a reunião desta equipe em particular e o momento que a antecede revelou a insatisfação de diferentes profissionais diante da necessidade de estar presentes; o questionamento da importância atribuída às discussões; e a desconfiança em relação ao seu potencial de resolutividade. O depoimento de uma ACS sintetiza este ponto de vista: “*Tem coisas que é útil, tem coisas que não é. Tem dia que a gente tá saturada* (de tanto discutir o mesmo caso).” (ACS 09).

A desvalorização da atuação e/ou bagagem do/a agente comunitário/a de saúde corresponde à “indiferença institucional” apontada por Souza e Freitas (2011, p.105). Trata-se de um entrave significativo na interação entre ACS e profissionais hierarquicamente superiores, no âmbito da equipe de trabalho.

Cabe perguntar em que medida o desagrado está relacionado à falta de afinidade e coleguismo entre técnicos/as do grupo; e ao fato do/a ACS não se considerar protagonista do seu próprio trabalho. Um fragmento do diário de campo exemplifica esta compreensão:

Algumas ACS expressam [...] o modo como enxergam este compromisso: ‘Não sei pra que tanta conversa [...] não resolve nada’. Este comentário oferece um contraponto interessante à reunião de sua equipe que assisti em seguida, durante a qual foram definidas ações do grupo de trabalho e/ou com parceiros institucionais, firmados compromissos entre os integrantes da equipe, repassadas orientações sobre os encaminhamentos necessários ao cuidado oferecido a casos específicos de moradores nas microáreas etc. [...] Diferente do observado na reunião das outras equipes, a arrumação da sala não é alterada de modo a aproximar as pessoas. Os técnicos, estagiários de medicina [...] e visitantes (além de mim, há duas terapeutas ocupacionais argentinas que realizam uma vivência temporária por dois meses na ESF) se distribuem nas cadeiras encostadas na parede, sem formar um pequeno grupo, o que os mantém distantes entre si e não favorece a troca de olhares entre todos. Acredito que isto reflete um clima de falta de integração habitualmente revelado em comentários sarcásticos de alguns ACS [...], do mesmo modo como pode reforça-lo. Esta impressão é reafirmada por comentários explícitos de outros técnicos, a exemplo do/a enfermeiro/a e do/a médico/a: ‘A gente começa logo pra terminar logo’, afirma o/a enfermeiro/a. ‘Vou adorar’, emenda o/a médico/a.

O entrosamento entre os/as técnicos/as depende significativamente do perfil do sujeito com quem se trabalha; e é acentuado pela convivência duradoura. Isto permite estreitar os laços interpessoais a despeito do cargo exercido, como ilustra a declaração de uma ACS sobre a enfermeira responsável por sua equipe de trabalho: “[...] *É enfermeira e uma amiga. Porque*

ela tá sempre disposta pra tudo na vida da gente - profissional, pessoal. [...] É onze⁷⁶ anos trabalhando com ela, é uma pessoa maravilhosa.” (ACS 01).

A integração entre os/as técnicos/as é motivada ainda pela admiração nutrida pelo trabalho de outro/a profissional, o que determina proporcionalmente o grau de engajamento do/a ACS nas tarefas propostas, como explica uma agente comunitária: *“Sou fã do trabalho dele (o médico). [...] Sem desmerecer os outros. [...] Acho que ele tem uma política de trabalho muito boa. [...] O que eu puder fazer pra tá apoiando ele no trabalho dele, eu apoio.” (ACS 01).*

Outro aspecto que influencia positivamente o entrosamento consiste na postura colaborativa assumida pelo/a ACS. Há profissionais que se disponibilizam até mesmo a realizar atividades que extrapolam suas atribuições, sem que isto seja entendido como uma violência ou sobrecarga. Neste sentido, a esfera pessoal incide sobre suas ações e, de modo inverso, favorece a interação com os/as colegas, independentemente do nível hierárquico:

Eu tenho um relacionamento muito bom com todo mundo. Eu me envolvo em tudo, estou sempre disponível, é pra fazer um grupo, é pra fazer um lanche, é pra participar de alguma coisa fora da unidade. [...] Tanto os colegas da gente como gerente, enfermeiro, todo mundo. (ACS 01)

A relação positiva entre os/as profissionais revela-se, portanto, um fator determinante para orientar, conceber, ajustar e executar o trabalho na ESF. Do mesmo modo, incide sobre o cuidado oferecido pelo/a ACS, pois colabora para que ele se concretize adequadamente.

Para ampliar o entendimento sobre a interação entre os membros das equipes de trabalho, é importante conciliá-la à relação entre estes/as profissionais e os/as demais técnicos/as que atuam na ESF. Alguns/mas ACS destacam aspectos negativos a este respeito.

Os momentos dedicados à confraternização nas “reuniões de equipe” têm se tornado raros. Até mesmo as brincadeiras entre os/as profissionais deixaram de ocorrer como antes. A integração tem diminuído a medida que os/as técnicos/as que participaram ativamente do processo de implementação da ESF no território - os técnicos “antigos” ou “equipe antiga”, como define uma ACS - foram substituídos/as. O distanciamento que caracteriza as relações estabelecidas com a maioria dos/as técnicos/as recém ingressados/as na unidade é descrito igualmente por outros/as profissionais, como referido anteriormente. Do mesmo modo, eventualmente, é possível testemunhar moradores/as que se referem com saudade aos/as profissionais que cuidaram de sua saúde durante anos e que não atuam mais na ESF.

⁷⁶ Este depoimento foi gravado em 2015. Atualmente, estas técnicas completam 12 anos de trabalho em parceria.

Alguns depoimentos ilustram as diferenças observadas na relação estabelecida por ACS com os/as demais técnicos/as que possuem longo tempo de permanência na unidade, em comparação àqueles/as cujo vínculo com a instituição é mais recente. Em alguns casos, os laços com técnicos/as atualmente desligados/as do serviço são mantidos até hoje, a exemplo do que ocorre com uma enfermeira e um médico. Os/as profissionais mantêm o contato por telefone ou por meio de encontros ocasionais para se confraternizarem. O vínculo é descrito como uma *“relação de muita amizade e cumplicidade, coisa que a gente aqui não tá tendo no momento. Pessoas que chegaram agora não têm esse vínculo com a gente.”* (ACS 03).

A proximidade que caracteriza a relação com os/as técnicos antigos/as destoa do distanciamento predominante no contato com os/as técnicos/as atuais. Um dos aspectos que contribui para que isto ocorra é a postura assumida por alguns/mas profissionais. Eles/as não buscam conhecer e estreitar os laços com as famílias ou identificar o que motiva os/as moradores/as a comparecer com tanta frequência ao posto: *“Esse vínculo, essa raiz, nós perdemos.”* (ACS 03). Esta ACS estabelece, portanto, como ela mesma afirmou, uma conexão entre *“laços profissionais e laços com a comunidade”*.

O ponto de vista desta ACS revela que além do vínculo com os/as moradores/as distinguir o/a ACS das demais categorias profissionais, também diferencia os/as técnicos/as entre si com base no tempo de permanência na unidade de saúde. Conseqüentemente, irá diferencia-los em relação ao cuidado que oferecem para a comunidade. Quanto maior o tempo de permanência na ESF, mais consolidado é o *vínculo* estabelecido entre técnico/a e comunidade. Conforme discutido anteriormente, se um vínculo fortalecido é um aspecto fundamental para garantir a oferta satisfatória de cuidado - do mesmo modo que é reiterado por meio do processo de cuidar - ele constitui um diferencial entre o/a ACS e o/a profissional recém-chegado/a: o processo de cuidar instaurado pelo primeiro terá mais chances de se tornar bem sucedido do que aquele proposto pelo segundo. A diferença entre o cuidar oferecido pelo/a ACS e aquele ofertado pelo/a técnico/a com menos tempo de atuação no serviço se fundamenta, portanto, na intensidade do *vínculo, da familiaridade, da afinidade e da confiança* firmados junto à população.

Outra diferença entre ambos consiste no fato de que os/as profissionais atuais impõem limites claros no exercício de sua função, restringindo-se a determinadas tarefas. Por exemplo, alguns/mas técnicos/as afirmam que *“não é trabalho deles”* (ACS 03) buscar o cartão da família - o que pode ser interpretado, por outro lado, como uma atitude pedante. Sua reação diante de

brincadeiras dos/as ACS não é descrita como acolhedora, como era habitual por parte dos/as técnicos/as antigos/as. Contudo, esta ACS salienta a necessidade dos/as agentes de saúde adaptarem-se aos/às novos/as técnicos/as. É possível especular que a dificuldade do/a ACS reside em ajustar-se a uma nova cultura institucional, caracterizada por relações de trabalho não intermediadas por contato interpessoal íntimo e/ou marcado por descontração e proximidade.

A compreensão sobre a interação entre os/as técnicos/as da ESF pode ser testemunhada em outro contexto, nas dependências da unidade de saúde: as “reuniões de unidade”. A próxima sessão complementa as reflexões anteriores sobre as “reuniões de equipe”, ao estabelecer conexões entre estes diferentes encontros; e abordar o cuidado direcionado ao cuidador.

4.3 As reuniões de unidade

As “reuniões de unidade” ocorrem quinzenalmente e/ou a depender da necessidade; habitualmente às tardes de sexta-feira (turno associado a pouco movimento no posto de saúde). Não se trata de um compromisso obrigatório. Porém, há um esforço em garantir a participação de todos/as por meio da limitação do atendimento destinado à comunidade, que se restringe na ocasião à realização de curativos e disponibilidade de medicamentos na farmácia.

Estes encontros diferem pouco das “reuniões de equipe”, ainda que enfatizem questões gerais. A dinâmica é similar entre ambas. Nas “reuniões de unidade”, os/as técnicos/as acomodam-se em uma grande roda, dispersos nas cadeiras encostadas nas paredes do “*auditório*”. Profissionais do CAPS e NASF também participam. As discussões são conduzidas buscando envolver a todos. Os assuntos tratados e/ou decisões tomadas são registrados em livro ata, o que permite aos/as técnicos/as ausentes tomar conhecimento a seu respeito.

A gerente desempenha um papel diferenciado: cabe a ela manter a todos/as informados/as acerca das deliberações definidas pela SMS e pela coordenação do Distrito Sanitário ao qual pertence a ESF. Além de propiciar o repasse destes informes, as “reuniões de unidade” são o contexto apropriado para debater alguma intercorrência ou problema surgido na unidade (ex. reclamações quanto ao atendimento). Isto contribui para conformar a dinâmica do serviço às diferentes instâncias da gestão municipal; e alinhar o trabalho executado pelos/as diversos/as profissionais da unidade.

As “reuniões de unidade” e as “reuniões de equipe” auxiliam os/as ACS a organizar e desempenhar seu trabalho. Ambas oferecem um direcionamento para suas ações (ex. estabelece prazo e público-alvo para vacinação), pautado no reconhecimento de suas necessidades (ex. desconhecimento sobre manejo adequado diante de um caso de esquizofrenia), de entraves à sua atuação (ex. suspensão da movimentação na microárea determinada por traficante) e demandas apresentadas por moradores/as (ex. gestante necessita realizar exames médicos). Deste modo, estas reuniões atendem à proposta do serviço estabelecida pelo Ministério da Saúde; e reafirmam a articulação entre ESF e comunidade, além do papel do/a ACS enquanto elo entre ambos. Ao mesmo tempo, a definição de prazos e ações, tomada de decisões e cumprimento de tarefas estabelecidos em ambas ocasiões permite retratar o trabalho na ESF como integrado e cooperativo.

Outro aspecto comum entre as “reuniões de unidade” e as “reuniões de equipe” consiste na discussão sobre problemas pessoais, a exemplo de conflitos entre funcionários/as. As “reuniões de unidade” são consideradas por ACS contextos propícios para o esclarecimento de desentendimentos surgidos durante o trabalho. Algumas destas questões são discutidas primeiramente no contexto das “reuniões de equipe” para, somente a partir disto, ser abordadas nas “reuniões de unidade”. Apesar das desavenças consistirem em uma situação comum, os/as profissionais relatam que habitualmente elas se restringem a estas ocasiões. A compreensão sobre este fato se limita à descrição fornecida por uma das ACS, pois não presenciei uma situação deste tipo e não escutei relatos semelhantes:

Ah, acontece muito! Tanto na (reunião de) equipe, quanto nas reuniões da unidade. Se houver algo que tá nos inquietando e que isso, uma conversa que foi assim e saiu de outra maneira, é naquele momento que a gente 'lava nossas roupas sujas'. Mas também acontece ali e depois dali todo mundo é amigo e acabou. Mas só pra deixar tudo bem claro. (ACS 3)

A escuta e reflexão sobre as questões emergentes e inquietações individuais são importantes para auxiliar o/a ACS a executar e aprimorar seu trabalho e, principalmente, por contribuírem para minimizar seu sofrimento psíquico. Esta lógica parte do princípio de que o sujeito é “um ser dependente, limitado e radicalmente determinado por sua finitude”, ao invés de “um ser absoluto e auto-suficiente”; e o sofrimento consiste em uma circunstância que lhe confere estado de vulnerabilidade, assim como a doença e a incapacidade. A escuta sensível e o acolhimento são estratégias favoráveis ao (auto)cuidado do/a profissional de saúde, pois

colaboram para contornar uma das dimensões⁷⁷ de vulnerabilidade de todo sujeito: a vulnerabilidade psíquica (WALDOW e BORGES, 2008, p.767). Ao mesmo tempo, reafirmam a condição de *sujeito* atribuída ao/à ACS em seu próprio processo de cuidar; e o/a redireciona ao centro da relação de cuidado estabelecida com o serviço de saúde (OLIVEIRA, 2002).

Embora haja clareza sobre a importância de assegurar assistência ao/à profissional que zela pela comunidade, curiosamente, a escuta qualificada nas reuniões não é reconhecida pelo/a agente comunitário/a de saúde como um “cuidado dirigido ao cuidador”. O/A ACS, portanto, vê-se responsável por cuidar da comunidade e de si; e entende que só pode contar consigo para isto. Isto remete ao condicionamento de sua percepção particular acerca do cuidado e de “ser alvo do cuidado” por seu sistema cultural; e ao grau de incorporação do serviço de saúde no qual trabalha em seu rol de estratégias de autocuidado.

É pertinente problematizar em que medida o controle sobre o trabalho do/a ACS, exercido por mecanismos (não) institucionalizados, determina o não reconhecimento da escuta sensível como sinônimo de cuidado do cuidador.

O/a agente comunitário/a de saúde está sujeito/a à ação de distintos mecanismos de controle institucional: regras de funcionamento do serviço, legislação que dita suas atribuições e responsabilidades, supervisão do/a enfermeiro/a responsável por sua equipe de trabalho, limitações impostas pela gerência da ESF etc. Isto pode motivar o/a ACS a sentir-se intimidado/a ou impotente; e a considerar a escuta estritamente uma estratégia de monitoramento e avaliação de sua prática.

Em outras situações, o/a ACS está submetido à atuação de mecanismos de controle de outra natureza, a exemplo do crivo de moradores/a da comunidade. Conversar sobre determinadas situações implica passar adiante informações frequentemente consideradas sigilosas pelo/a morador/a. Há casos nos quais a pessoa volta-se contra o/a profissional (e/ou sua família) em represália. Isto compromete o vínculo entre o sujeito e o/a ACS. Embora o agente de saúde possa contar com o sigilo dos/as colegas, a escuta pode significar pôr sua vida em risco. Como exemplo, é possível citar uma moradora que repetidamente ameaçou agredir uma das ACS, pois atribuiu a ela a responsabilidade de difundir a informação de que ela consome drogas ilegais – quando, na verdade, foi um familiar desta mulher quem fez isso.

⁷⁷ Segundo Waldow e Borges (2008), o ser humano possui uma estrutura pluridimensional e está sujeito a se tornar vulnerável em todas as suas dimensões: física, psicológica, espiritual e social.

A escuta pode ser concebida ainda como a reafirmação da existência do sofrimento resultante do exercício da função de agente comunitário. Neste sentido, representa a aceitação de falhas institucionais; do fracasso da atuação de profissionais hierarquicamente superiores; de limitações do saber biomédico ou mesmo do malogro do ideal pessoal de trabalhador da saúde. É possível para o/a ACS apontar esta falibilidade? E o que isto significa para os demais personagens – gestores, serviço, demais técnicos da ESF e/ou parceiros institucionais, comunidade científica, moradores/as do bairro?

Este raciocínio abarca a angústia despertada no/a profissional devido à necessidade de abordar o usuário de drogas ilegais, especialmente o crack. A escuta a seu respeito contribui para dar visibilidade a este tipo de público e às suas demandas na Atenção Primária. No entanto, no contexto onde estes/as ACS estão inseridos/as, isto é encarado como algo produtivo? Isto é oportuno? Isto é desejável?

A compreensão de que o/a ACS não possui outros pontos de apoio para garantir o cuidado de si mesmo é vista como um dos empecilhos para realizar o trabalho:

Porque você quer fazer um bom trabalho, sim, mas precisa cuidar do cuidador pra poder dar uma boa assistência ao outro. [...] Porque a gente não tem agente de saúde. Nosso agente de saúde somos nós mesmos. E a gente acaba não dando a maior atenção (a si mesmo), e dando atenção ao outro. E dificulta bastante o trabalho, né? (ACS 03)

O/A agente comunitário/a de saúde enfrenta outras dificuldades para atuar, a exemplo da chuva forte que impossibilita o acesso a algumas casas, especialmente quando se localizam em ruas sem infraestrutura adequada; a distância significativa a ser transposta entre algumas microáreas e a unidade de saúde; o risco de ser atacado por cachorros criados soltos nas residências etc. Porém, nenhuma delas é referida com tanta ênfase como a violência - tema a ser tratado na próxima sessão.

4.4 A violência no trabalho do/a ACS

O/a agente comunitário/a de saúde vive e atua em um contexto de violência. Este fenômeno caracteriza seu universo cultural. A violência é considerada um grave problema de saúde pública que prejudica a saúde física e mental do trabalhador, o desempenho de sua função e o provimento de cuidado para a população (SOUZA E FREITAS, 2011).

De acordo com uma perspectiva cultural, definida por Costa e Pimenta (2006, p.65):

A violência é parte do viver, do presente, e está no trânsito, nas casas, nas ruas, nas escolas, no tráfico de drogas, no Estado, nas relações de gênero e de poder e nas instituições (policiais, judiciárias, hospitalares, educacionais, entre outras). A violência não é somente um reflexo da violência urbana e nem exclusivamente se vincula às estruturas sociais injustas, às desigualdades econômicas, à inércia do Estado ou à desestruturação da ordem legal. Em campo aberto, a violência ganha dimensão de excesso, banal, brutal, vazia, espetacular, desconectada e aparentemente para muitos, sem sentido e sem conteúdo.

A correspondência entre violência e uso/venda de drogas é unânime no discurso dos/as ACS. Esta associação se fundamenta em diferentes situações que põem em risco a sua vida, a de outros/as profissionais e a dos/as moradores/as; e promovem uma sensação de falta de segurança. Alguns depoimentos ilustram esta perspectiva:

(bairro) “[...] Não era assim como era agora. [...] Tem várias bocas de fumo aqui. [...] Então tem muito conflito com traficante, entendeu?” (ACS 01)

“Se tornou um bairro um pouco violento também. De hora em hora aparece uma morte, aparece um assalto. O número de droga aumentou bastante.” (ACS 03)

“Você não pode descer, porque tá tendo batida de policial ou o traficante não quer que desça, não pode tá levando o médico nem o estudante determinado tempo.” (ACS 02)

A violência no bairro é associada a diferentes aspectos, como: a) o conflito entre “bocas de fumo” (ACS 01) - como são referidos os pontos de venda de drogas ilegais - o que pode culminar em assassinatos e/ou ao risco de “tiroteio” (ACS 02) entre traficantes e policiais; b) os assaltos que ocorrem no bairro (cometidos ou não por usuários de drogas); c) o aumento do consumo de drogas, sobretudo ilegais, entre jovens do bairro – o que inclui a circulação de “pessoas que não é (sic) conhecida(s)” (ACS 03) no bairro para compra-las e/ou consumi-las; d) as “batidas policiais”, ou seja, a ação policial para revistar moradores e/ou inspecionar locais no bairro, habitualmente violenta e; e) o acerto de dívidas contraídas por usuários junto aos traficantes, o que pode implicar no assassinato dos devedores, como explica uma das ACS: “Você pode ter comprado quinze reais. Não pagou no dia, eles não quer (sic) mais o quinze, vai querer matar.” (ACS 02)

A suspensão provisória do acesso e/ou circulação em determinados trechos e/ou locais no bairro, definida por traficantes, consiste em outro fato representativo da violência, na opinião dos/as ACS. Esta decisão é imposta indistintamente para profissionais e estagiários/as vinculados/as à unidade de saúde; e resulta no cancelamento de ações em saúde que beneficiam os/as moradores/as. Apesar disso, trata-se de uma medida em prol da segurança dos/as

técnicos/as e pessoas da localidade, a fim de evitar que sejam alvejados em caso de conflitos entre traficantes e/ou entre estes e policiais. O fato ilustra como o risco associado à violência compromete a organização do trabalho do/a ACS e dificulta a realização de ações de prevenção, promoção e cuidado da saúde (SOUZA E FREITAS, 2011).

Há situações nas quais os/as ACS e/ou sua família são envolvidos indiretamente em situações de violência. Como exemplo, é possível citar uma agente comunitária de saúde que embora tenha morado por anos no bairro, decidiu se mudar após seu filho pequeno, que brincava em frente à sua casa, quase ser atingido por um golpe de facão durante uma perseguição entre duas pessoas envolvidas com o tráfico de drogas, em sua microárea.

O estudo de Souza e Freitas (2011, p.107) destaca a precariedade “material e emocional” característica das condições de trabalho do/a ACS como responsável por ocasionar insatisfação. ACS da ESF Úrsula Catharino referem o mesmo, e compreendem o mal-estar gerado como uma *violência*. A este respeito, Waldow e Borges (2008) salientam que a carência de recursos materiais, sobretudo a falta de fardamento adequado, agrava a vulnerabilidade física do/a profissional de saúde, relacionada à possibilidade de adoecer, sentir dor ou tornar-se incapaz. Em paralelo, acentua sua vulnerabilidade social, o que está associado ao risco de tornar-se alvo de situações de violência por meio de suas relações interpessoais. Consequentemente, o/a agente comunitário/a de saúde é fragilizado.

Os depoimentos dos/as ACS acerca da violência no bairro não são ilustrados por situações nas quais foram alvos diretamente de agressões físicas ou similares. Os relatos referem-se a circunstâncias que ameaçam sua integridade física e/ou psicológica (ou de outrem); nas quais testemunham uma situação de violência - o que também consideram uma “*violência*” e/ou “*afronta a sua pessoa*” (ACS 03); ou sentem-se inseguros.

O medo da violência enfrentado pelo/a ACS contrapõe-se ao princípio do seu ofício: firmar um compromisso e estabelecer vínculo com a comunidade (SOUZA E FREITAS, 2011). A sensação de perigo vivenciada por ACS remete às ideias de Janczura (2012, p.306) sobre *risco*:

A noção de risco implica não somente iminência imediata de um perigo, mas também a possibilidade de, num futuro próximo, ocorrer uma perda de qualidade de vida pela ausência de ação preventiva. A ação preventiva está relacionada com o risco, pois não se trata de só minorar o risco imediatamente, mas de criar prevenções para que se reduza significativamente o risco, ou que ele deixe de existir.

Lancman et al. (2009) complementam a compreensão sobre a perspectiva dos/as ACS acerca do que é violência, ao estabelecerem algumas distinções importantes. Segundo estas autoras, a violência *do* trabalho está associada à deterioração das condições de trabalho e a um modelo de produtividade que aumentam o risco do trabalhador adoecer ou sofrer um acidente. Por outro lado, a violência *no* trabalho refere-se a situações que impliquem risco implícito ou explícito para a segurança, bem estar e saúde do trabalhador (ex. ameaças, ataques, comportamentos abusivos).

As experiências retratadas por ACS e a observação de sua rotina de trabalho permitem afirmar que estes/as profissionais vivenciam as duas formas de violência⁷⁸. Porém, as circunstâncias associadas à violência *no* trabalho predominam na sua rotina. Este tipo de violência caracteriza especialmente o contato com pessoas que, de algum modo, estão associadas ao comércio de drogas ilegais (consumidores, traficantes, policiais), por quem se sentem intimidados.

De acordo com o mesmo estudo, a violência *no* trabalho pode ser classificada de duas maneiras: *interna*, se for praticada por alguém vinculado ao local de trabalho (ex. profissionais subalternos, colegas, superiores hierárquicos); ou *externa*, caso seja provocada por alguém com quem o/a técnico/a possui uma relação profissional (ex. cliente, usuário de um serviço) ou quando não há nenhum tipo de vínculo entre ele/a e o indivíduo que cometeu a violência.

O/a ACS está sujeito/a igualmente a ambas. A “indiferença institucional” observada na relação entre membros de uma mesma equipe de trabalho (citada anteriormente neste capítulo); a relação estremecida entre ACS e estudantes e/ou estagiários/a da ESF (descrita no Capítulo 2); e o testemunho de desavença entre agentes comunitários/as, motivada por discussão relacionada ao trabalho, são exemplos de situações de violência *no* trabalho *interna*.

Os relatos fortuitos de ACS e pessoas assistidas na ESF sobre desentendimentos ocorridos entre estes/as profissionais e moradores/as da comunidade ilustram a forma de violência *no* trabalho *externa*. As narrativas incluem situações de violência relacionadas a pessoas com quem o/a ACS se depara, sem que haja uma ligação entre ambos/as, a exemplo de sujeitos diretamente vinculados ao tráfico de drogas (ex. traficantes, usuários). Este é o tipo de situação de violência *no* trabalho *externa* que prevalece.

⁷⁸ Como exemplo da violência *do* trabalho vivida pelo/a ACS, é possível citar a não equiparação do piso salarial desta categoria ao valor do salário mínimo, desde o ano em que ela foi criada.

Há ainda a violência *no trabalho externa indireta*, resultante do convívio ou interação do trabalhador com pessoas que cometem ou sofrem algum tipo de violência (ex. moradora vítima de violência doméstica); ou quando ele testemunha em sua rotina de trabalho situações violentas, cometidas ou sofridas por essas pessoas – o que inclui condições miseráveis de vida. A violência indireta diz respeito ainda à impossibilidade de mudar a realidade, por efetivamente não haver recursos para fazê-lo, o que leva a uma sensação de impotência; situações nas quais o trabalhador vê-se obrigado a agir contrário a seus valores e vontade, o que viola sua integridade psíquica e dignidade humana; quando seu trabalho é desqualificado ou ele está impossibilitado de executá-lo com qualidade (LANCMAN et al., 2009).

Situações como estas foram identificadas cotidianamente e em grande número durante toda a pesquisa, nas dependências da ESF e fora dela. Elas estiveram presentes nos relatos dos/as ACS e demais técnicos/as da unidade de saúde, nas visitas às microáreas, no trabalho em parceria com profissionais da Rede de Atenção, nas atividades coletivas realizadas no bairro etc. Essencialmente, sua ocorrência faz parte da rotina de trabalho e de vida do/a ACS.

A violência *no trabalho externa indireta* também se diferencia das situações de violência anteriormente descritas por caracterizar indistintamente a relação do/a agente comunitário com os/as moradores da comunidade. Ou seja, sua ocorrência não se restringe ao convívio do/a ACS com um determinado perfil de pessoas (ex. usuários de crack, traficantes, policiais), embora possa existir nestas circunstâncias.

A descrição do conceito de violência *no trabalho externa indireta* permite integrar algumas discussões apresentadas neste trabalho. Primeiramente, remete a dois aspectos elementares do trabalho do/a ACS, e seus desdobramentos para o (auto)cuidado: a indissociabilidade entre atuar e morar na comunidade e a atuação pautada no estabelecimento do vínculo, inerente à atuação em saúde (discutidos no Capítulo 2). Ao mesmo tempo, alude a correspondência entre a inter-relação no trabalho e a inter-relação subjetiva (mencionada no Capítulo 3).

Para Lancman et al. (2009), o estreito convívio com a população permite ao/à ACS humanizar o cuidado e fortalecer uma visão crítica sobre esta realidade. Contudo, isto lhe causa um forte impacto psicológico. Este sofrimento se manifesta principalmente por meio da sensação de impotência, o que é reconhecido pelo/a ACS como uma violência (como expus acima). Deparar-se repetida e intensamente com situações de violência e miséria cria dilemas éticos para o/a profissional, os quais necessita enfrentar para intervir. Isto nem sempre ocorre

segundo seus princípios pessoais. Os/as ACS temem correr riscos. Para conciliar a oferta de cuidado ao cuidado consigo mesmos/as, os/as profissionais recorrem a estratégias de defesa individuais e coletivas, pautadas em uma rede de proteção e solidariedade na comunidade: evitar contato com informações ou situações comprometedoras; trocar impressões com colegas sobre a realidade da microárea; obedecer às regras locais para circular nos territórios; manter um distanciamento em relação a determinadas pessoas etc. O desempenho da função desafia cotidianamente o/a ACS a estabelecer e a lidar com *limites*: a fronteira tênue entre atuar profissionalmente e envolver-se pessoalmente e/ou emocionalmente; esforçar-se para garantir a assistência e se deparar com mortes e agravos para a saúde que não pode contornar; presenciar violências e não poder denunciar devido ao risco de sofrer represálias; agir diante de situações para as quais não se sente preparado/a etc.

Estas considerações resumem de forma muito pertinente as declarações dos/as ACS acerca dos conflitos que vivenciam na atenção em saúde oferecida ao usuário de crack (aspecto abordado no capítulo seguinte).

A violência sofrida (in)diretamente no trabalho aumenta a vulnerabilidade psicológica, física e social do/a agente comunitário/a de saúde; e contrapõe-se à sensação de bem estar e bem querer resultante do *vínculo*, da *familiaridade*, da *afinidade* e da *confiança* estabelecidos com a comunidade.

A precariedade das condições de vida e desamparo, enfrentados pela população atendida em diferentes serviços públicos de saúde brasileiros, prejudica os processos de identificação positivos entre cuidador e sujeito, envolvidos no processo de cuidar. Isto contribui para o predomínio de reações de apatia, indiferença e até mesmo estranheza radical do/a profissional de saúde em relação ao outro e o seu sofrimento (SÁ, 2009).

O imperativo de prover o cuidado à comunidade (determinado por políticas públicas que definem o que, como, com quem e onde fazê-lo) choca-se com a realidade que caracteriza o serviço de saúde, o exercício da função de ACS e o território. Isto impõe limites à implementação das diretrizes e ações preconizadas. Similar ao esforço necessário para manter pratos de uma balança em equilíbrio, o/a ACS empenha-se em lidar com o conflito entre estes aspectos distintos.

Ao relacionar o consumo/venda de drogas à violência, o/a ACS assume um posicionamento distinto daquele que norteia o serviço de saúde ao qual é vinculado/a, pois a abordagem do uso de SPA preconizada pelo Ministério da Saúde na Atenção Básica é orientada

pela ótica da Redução de Danos. Esta diferença assinala o descompasso entre o modo de retratar e lidar com o assunto nas políticas públicas, e a realidade enfrentada pelo profissional de saúde em sua rotina. Para Adorno (2011), a distância existente entre as diretrizes das políticas públicas e a sua implementação efetiva no cotidiano remete à impregnação da ação técnica sanitária por mecanismos de evitação social, o que serve à discussão sobre margens sociais.

A estreita associação entre práticas violentas, consumo e comércio de SPA, apontada por agentes de saúde, pode ser compreendida por pontos de vista distintos.

Na perspectiva da RD, este modo de pensar caracteriza igualmente a perspectiva proibicionista, representada por uma política intolerante em relação ao consumo destas substâncias. A política proibicionista enfatiza a natureza farmacológica, em detrimento dos aspectos psicológicos e socioculturais que caracterizam o consumo de drogas (MACRAE, 1986). Este paradigma admite apenas duas alternativas: o descontrole excessivo do consumo ou a abstinência completa (ZINBERG, 1984). Sua meta, portanto, é a erradicação do uso de SPA, por meio de estratégias como a redução da oferta, a redução da demanda e o tratamento para usuários pautado na abstinência (BRASIL, 2001).

Esta compreensão cristaliza o usuário no papel de marginal, clandestino e anti-social. Estes estereótipos se encerram no âmbito moralista e negligenciam aspectos relacionados aos problemas sociais, especialmente em relação à saúde pública. O risco real atribuído ao uso de algumas drogas é superdimensionado, paradoxalmente ao status “lícito” atribuído a outras, como o álcool e o tabaco. Isto prejudica o desenvolvimento de ações preventivas e agrava a precariedade da assistência prestada para populações já marginalizadas (BUCHER, 1996).

A referência dos/as ACS à associação entre violência e uso/comercialização de SPA pode ser concebida ainda a partir do conceito de *sabedoria prática*. Esta racionalidade distingue-se de conhecimentos e/ou modos de fazer *a priori* e universais, a exemplo de leis e técnicas comuns à ciência. É distinta ainda do desempenho livre de uma subjetividade criadora. Trata-se de um saber conduzir a si mesmo diante de questões que emergem da prática, o qual é diretamente dirigido para ela (AYRES, 2004, 2005). Ela “não cria objetos, mas constitui sujeitos diante de objetos criados *no e para seu mundo*” (GADAMER, 1991 apud AYRES, 2005, p. 103).

A sabedoria prática diz respeito à necessidade do cuidador recorrer a um juízo prático em um determinado momento. Isto significa escolher acionar, combinar e/ou transformar procedimentos e tecnologias, de modo cabível àquela circunstância. É, portanto, situacional.

Ela não origina procedimentos sistemáticos, transmissíveis ou universais (AYRES, 2005). Ao contrário, opera “de modo não calculado e não calculável [...] em meio e por meio das tecnologias do encontro terapêutico” (AYRES, 2004, p. 23).

Esta compreensão permite considerar a conexão entre consumo de drogas, violência e tráfico não como sinônimo da indistinção entre estes fatores ou manifestação de um preconceito. Ela corresponde a mediações experimentadas concretamente por ACS em seu cotidiano no bairro, ao invés de pautar-se em estereótipos. Resulta, portanto, de seu habitar *no/do* território.

A fim de explorar esta reflexão, o capítulo seguinte aborda a concepção e o posicionamento assumido por ACS diante das drogas, da prática de consumo destas substâncias e do usuário; e a relação existente entre estes aspectos e o cuidado oferecido ao homem adulto que consome crack.

CAPÍTULO 5: O USUÁRIO DE CRACK DO PONTO DE VISTA DO/A ACS

A perspectiva socioantropológica amplia a compreensão acerca do uso de SPA e das contradições que permeiam esta prática no território da ESF, sobretudo em relação à postura assumida por profissionais de saúde a seu respeito. Os temas e discussões levantados nos capítulos anteriores evidenciam a multideterminação à qual está sujeita a oferta de cuidado pelo/a ACS. A atenção em saúde oferecida ao homem que usa crack por este/a profissional é complexa e marcada por ambivalências. Ela reflete ainda a heterogeneidade de práticas de cuidado que convivem no âmbito da ESF, e a relação dinâmica e assimétrica que estabelecem entre si. A abordagem do/a usuário de crack por agentes comunitários/as de saúde remete à experiência concreta deste/a profissional no território acerca das drogas e do consumo destas substâncias; e do seu contato com homens envolvidos (ou não) com o consumo de drogas, marginalidade e violência, especialmente o tráfico. Embora ACS afirmem desconhecer como lidar com este público, desenvolvem estratégias distintas para realizar este trabalho. Este capítulo apresenta as impressões de ACS sobre as drogas, o consumo de SPA e os usuários; discute sua relação com a diversidade de paradigmas terapêuticos com os quais os/as técnicos/as da ESF lidam em sua rotina de trabalho; e busca situar o cuidado oferecido pelo/a ACS ao usuário de crack nesta trama.

5.1 A heterogeneidade de práticas terapêuticas no contexto da ESF

A ESF é marcada pela coexistência de saberes e práticas de cuidado heterogêneos: tradições terapêutico-religiosas de cunho popular/comunitário dividem espaço com terapêuticas de caráter moderno-técnico/profissional, como apontam Tavares, Caroso e Santana (2015). A presença de pessoas na sala de espera da ESF que trazem consigo brotinhos de arruda sobre uma das orelhas como medida de proteção para o “*mau-olhado*” ilustra o fato do habitante do bairro recorrer às estratégias de cuidado estabelecidas por terapeutas populares e/ou religiosos, assim como ao serviço de saúde. Elas não são vistas de modo excludente pela comunidade.

Para estes autores, a diversidade terapêutica gera controvérsias entre as diversas formas de conceber e pôr em prática o cuidado e/ou de conceber o que é “saúde” ou “doença”. Contudo,

esta divergência não lhes destitui a legitimidade. O conflito em si não consiste em um entrave, e sim o prejuízo que pode causar ao vínculo entre morador/a e ACS. Não se trata de um dilema ideológico, mas uma questão prática.

A relação estabelecida entre estas concepções marca a atuação do/a profissional de saúde, ao mesmo tempo que constitui um dos elementos do cenário no qual ele/a atua: o território. O/A ACS lida com distintas redes de cuidado em seu trabalho. Por um lado, a rede estabelecida por meio do cadastro das famílias, atribuição de números às residências e sua subdivisão em microáreas, organizada pelo serviço. Esta rede funciona integrada a uma rede mais ampla, composta por outros serviços: a RAS (descrita no Capítulo 2).

Por outro lado, há as redes de cuidado familiares, religiosas, entre vizinhos e/ou envolvendo toda a comunidade, definidas por moradores/as. Esta coexistência é caracterizada por tensões e articulação entre si (disseminação, ressignificação, assimilação etc.), o que permite retratar a “legitimidade social das redes de cuidado” como “dinâmica e assimétrica”, como afirmam Tavares, Caroso e Santana (2015, p. 494).

O sistema de saúde, portanto, pode ser entendido como “um conjunto de redes que se interpenetram”: a “rede oficial de saúde” e “as redes intersticiais de saúde” (BONET, 2014, p.334).

As redes de cuidado que operam em paralelo àquela criada pela ESF garantem visibilidade às demandas de moradores, relacionadas a agravos à sua saúde, antes restritas à esfera individual ou doméstica. Isto é exemplificado por situações nas quais familiares de usuários de crack comunicam esta prática de consumo para o/a ACS. Deste modo, as informações que lhes são transmitidas podem converter-se em “problemas passíveis de intervenção”, o que também contribui para evidenciar sua existência (TAVARES, CAROSO E SANTANA, 2015, p.503).

No entanto, as práticas cotidianas das diferentes categorias profissionais resultam em conceitos divergentes sobre o que é um “problema”. A ambiguidade que caracteriza a definição do objeto de intervenção por membros da equipe repercute no modo como os/as profissionais conceituam “saúde”, “doença” e “bons hábitos de vida”; e define formas distintas de lidar com a situação, como referem Tavares, Caroso e Santana (2015, p.504). Este estudo aponta que enquanto há técnicos/as na ESF que enfatizam aspectos restritos à esfera biomédica (ex. enfermeira), outros/as concebem a saúde indissociada de questões de caráter social (ex. ACS).

De modo similar, as expectativas e alternativas associadas à resolução de um problema diferem entre os/as profissionais de saúde; e entre estes/as e a comunidade. Segundo estes autores, isto está associado em parte às formas distintas de compreender os princípios e propósitos de funcionamento do serviço; e atribuir resolutividade à sua política preventiva e de encaminhamento.

As concepções dos/as ACS sobre as drogas, o consumo de SPA e os usuários não são consensuais, o que determina modos distintos de lidar com cada um destes aspectos. A multideterminação da assistência em saúde oferecida pelo/a ACS ao usuário de crack deve ser compreendida em meio a estas divergências.

A atenção em saúde oferecida na ESF pesquisada é marcada por perspectivas distintas de cuidado: o saber popular-comunitário, o saber técnico-biomédico, a ótica da Redução de Danos, a sabedoria prática do/a ACS. Estas vertentes surgem indissociadas no cotidiano, e não podem ser atribuídas unicamente a um único mediador, seja ele humano ou não⁷⁹. Em um momento, uma delas se notabiliza na conduta de um morador da comunidade; Em outra ocasião, se evidencia na legislação ou na abordagem de um/a enfermeiro/a da equipe. Um mesmo mediador humano pode agir ora orientado por premissas e saberes atribuídos a uma destas propostas terapêuticas, ora por práticas e conhecimentos de outra. O cuidado oferecido por ACS para o usuário de crack não foge a esta regra.

As considerações nas sessões seguintes obedecem a esta lógica. Em determinado aspecto, contraponho o ponto de vista do/a ACS ao saber popular. Em outro, confronto-o à lógica da Redução de Danos. O objetivo desta estratégia não é estabelecer parâmetros do que é “certo” ou “errado”, mas evidenciar os pontos de contato e as dissonâncias entre estes distintos referenciais de cuidado. É preciso compreender como organizam-se, estabilizam-se e são legitimados.

A sessão a seguir aprofunda a discussão a este respeito. Seu objetivo é apresentar a compreensão dos/as ACS acerca do consumo de SPA e dos propósitos que podem ser atribuídos a esta prática social.

⁷⁹ A denominação *mediador humano* diz respeito aos profissionais de saúde, gestores, pessoas da comunidade etc. *Mediadores não humanos* correspondem às “tecnologias materiais e instrumentais, modelos de operacionalização e gestão”, segundo Tavares, Caroso e Santana (2015, p.494).

5.2 O que os/as ACS pensam sobre o consumo de drogas

As concepções dos/as ACS acerca do uso de SPA remetem à experiência prática deste/a profissional de saúde no território. O consumo de drogas, especialmente as ilegais, emerge em seu cotidiano indissociado de pessoas e situações marcadas pela violência e/ou que lhe oferecem algum tipo de risco. A vivência da microárea; e o acesso a informações acerca do usuário de crack (ao observar sua rotina, ouvir relatos a seu respeito ou atendê-lo na ESF) oferecem diversos elementos socioculturais que configuram sua compreensão sobre esta prática social.

Muitos/as ACS se referem ao uso de drogas por alguém da comunidade sem especificar o padrão de consumo ou o tipo de substância psicoativa de que se trata. Esta unicidade conceitual é revelada em expressões como “*fumador de pó*” (ACS 02) ou “*você fuma drogas?*” (ACS 13).

Há ACS que consideram o uso de drogas, especialmente as ilegais, estritamente negativo e problemático. Isto intimida ou desmotiva a tratar do tema: “[...] *Falou em droga você fica meio acuado.*” (ACS 01). Abordá-lo, portanto, figura como um tabu.

ACS que não diferenciam SPA legais e ilegais encaram o consumo de drogas como uma prática atrelada à desvalorização pessoal. Trata-se de um modo de dar fim à própria existência; e reflete um “*patamar*” (ACS 01) alcançado como resultado de experiências anteriores com as quais o sujeito não lidou de modo adequado.

Segundo esta perspectiva, inevitavelmente o sujeito irá morrer por consequência do uso abusivo de SPA ou será assassinado por alguma dívida contraída junto a um traficante – um risco que se acentua sobretudo para usuários menores de idade, na perspectiva de uma das ACS. “*A pessoa [...] Tá usando droga, tá acabando com sua própria vida, não tem amor próprio. [...] E quando é jovem, pior ainda, de dez a 16 anos. Ou vai morrer de tanto usar droga ou vão acabar matando [...] Porque, às vezes, deve.*” (ACS 02).

Outros/as ACS definem o uso de drogas como uma tentativa de preencher um “*vazio*” (ACS 03) existencial. Isto os/as aproxima da leitura psicanalítica sobre este fenômeno, embora não se aprofundem a este respeito: “*Ele (usuário) tá na academia; [...] tá trabalhando; [...] tá tendo uma atividade, preenchendo esse vazio que ele buscava na droga.*” (ACS 03).

Há agentes comunitários/as que consideram o uso de SPA um elemento adoecedor, independente do fato do sujeito ser ou não portador de uma doença clínica. O consumo -

empreendido pelo usuário ou por uma pessoa próxima a ele, a exemplo de um familiar - é visto como algo problemático; e considerado prejudicial para a saúde, especialmente ao agir conjuntamente com fatores de caráter socioeconômico, físico, mental etc.

Porque se você não está bem; tá desempregado; tá com algum problema na família de droga, de álcool; isso tudo abala a saúde. Mesmo você [...] não tendo nenhum problema de saúde, uma hipertensão, uma diabete, etc. Mas o desemprego, problema de droga na família causa doença. (ACS 03)

Alguns/mas ACS concebem o uso de drogas não como um aspecto capaz de lesar a saúde, mas a encarnação da própria enfermidade. Neste sentido, o consumo de SPA é sinônimo do uso abusivo e intenso, habitualmente retratado como “dependência” pelo senso comum. Trata-se de uma “doença” buscada pelo usuário, ao invés de adquirida por meio da ação de um agente exógeno; associada à impossibilidade do indivíduo se manter abstinência do consumo destas substâncias; e da qual não possui consciência. Os depoimentos abaixo servem como exemplos:

“Ele (usuário) não tem a consciência que é uma doença, mas ele é um doente.” (ACS 03)

“Você tá viciado em uma coisa é uma doença, né? [...] Ele às vezes até não quer quando tá bem, mas não consegue ficar sem. [...] É uma doença que a gente acha que ele buscou [...]. Não foi uma doença que veio, se alojou, como tem o câncer, entre outros.” (ACS 02)

A sabedoria prática de agentes de saúde sobre as modalidades de uso de drogas e a(s) motivação(ões) que existe(m) por trás desta prática, se comparada a outros referenciais (ex. Redução de Danos, saber biomédico) evidencia diferenças entre seus critérios de classificação. Consequentemente, revela modos distintos de lidar com o consumo de SPA.

Similar à bagagem do/a ACS imersa no território, a RD é pautada em elementos socioculturais. Contudo, isto não significa que exista uma correspondência entre estes paradigmas.

A RD presume que o indivíduo, a substância psicoativa e o contexto sociohistórico sejam compreendidos obrigatoriamente de maneira indissociada⁸⁰. Admite ainda a possibilidade de haver a associação entre uso de SPA e atitudes positivas, salutares ou agregadoras.

⁸⁰ A interação entre as propriedades bioquímicas da substância escolhida, as “atitudes e personalidade do usuário” e o “meio físico e social onde ocorre o uso” define o efeito provocado pelo consumo de uma droga (ZINBERG, 1984, p.4). Ao mesmo tempo, permite compreender o nível de controle do sujeito em relação ao consumo de SPA, pois remete ao grau de interferência desta prática no seu círculo social, no seu estado psíquico e na sua “motivação psicológica para outras situações não ligadas ao consumo ou obtenção da droga” (FIGUEIREDO E GREGORI, 1992, p.18).

A experiência dos/as ACS, em sentido inverso, revela-se incompatível com esta perspectiva. Isto é um aspecto que possui em comum com a vertente médico-tecnista de cuidado, declaradamente avessa a reconhecer aspectos positivos no uso de drogas, especialmente ilegais.

A vivência dos/as ACS atrela o consumo à inevitabilidade da morte devido ao uso abusivo de SPA ou como punição por um débito não pago, contraído junto a um traficante. A abordagem proibicionista, ao contrário, não necessariamente se apoia na realidade para sustentar um argumento similar. Ainda assim, assume uma lógica de caráter fatalista sobre o assunto, independente da realidade do usuário: consumir drogas ocasiona a morte, inexoravelmente.

O fato de ACS retratarem o consumo de SPA por meio de um único conceito, a exemplo daqueles que o equivalem a uma “doença”, assinala um ponto em comum entre a sabedoria prática e o paradigma da biomedicina. A RD, ao contrário, estabelece e distingue diversas finalidades associadas ao emprego destas substâncias – uso social, medicinal, religioso, ritual, cultural, psicológico, estético etc. Se avaliada por esta perspectiva, a compreensão dos ACS seria considerada sinônimo de indiferenciação de padrões de uso de drogas ou tipos de usuários.

Em diferentes depoimentos dos/as ACS, o uso de álcool (ex. cerveja, vinho, uísque etc.) surge relacionado à boemia típica do bairro; e é muito comum nos momentos de lazer de profissionais de saúde e moradores/as (ex. festas, viagens, visitas a familiares etc.). Para a RD, beber é considerado um exemplo de consumo de SPA com fins recreativos. Pelo fato da racionalidade do/a ACS apoiar-se em outros critérios classificatórios, o álcool não é considerado uma droga por agentes de saúde.

Conforme preconiza a RD, o uso de medicamentos alopáticos, a exemplo daqueles prescritos por profissionais da ESF, corresponde ao uso medicinal de SPA. Os benefícios para saúde produzidos por sua utilização consistem em uma finalidade atribuída ao consumo dessas substâncias. Segundo a perspectiva da biomedicina, o uso de medicações não é equivalente ao consumo de drogas. Tampouco a experiência dos/as ACS abre precedente para este tipo de associação.

A rotina de trabalho nas dependências da ESF e nas microáreas inclui situações nas quais ACS presenciam e ouvem relatos de moradores/as que adotam cuidados com a sua saúde pautados na utilização de chás medicinais. Isto pode ser exemplificado através do depoimento de uma agente de saúde: *“Eu tive uma (paciente) que ela nunca tinha tomado medicação. Ela*

só tomava chá de chuchu. [...] Era chuchu... Era [...] chá de milho alpiste que diz que controlava a pressão (arterial).” (ACS 05).

De acordo com a ótica da RD, este relato ilustra o uso medicinal, de origem popular, de substâncias psicoativas não produzidas pelo homem. A utilização de chás por pessoas da comunidade faz parte da experiência do/a ACS em seu cotidiano no bairro. Entretanto, ela não é entendida como equivalente ao uso de SPA, pois não está atrelada à violência que marca sua racionalidade prática a este respeito.

Eventualmente, moradores/as vinculados/as a religiões de matriz africana comparecem à ESF trajando roupas e acessórios característicos (ex. torço e roupas brancos, guias, “contra-egum⁸¹” etc.). É comum observar no bairro a circulação de inúmeros/as adeptos/as e praticantes de diferentes nações do candomblé que, a despeito de suas diferenças, partilham o uso de plantas diversas, sob a formas de banhos de cura, chás, aplicação de unguentos, inalação de fumaça, entre outros. Consoante o paradigma da RD, esta prática expressa o emprego de SPA voltado para fins religiosos e/ou ritualísticos. De maneira oposta, a sabedoria prática do/a ACS não julga a aplicação destas substâncias como uma modalidade de consumo de SPA.

O saber resultante da experiência do/a ACS no território sobre o consumo de drogas em geral atrela-o a razões diferentes, essencialmente negativas ou nocivas. Isto motiva o/a profissional a conceber o uso de crack como algo prejudicial; e admitir que distintos usuários desta droga são impelidos ao consumo desta SPA por um mesmo e único tipo de estímulo. Para os/as ACS, quem usa crack o faz pela mesma razão.

Este raciocínio corresponde ao entendimento sobre o assunto, do ponto de vista da biomedicina. Contudo, examinado sob a ótica da RD, revela-se um critério inflexível de classificação, pois não reconhece a possibilidade de existir homens estimulados a usar crack por motivos diferenciados.

A racionalidade prática influencia a atenção à saúde do usuário. A indistinção contraria um pré-requisito fundamental para assegurar o cuidado qualificado (referido nos Capítulos 3 e 5): o respeito e a valorização da especificidade do sujeito no processo de cuidar (WALDOW e BORGES, 2008).

O mesmo pode ser dito em relação à posição que o/a agente comunitário/a adota diante de saberes populares em saúde. Além do/a ACS, diferentes categorias profissionais em saúde não os incorporam em suas orientações e/ou ações dirigidas para a comunidade.

⁸¹ *Contra-egum*: Cordão trançado de palha-da-costa usado preso ao corpo como medida de proteção.

Os programas públicos de assistência e educação em saúde se baseiam em uma concepção de cultura como um “sistema de crenças fixas”, que estabelece a *diferença* como um empecilho para promover mudanças no comportamento. Deste modo, profissionais de saúde buscam “civilizar” crenças e hábitos populares, ou seja, conformar o modo de vida adotado pelas populações assistidas a determinada maneira de conceber e de exercer o cuidado (BRIGGS, 2003 apud TAVARES, CAROSO E SANTANA, 2015, p.509). Isto abre precedente para que o discurso médico se converta em discurso jurídico e, através da medicalização, intervenha em “tudo aquilo que é considerado perigoso ou desviante” (CAPONI, 1997 apud BATISTELLA, 2007, p.58).

A desvalorização da atenção em saúde segundo o saber popular descaracteriza outro aspecto do processo de cuidar, assinalado por Oliveira (2008, p.66-67): a comunicação dialógica entre os universo cultural e simbólico do cuidador e do sujeito que recebe o cuidado. Cada um corresponde a um modelo particular da experiência do agravo em saúde, o que inclui: “etiologia do problema; duração e características dos sinais e sintomas; fisiopatologia do problema; evolução natural e prognóstico; e tratamento indicado”.

Segundo este autor, o cuidado qualificado implica haver a manifestação dos modelos explanatórios do cuidador e do sujeito que recebe o cuidado (embora isto possa ocorrer de modo parcial e/ou inconsciente); o reconhecimento e o respeito da coerência e da diferença de suas respectivas lógicas internas (ainda que o saber do sujeito se aproprie de alguns elementos do saber biomédico); a assunção de uma postura de receptividade por ambos; e a troca e/ou negociação entre os dois sistemas explanatórios (mesmo que temporariamente). Garantir o cuidado, portanto, envolve reconhecer o paradigma biomédico como uma possibilidade entre inúmeros sistemas culturais existentes, ao invés de admiti-lo unicamente como parâmetro.

O entendimento sobre o ponto de vista do/a ACS acerca do consumo de SPA e seus diferentes propósitos está intimamente associado à maneira pela qual este/a profissional encara as substâncias psicoativas. Isto remete à representação diferenciada destas substâncias segundo o paradigma de cuidado biomédico, a RD e a sabedoria prática dos/as ACS - aspectos abordados na próxima sessão.

5.3 O que os/as ACS pensam sobre as drogas

As concepções elaboradas por agentes comunitários/as de saúde sobre as drogas são divergentes.

ACS familiarizados⁸² com a perspectiva da Redução de Danos denominam as substâncias psicoativas de acordo com seu *status* definido pela legislação, o que representa o estabelecimento de diferenças entre as drogas não baseadas em critérios morais: “*Droga [...] tanto lícitas como ilícitas, porque tem muitos bares (no bairro).*” (ACS 03)

Isto contrasta com o fato da maioria dos/as ACS empregar exclusivamente a denominação “*droga*” (ACS 01). Esta maneira de referirem-se às SPA corresponde a um traço em comum entre a compreensão sobre as drogas com base em sua experiência e a perspectiva biomédica, na qual se apoia a visão proibicionista a respeito destas substâncias.

Para os/as agentes de saúde, o termo “*droga*” é usado, no primeiro momento, para se referir às SPA ilícitas. Embora exista ocasiões em que a palavra *droga* é empregada indistintamente para se referir a substâncias legalizadas e ilegais, predomina no discurso um viés que a restringe às substâncias cuja produção, comercialização e consumo são proibidos por lei em nosso país. O depoimento de uma ACS evidencia isto: “*A gente encontrou uma quantidade grande de hipertenso na área. Assim de usuário de droga, não. Mas hipertenso, diabético, alcoólatra, a gente encontrou uma quantidade considerável.*” (ACS 01). Na opinião destes/as ACS, “*droga*” é sinônimo de algo essencialmente prejudicial e negativo, o que se traduz em uma representação pejorativa.

A estigmatização das drogas ilegais desempenha um importante papel ordenador em nossa sociedade, voltado à manutenção das desigualdades e do controle social de segmentos específicos, a exemplo dos usuários (MACRAE, 2010). Esta compreensão permite associar este modo de conceber e lidar com as drogas e os usuários à desassistência histórica deste público na rede de Atenção Primária em Saúde.

Para a RD, a perspectiva que demoniza as drogas e descompromete o sujeito do seu consumo remete à dissociação entre o uso de SPA, a história de vida do sujeito e o contexto no qual esta prática ocorre.

Na atualidade, as drogas são alvo de uma “*representação demonizada*”⁸³ - atribuída principalmente ao crack - a fim de atender a determinados interesses políticos, econômicos e

⁸² Duas ACS vinculadas à ESF participaram de uma formação sobre a perspectiva da Redução de Danos oferecida por meio de cursos pontuais e de curta duração, mediados pela SMS, voltados ao uso seguro de drogas.

⁸³ A *representação demonizada* das drogas corresponde a retrata-las como o grande problema que aflige a humanidade e/ou o principal motivo de graves problemas sociais e de saúde em nossa sociedade. A

sociais. Esta compreensão se contrapõe à perspectiva de que o consumo destas substâncias “adquire sentidos e significados diferentes, de acordo com as experiências subjetivas dos indivíduos que as utilizam, assim como através das estruturas sociais aos quais estão relacionados” (QUINDERÉ, 2013, p.32-38).

MacRae (2010, p.1) cita a condenação de cunho religioso e moral das drogas à época da Idade Média para referir que, atualmente, ela é substituída pela culpabilização dos psicoativos em causar dependência, defendida pelo discurso biomédico. Esta perspectiva se consolida a partir do final do século XIX, primeiramente em grandes centros urbanos de países desenvolvidos ocidentais. O desenvolvimento da biomedicina permite a instauração de uma nova ordem médica, centrada nos aspectos farmacológicos, que destitui a esfera religiosa do centro das discussões e do controle sobre o uso de drogas. Isto legitimou a atribuição de uma “natureza intrinsecamente nefasta” a algumas substâncias psicoativas, o que as tornaria capazes de provocar incondicionalmente a dependência. Conseqüentemente, os fatores de natureza sociocultural intervenientes no consumo foram negligenciados. O depoimento de uma das ACS ilustra isto claramente: “*O crack é uma droga que a pessoa se vicia rápido.*” (ACS 01)

A demonização das substâncias psicoativas e a desresponsabilização do sujeito por seu consumo se contrapõem ao entendimento das drogas como “objetos sociotécnicos”. Na condição de objetos sociotécnicos, as drogas não são diferenciadas com base em aspectos intrínsecos (ex. propriedades farmacológicas), mas *relacionais*, a partir do modo como são empregadas (ex. tratamento, alimentação etc.). Eles “permanecem integralmente indeterminados até que sejam reportados aos agenciamentos que os constituem”, o que varia segundo o momento sociohistórico da cultura na qual são inseridos (VARGAS, 2008 apud QUINDERÉ, 2013, p.34, 76).

A compreensão de que as substâncias psicoativas não possuem um valor *em si mesmas*, mas decorrente do *tipo de uso* que lhes é dado é defendida igualmente por Bucher (1992). Por

estigmatização dos psicoativos e da prática de consumo de drogas não está restrita à contemporaneidade. A cristianização do Império Romano ocorrida a partir do século IV resulta na condenação do uso de SPA e das crenças às quais estavam associadas, por fazerem parte de cultos “mágicos e religiosos” distintos dos empregados pelo catolicismo e/ou por ser utilizados com o objetivo de diminuir a dor – o que contraria o princípio cristão de aproximação de Deus intermediada pela “dor e mortificação da carne”. Assim, a concepção de caráter neutro e pagão, por meio da qual era tratada a alteração de consciência induzida pelo uso de drogas nas civilizações ocidentais, cede lugar à condenação destas substâncias e do seu consumo. No século X, a censura ao conhecimento farmacológico acumulado limitou a busca por cura ao uso de elementos religiosos (água benta, óleos santos, remissão de pecados etc.) e de “estranhas substâncias”, “de eficácia puramente simbólica, tais como pó de múmia e pó de chifre de unicórnio” (QUINDERÉ, 2013, p.36).

isso, uma mesma substância pode ser valorizada em uma sociedade enquanto em outro sistema social, não.

A atribuição de valores às SPA remete à avaliação do sujeito que consome estas substâncias. As considerações apresentadas na sessão seguinte contribuem para aprofundar esta reflexão.

5.4 O que os/as ACS pensam sobre o usuário de drogas

A maneira pela qual o/a ACS retrata e lida com usuários de SPA resulta de sua experiência de vida e de trabalho no bairro. Ela é influenciada pelo fato destes homens possuírem ou não vínculo com o tráfico de drogas; e pela concepção do/a agente de saúde acerca das substâncias psicoativas e do seu consumo. O envolvimento com o comércio ilegal confere ao usuário de drogas uma agência distinta daquela atribuída aos homens que não participam do tráfico. Em paralelo, incide significativamente sobre o seu acesso à assistência em saúde.

Alguns/mas ACS não estabelecem uma distinção entre as figuras do usuário e do traficante. Para outros/as, estes personagens estão dissociados. As opiniões a este respeito não são consensuais.

A vivência de alguns/mas ACS revela que o traficante não faz uso das substâncias que comercializa, como explica uma agente de saúde: *“quem vende, não usa”* (ACS 02). Sua prática distingue as figura do usuário e do traficante.

Todo usuário de drogas que não participa do tráfico é visto como alguém destituído de qualquer agência por ACS que consideram as drogas algo estritamente problemático; associam o seu consumo à desvalorização pessoal; e sentem-se intimidados/as a abordar o assunto. Segundo esta perspectiva, o sujeito não é responsável por seu consumo de SPA e não é capaz de assumir seu controle. Ao contrário, desempenha um papel passivo, submetido ao “poder” que é atribuído à substância e do qual não pode escapar. Isto o torna digno de pena. Alguns depoimentos refletem claramente esta maneira de pensar:

“[...] Mas (ele) se perdeu nas drogas.” (ACS 01)

“[...] Ele quer sair (parar de usar), mas ele já tá dominado pela droga.” (ACS 03)

“A gente vê eles acabarem com a vida deles. [...] Eu não vejo que a pessoa tenha mais jeito a partir dali. [...] Como é que um rapaz daquele (filho de uma moradora) se entregou totalmente à droga assim? [...] Eu mesmo sinto pena.” (ACS 01)

ACS que consideram o consumo de SPA uma enfermidade e sinônimo de uso abusivo posicionam-se do mesmo modo em relação à agência do sujeito: eles/as a desvalorizam. Para estes/as ACS, embora o indivíduo desempenhe papel ativo na consolidação desta “doença”, torna-se refém dela por não conseguir se livrar do hábito do consumo.

A experiência de outros/as ACS, ao contrário, fornece-lhes subsídio para um entendimento diverso: o envolvimento de quem consome SPA com o comércio ilegal de drogas é quase inevitável; e ocorre com a maioria dos usuários. Paulatinamente, o indivíduo adota comportamentos que culminam no seu envolvimento ativo com este tipo de atividade, a exemplo de comprar drogas nos pontos de venda em nome de outrem, ou carregar consigo pequenas quantidades para vender em outro local: *“Quem acaba usando, acaba também traficando. Em menor quantidade, mas trafica. Porque leva pra o colega que não pode vir (ao ponto de venda), leva pra vender [...] Eu não tenho como diferenciar e dizer assim 100%. Mas quase 98 ou 90 por cento usa e vende.” (ACS 03).*

O regime de funcionamento do tráfico é equiparado ao desempenho de um “trabalho” (ACS 03). Semelhante ao observado em outras atividades laborais, exige troca de turno, cumprimento de tarefas específicas e assunção de responsabilidades durante determinada carga horária, em troca de remuneração. Neste sentido, comprometer-se com o tráfico é visto como uma oportunidade profissional.

O envolvimento direto com esta atividade implica no ajuste radical da rotina de vida dos sujeitos à dinâmica do comércio ilegal. Além de os expor a situações de risco, isto os impede de usufruir de outras oportunidades favoráveis à sua inserção no mercado formal de trabalho e/ou de se dedicarem aos estudos. O sujeito vê-se impossibilitado de conciliar a experiência no tráfico de drogas a outras enquadradas nos padrões sociais formalmente estabelecidos (ex. frequentar a escola, participar de cursos profissionalizantes etc.). Isto é lamentado pelo/a ACS. Este sentimento é acentuado especialmente ao se tratar de alguém que lhe é familiar e/ou quem ele/a acompanhou desde a infância:

Quando é alguém assim que eu [...] acompanhei, eu fico triste. Mas aquela tristeza assim que [...] tem outras coisas, e ele só enxerga aquilo ali como a oportunidade que ele teve no momento. Que ele pára de estudar, né? Tem o (Programa) Jovem Aprendiz, tem vários cursos profissionalizante (sic) dado pelo Governo (Federal) de graça, (...) E ele pára a vida dele em função desse

trabalho, de pegar das 7h ou das 6h da manhã até não sei que horas, e fazer troca, e ser 'olheiro'⁸⁴, [...] e comer ali, e ficar naquela situação de alto risco. (ACS 03)

Assim, é possível apontar perfis distintos de homens associados ao consumo de drogas e/ou ao tráfico com os quais ACS lidam em seu cotidiano: 1. Aquele que trafica, mas não consome drogas; 2. Aquele que consome, mas não comercializa drogas e; 3. Aquele que usa e trafica drogas.

Contrastar os dados oriundos da experiência dos/as ACS em contato com homens caracterizados deste modo (traficantes que não consomem SPA; homens que usam, mas não comercializam drogas; e usuários de drogas que traficam) remete à noção de *auto regulação*⁸⁵ do uso de SPA, desenvolvida por Jean-Paul Grund (1993). Este conceito complementa a compreensão de Zinberg (1984) acerca do controle exercido por rituais e regras sociais sobre o consumo de drogas, ao apontar a capacidade do sujeito em obedecê-los como mais um fator interveniente sobre a eficácia de “processos sociais reguladores”, como os denomina Grund (1993, p.238).

Para Grund (1993), o usuário que trafica possui a capacidade de lidar com o uso de SPA de modo menos pernicioso. O mesmo pode ser afirmado em relação ao homem envolvido com o tráfico que não consome as drogas que comercializa. O envolvimento com o tráfico exige do sujeito o exercício de uma agência distinta daquela observada em homens que consomem SPA

⁸⁴ *Olheiro*: gíria utilizada para se referir à pessoa que atua como vigia da movimentação do local a serviço de traficantes.

⁸⁵ Segundo Grund (1993, p. 243), a *auto regulação* abrange desde a limitação do uso de SPA até a “prevenção e administração dos problemas” ligados às mesmas, relacionados à “disponibilidade da droga e a estrutura de vida” do usuário. Por isso, consiste em um “processo multidimensional”. O envolvimento com o tráfico de drogas exige que o sujeito mantenha uma organização mínima de sua vida cotidiana, capaz de conciliar esta ocupação às atividades, relações pessoais, responsabilidades, objetivos, expectativas etc., associadas ou não às SPA. Ao mesmo tempo, lhe possibilita o acesso a grandes quantidades destas substâncias, e recursos suficientes para adquiri-las. Estes fatores contribuem para que a obtenção da droga não se torne seu interesse principal; e lhe permitem desenvolver rituais e regras favoráveis ao uso controlado (o que não significa necessariamente um baixo nível de consumo) e à manutenção de uma vida minimamente estruturada. A disponibilidade da droga; os valores, regras e rituais sociais; e a estrutura de vida compõem um circuito circular que depende essencialmente de diversas variáveis sociais, e se retroalimenta. A auto regulação desmistifica algumas concepções basilares da abordagem proibicionista sobre o uso de drogas. Primeiramente, desconstrói a noção da prática do consumo de SPA como algo isolado. Embora possa se tornar uma atividade predominante na vida de alguns indivíduos, isto não invalida seu forte caráter social. Outro argumento contestado consiste em admitir que os padrões de uso são condicionados estritamente à natureza da substância consumida, o que justifica a noção de “escalada” do uso de drogas referida anteriormente. A constituição de padrões de consumo de SPA, ao contrário, depende da ação conjunta de diversos determinantes, sobretudo de natureza social o que reafirma a importância de compreender os usos de SPA inseridos nos seus respectivos contextos sociais.

e não traficam. A negociação ilegal de drogas figura como um fator favorável ao controle do sujeito sobre o seu uso de drogas, ao ponto de abdicar do consumo.

Em contrapartida, a associação destes homens ao tráfico de drogas reafirma o temor do/a profissional de saúde ser atrelado/a, ainda que indiretamente, a alguma atividade perigosa e/ou ilegal.

MacRae (2010, p.1-2) destaca que o traficante é alvo de “ideias falseadas, autoritárias e preconceituosas” do mesmo modo que o usuário de drogas. Sua demonização reflete uma “maneira pouco matizada” de concebê-lo e tratá-lo, e contribui para desqualificá-lo enquanto um sujeito merecedor de cuidados. Os estereótipos atribuídos ao traficante contribuem para a criação de um inimigo social imaginário, visto como ameaçador da ordem e da saúde coletivas. Seu enfrentamento mascara alguns dos problemas estruturais da nossa sociedade, e serve ao propósito de manter uma ordem social desigual. Ao mesmo tempo, desvia a atenção sobre a “necessidade de haver um maior controle” sobre a produção, comércio e consumo prejudicial das drogas legalizadas.

As contribuições deste autor são úteis para problematizar se o/a agente comunitário/a de saúde admite as pessoas ligadas ao tráfico como “uma minoria da população facilmente estigmatizável”. Do mesmo modo, são convenientes para questionar a associação entre o estereótipo atribuído a estes sujeitos e a sua marginalização, a qual torna a (sub)cultura da droga menos permeável à sensibilização promovida por profissionais de saúde (MACRAE, 2010, p.2). Não é possível responder a estas provocações sem considerar a dura realidade com a qual o/a ACS convive e lida em sua rotina de vida e de trabalho no bairro, sobretudo o risco real e inerente à realização de uma abordagem em meio a pessoas que desenvolvem ações ilegais.

O estudo de Bonet (2005, p.103) contribui para afirmar que, de modo análogo à experiência da saúde e da doença, o consumo de SPA e o envolvimento com o tráfico de drogas configuram modos de “ser-no-mundo”. Isto exige do/a ACS um posicionamento diferenciado. Cabe ao/à profissional de saúde recorrer a tecnologias de cuidado distintas diante dos homens que (não) traficam e/ou (não) consomem SPA. Em outras palavras, o/a ACS é demandado/a a produzir e/ou acionar uma sabedoria prática ao atuar no bairro.

A sessão a seguir problematiza a influência da experiência do/a ACS em relação às drogas, ao consumo destas substâncias e aos usuários de SPA sobre o cuidado oferecido ao usuário de crack. Em seguida, confronta o discurso do/a ACS de sentir-se inábil para abordar este sujeito à sua prática, visto que elabora estratégias capazes de conciliar o cuidado de si e do

consumidor de crack. Por fim, trata de aspectos associados à abordagem do tema “uso de drogas”, o que também repercute sobre a atenção em saúde oferecida para este usuário.

5.5 O cuidado oferecido ao usuário de crack pelo/a ACS

Definir o usuário de crack na perspectiva do/a ACS implica conhecer o que o seu contexto cultural e a sua vivência ditam sobre as drogas, os usuários de drogas e a prática de consumo destas substâncias, como referido nas sessões anteriores. Porém, isto tem oferecido poucas pistas sobre o *sujeito* por trás do consumo de crack.

Na tentativa de retratar o usuário de crack, deparei-me com a mesma dificuldade. Estudos de referência, a exemplo da Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack (BASTOS E BERTONI, 2014), limitam-se a descrever a *prática* de consumo numa perspectiva de análise quantitativa, baseada em dados socioeconômicos e demográficos (raça, idade, escolaridade, ocupação etc.), sem se deter sobre a *subjetividade* do sujeito que a realiza. O mesmo pode ser afirmado em relação à legislação que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Embora reconheça que o propósito deste Decreto consiste em definir medidas e instâncias de gestão responsáveis por ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários (o que inclui o enfrentamento do tráfico de drogas ilegais), ela não define o *sujeito* do qual trata.

Os estudos de Rui⁸⁶ (2012) e Malheiro⁸⁷ (2013) seguem em direção contrária, pois descrevem detalhadamente aspectos da subjetividade do usuário de crack. Ironicamente, a principal contribuição destas pesquisadoras, consiste em me auxiliar a compreender que partilho com os/as ACS uma visão indefinida sobre este sujeito.

O/A profissional de saúde pouco ou mal alcança o usuário de crack em sua rotina de trabalho. A “visão indefinida” espelha este distanciamento. Por um lado, esta distância pode ser interpretada como resultado da dissonância entre as perspectivas terapêuticas que coexistem na ESF. Por outro lado, remete às modalidades de cuidado às quais ACS recorrem para assegurar

⁸⁶ Rui (2012) enfatiza a figura do “nóia” (denominação popularmente utilizada para se referir à pessoa de aparência suja, desgastada, emagrecida, considerada repulsiva e desmoralizada, cujo consumo de crack é intenso), sobretudo em situação de rua. Embora sua análise seja muito rica, este perfil não corresponde ao relato dos sujeitos conhecidos ou contatados por ACS no meu campo de pesquisa.

⁸⁷ Malheiro (2013) analisa e compara detalhadamente diferentes padrões de consumo e estilos de vida de usuários de crack contatados na região do Centro de Histórico de Salvador, pautada em suas histórias de vida.

a assistência em saúde deste sujeito. Estas estratégias caracterizam-se por relacionar formas de vínculo ambíguas ao cuidado *no/do* habitar.

Os relatos dos/as agentes comunitários/as de saúde revelam que a presença e circulação do usuário de crack no território difere entre as microáreas. A identificação do homem que consome crack no território varia de acordo com o cenário e a dinâmica características de cada área de atuação. Há ACS, por exemplo, que descrevem sua microárea como um perímetro tranquilo, onde não há usuários de crack; Há outros que cogitam a possibilidade de haver usuários entre os moradores que acompanha, porém desconhecem quem sejam; Há ainda aqueles/as que relatam haver em sua microárea não somente usuários de crack, como traficantes.

O cuidado oferecido por ACS aos usuários de crack está diretamente associado à sua experiência e à maneira pela qual estes/as profissionais pensam a respeito das drogas, dos usuários e da prática do consumo destas substâncias. Embora o contato entre ACS e este público não seja o mesmo, todos/as partilham concepções muito próximas acerca do morador do bairro que fuma crack.

De modo geral, a proximidade física com estes homens ocorre raramente e/ou é inexistente; e quando ocorre, habitualmente não reflete uma interação social íntima entre o usuário e o/a agente comunitário/a de saúde. Isto é comum para ACS que consideram as drogas um fator estritamente negativo e sentem-se intimidados em tratar do tema.

Contrastar esta perspectiva à legislação revela alguns aspectos importantes. A Política Nacional de Atenção Básica estabelece que o/a profissional deve considerar “o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral” (BRASIL, 2012a, p.20) – o que representa um aspecto em comum com o referencial teórico sobre cuidado, adotado neste trabalho. Esta Portaria determina ainda que a abordagem em saúde enfatize “os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis” (BRASIL, 2012a, p.41).

O atrito entre a vivência destes/as ACS e a legislação salienta a defasagem desta política, por ainda se basear no conceito de “grupo de risco”, substituído atualmente pela noção de

vulnerabilidade⁸⁸. Além disso, ela não garante resolubilidade às dificuldades enfrentadas por estes/as ACS em sua rotina de trabalho.

ACS que consideram o uso abusivo de drogas como uma enfermidade situam o consumo de SPA na esfera da saúde. Porém, isto não os/as motiva a estabelecer um vínculo com o usuário de crack. A maioria dos relatos refere esta resistência. Ainda que este indivíduo seja considerado uma pessoa sociável - perfil denominado “*Robin Wood*” por uma das ACS – o/a profissional hesita⁸⁹ estabelecer uma relação de proximidade com o homem que usa crack ou, até mesmo, ter algum tipo de contato com ele.

O receio resulta da imprevisibilidade de se envolver, mesmo que indiretamente, em situações que exponham sua vida ao risco, a exemplo de estar presente no momento em que houver uma batida policial ou um acerto de contas entre o usuário e o traficante:

Tem muitas pessoas que é tipo ‘Robin Wood’, né? [...] Usa, mas é legal, é gente boa. [...] Mas ele lá, eu cá, sem muita aproximação. Porque a mesma coisa quem usa, faz, a hora que chega a polícia, chega outro cara pra... Ai você tá ali perto, então... Não é bom tá perto. [...] (Manter) um respeito, mas uma certa distância. (ACS 02)

Diferentes profissionais expressaram reticência em estabelecer contato com homens que usam crack, e afirmaram desconhecer como abordá-los. A hesitação foi claramente manifestada nas ocasiões em que busquei estabelecer contato com usuários de crack intermediada pelos/as ACS, em suas microáreas. Para os/as agentes de saúde, a pesquisa poderia ser confundida por usuários com uma investigação policial, como citado na Introdução. Minha presença poderia coincidir com a chegada da polícia no bairro, o que poderia motivar uma represália dirigida aos/às ACS. O depoimento de uma agente comunitária de saúde ilustra esta preocupação:

Eu não sei se ele (usuário) pode achar que isso (pesquisa) aqui é uma afronta. [...]. Nem vou arriscar a levar você e nem vou me arriscar a encontrar a pessoa pra você fazer isso (entrevista). [...] E depois você vai embora e quem vai ficar sou eu. Ai [...] você acaba de sair de lá, dois dias depois vai a polícia. [...] Ele pode imaginar que entre eu e você conseguiu que a polícia chegasse até lá.

⁸⁸ Os conceitos de vulnerabilidade e risco são compreendidos como algo que se constitui no cotidiano das pessoas. O *risco* corresponde a um processo, ao invés de uma variável em si; e refere-se a grupos e populações. *Vulnerabilidade* diz respeito às suscetibilidades e/ou predisposições dos sujeitos, em determinada sociedade, diante de situações adversas, a exemplo de desordens ou estresse. A vulnerabilidade só opera diante da presença do risco. Ela relaciona-se de modo complexo “às forças individuais, ao ambiente e à presença (ou não) de suporte social” (JANCZURA, 2012, p.303).

⁸⁹ O receio é ilustrado, por exemplo, por meio do tratamento durante uma abordagem. ACS afirmam tratar indistintamente usuários e não usuários de crack por “*senhor*” (ACS 02). Isto não é uma atitude atípica. Porém, diante de um usuário de crack, esta formalidade é enfatizada, mesmo ao se tratar de um homem de pouca idade. A deferência busca reiterar o distanciamento do/a profissional em relação a este sujeito, sobretudo se o usuário possui envolvimento com práticas violentas e/ou criminosas.

[...] Eu não sei como chegar, eu não sei como abordar, eu não sei como tratá-lo, eu não sei se ele quer tratamento, porque eu não tenho nenhuma ligação com eles [...]. (ACS 03)

A apreensão partilhada por Agentes Comunitários de Saúde desta ESF reafirma o estudo de Quinderé (2013) acerca da atenção ao usuário de crack na rede básica de saúde. Segundo este autor, o “medo em lidar com esta população” e/ou o “receio de estabelecer vínculos com este tipo de usuário” foram relacionados ao “medo de se envolver com traficantes ou usuários de drogas”. Os profissionais de saúde consultados neste estudo referiram igualmente:

[...] Receio de que este tipo de ação (participar da pesquisa) pudesse ser reprimido pelos traficantes da área, ou até mesmo de usuários serem perseguidos e que isto viesse a gerar represálias contra os trabalhadores das unidades de saúde (QUINDERÉ, 2013, p.82).

O temor não é infundado; e ocasiona uma descontinuidade na atenção em saúde dirigida a este sujeito.

A resistência dos/as ACS em abordar os usuários contrasta com a própria compreensão acerca do papel que desempenham no território. ACS veem-se como o “*elo (que) aproxima a comunidade do posto*” (ACS 02). Isto é igualmente referido por agentes comunitários/as vinculados/as a outra unidade de saúde soteropolitana, como aponta o estudo de Souza e Freitas (2001).

Esta reticência opõe-se ao modo como estes/as profissionais concebem sua atuação junto à população. Para os/as ACS, sua prática é marcada principalmente pelo sentido de cuidar, a exemplo de “*ser uma pessoa querida da comunidade, amiga, tipo um anjo da guarda*” (ACS 02); zelar pela saúde dos moradores ou atuar como seu “*cuidador*” (ACS 02). *Cuidar* significa ainda “*só sentar e conversar*” (ACS 01). Nestes casos, a confiança depositada nos/as profissionais lhe confere um estatuto diferenciado, como explica uma das ACS: “*Aí tem muitas (pessoas) que cria tanta confiança [...]. Até a sua vida pessoal conversa com o agente comunitário. Passa a ser um psicólogo o agente comunitário.*” (ACS 05).

Estes comentários ilustram claramente aspectos cruciais inerentes ao processo de cuidar, como as dimensões ética e existencial do cuidado (citados na Introdução e Capítulo 2), a relação sujeito-sujeito no momento do cuidado (referida nos Capítulos 2 e 5), os “cuidados invisíveis”, a afinidade, a confiança e o vínculo (abordados na Introdução e Capítulo 4).

O/A agente comunitário/a de saúde declara desconhecer como conduzir esta abordagem. Isto contrapõe-se ao fato de haver ACS que não demonstram nenhum tipo de hesitação ou in experiência prática em lidar com usuários de crack. Em paralelo, contrasta com a adoção de

medidas para garantir a atenção em saúde dirigida ao usuário, ainda que envolvido em atividades ilícitas. É oportuno explorar como o/a ACS lida com este e outros conflitos através de exemplos:

A ACS 13 é um exemplo de agente de saúde que não titubeia ao se deparar com usuários de crack; e se diferencia da maioria dos/as colegas sobretudo por sua atuação destemida. Ela foi uma parceira fundamental no desenvolvimento da pesquisa, especialmente por promover minha aproximação com os usuários em sua microárea. Esta profissional verbalizou sua preocupação em colaborar com meu estudo; permitiu que eu a acompanhasse sistematicamente em suas incursões na microárea; apresentou-me a figuras importantes na hierarquia do tráfico local; e me inseriu ativamente em suas abordagens em campo, ao me envolver na conversa durante as abordagens (ex. perguntar minha opinião e valorizar meu depoimento; explicar-me do que se trata determinado assunto etc.); delegar-me tarefas (ex. preencher formulários do e-SUS) etc. Esta ACS lida diretamente com usuários de crack de modo descontraído, claro e profissional. A linguagem utilizada, a postura assumida durante a abordagem e as informações repassadas não destoam daquelas observadas nas intervenções junto a homens não usuários de crack.

A ACS 03, ao contrário, ilustra a atuação de agentes comunitários/as de saúde que afirmam desconhecer como abordar o usuário, como explicitado em seu depoimento anterior: “[...] *Eu não sei como chegar, eu não sei como abordar, eu não sei como tratá-lo [...]*”. (ACS 03). Ela recusou-se terminantemente a me apresentar aos usuários e/ou traficantes em sua microárea. Seus relatos incluem situações nas quais se sente insegura⁹⁰. Curiosamente, similar à ACS 13, ela circula em cenas de uso e lida sem timidez com os usuários e traficantes em uma microárea que abriga pontos de venda e consumo de SPA ilegais.

Esta ACS participou anteriormente de uma formação em ações de Redução de Danos, por intermédio da ESF. As ideias que expressa ao descrever uma suposta abordagem possuem diversos aspectos em comum⁹¹ com esta perspectiva de cuidado:

⁹⁰ Presenciei em mais de uma ocasião a ACS 03 rememorando duas situações marcantes: ao ser autorizada a adentrar uma casa e se deparar com um morador, envolvido com o tráfico de drogas, que limpava e conferia tranquilamente uma arma desmontada; e, em outra visita domiciliar, encontrar um morador que preparava trouxinhas de maconha recolhendo pequenas porções de uma banheira de criança repleta da erva, ao lado de sua mãe. Embora estas histórias tenha sido lembradas entre risos, a ACS assinalou a surpresa e a aflição sentidas, e seu esforço em transparecer tranquilidade nestas ocasiões.

⁹¹ O depoimento ilustra que a profissional traça um paralelo entre diminuir o sal para favorecer o controle da hipertensão, e diminuir a quantidade de cigarros consumida, sem implicar na interrupção do uso do tabaco. O objetivo é estimular (ao invés de impor) a mudança de comportamentos sem constranger o sujeito a abdicar de

É você tá orientando. Se você [...] tem costume de fumar três, quatro cigarros: 'Vamos tentar diminuir este risco? Passar a fumar um, dois?' Você não pode passar a proibir: 'Isso não, que isso faz mal. Não coma muito sal que isso...'. Não. 'Vamos diminuir a quantidade de sal? [...] De açúcar?' Então eu acho que é a mesma coisa com o usuário de droga. (ACS 03)

Os elementos presentes na abordagem descrita por esta ACS – a sensibilidade; o respeito à especificidade, à autonomia e às escolhas de vida do sujeito; o provimento de informações em saúde; e a comunicação dialógica, favorável à negociação - atendem à noção de cuidado pautada nos princípios da RD, os quais direcionam as políticas públicas definidoras do atendimento na ESF e da atenção em saúde da pessoa que consome crack. Simultaneamente, corresponde ao conceito de cuidado definido pela Enfermagem e Saúde Coletiva, apresentado inicialmente neste trabalho. Neste sentido, seu conteúdo permite estabelecer uma conexão entre ambas.

As sucessivas conversas com esta profissional permitiram identificar outros aspectos. Esta ACS diferencia drogas legais das ilegais; afirma orientar o filho maior de idade para evitar o uso de SPA ilícita; presencia comércio e consumo de SPA ilegais; identifica o usuário de crack e reconhece aspectos associados à cultura do uso de SPA (ex. “rodas” de uso); e afirma que o acesso a saúde (o que inclui ser orientado e informado) é um direito de todos. Ao mesmo tempo, reitera posição impotente ao afirmar que desconhece como lidar com o usuário de crack.

Assim como a ACS 03, existem outros/as agentes de saúde que se consideram inábeis e inseguros para abordar o usuário de crack. Isto contrapõem-se ao fato destes/as profissionais desenvolverem formas para sentir-se protegidos/as e, ao mesmo tempo, garantir a oferta de atenção em saúde para este sujeito. O trabalho de campo permitiu identificar alguns destes recursos, como:

1) *Destacar associação entre identidade profissional e atenção em saúde:* Esta estratégia consiste no/a ACS explicitar que ocupa uma posição diferenciada no território. Sua presença deve-se unicamente ao objetivo de lhe *prestar* um serviço: assegurar o cuidado com a saúde. Isto foi observado em uma abordagem realizada pela ACS 13. Durante uma conversa breve com uma moradora com quem possui vínculo, foi informada de que um rapaz, sabidamente envolvido com o tráfico, passou a residir em sua microárea enquanto permaneceu

suas práticas. Ela relaciona o cuidado ao estilo de vida do sujeito; respeita sua escolha e autonomia em manter ou não determinados hábitos; e não avalia a conduta com base em um parâmetro moral, mas a partir dos riscos que representa para a saúde. Todos estes aspectos correspondem à concepção de cuidado estabelecida pela perspectiva da Redução de Danos.

afastada da ESF por motivo de saúde. A ACS, que ainda não o conhecia, interpelou-o enquanto ele e sua companheira jovem e gestante entravam na casa de outro morador, perto de onde nos encontrávamos. De forma simpática e objetiva, ela informou seu nome; apresentou-se como agente comunitária; e esclareceu que era preciso combinar uma visita para cadastrar sua família.

2) *Compartilhar informações entre colegas de trabalho:* ACS partilham entre si ou com outros/as profissionais da ESF (ex. enfermeiros/as) suas impressões e dificuldades ao lidar com os usuários vinculados (ou não) ao tráfico; e trocam informações acerca da situação na área estar (ou não) propícia à realização do trabalho. Trata-se, portanto, de uma estratégia favorável ao autocuidado. O relato de uma das ACS exemplifica esta situação:

Porque [...] tem [...] área aqui que [...] as meninas (ACS, enfermeiras) têm [...] receio até pra levar alguém ou pra fazer algum trabalho de campo. Elas sempre avisa (sic) que tá indo fazer a escovação, e acaba elas passando no meio (do movimento do tráfico) também, e vendo esse usuário, né? Tanto elas relatam [...] como eu também relato pra elas [...] o que eu vejo; no dia que [...] dá pra fazer o trabalho. Porque tem dia também que eu fico meio receosa, porque tem uma pessoa estranha ou então a polícia tá na área. (ACS 03)

Outras informações repassadas entre os/as profissionais são as práticas ilegais cometidas por usuários (ex. violência doméstica, roubo, etc.). Diante de sujeitos muito agressivos, perigosos e/ou situações muito arriscadas, o/a ACS evita o contato com o usuário de crack por prudência. O/A profissional vê-se obrigado/a a renunciar a abordagem para preservar a si mesmo/a.

O confronto entre esta decisão e a legislação revela dois aspectos. Ao agir deste modo, o/a ACS contraria as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, que institui o acolhimento do usuário do serviço, a promoção do seu vínculo com a unidade de saúde e de sua “co-responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde”, no que diz respeito à atenção ao homem usuário de crack (BRASIL, 2012a, p.20). Por outro lado, abster-se é uma tática de autocuidado; e remete à sensação de desamparo sentida por este profissional, diante de situações de violência. A política não lhe assegura meios para resguardar-se como necessita.

Em situações nas quais o usuário de crack é alguém reconhecidamente associado a atividades ilegais (ex. tráfico de drogas) e/ou circula neste cenário, o/a ACS recorre ainda a outros artifícios:

3) *Negociar previamente autorização para realizar atividades educativas na área:* Este estratagemas é necessário sobretudo nas microáreas onde há “bocas”. O objetivo é dissipar a desconfiança que permeia o contexto do tráfico de drogas, visto que esta atividade exige um

acentuado controle e vigilância sobre a movimentação e os propósitos de quem circula próximo aos pontos de venda.

4) *Sensibilizar(in)diretamente o usuário*: Esta tática é empregada, por exemplo, quando a atenção em saúde implica na ida do sujeito ao serviço. O apelo dirigido ao usuário refere-se à realização de uma consulta médica ou à participação em ações educativas oferecidas e/ou desenvolvidas nas dependências da ESF. Os usuários suspeitam de que o convite para ir à unidade possa significar “*uma armação*” (ACS 02), ou seja, a tentativa de camuflar uma emboscada.

Até você se portar a ele pra ele vir pra unidade [...] chega a ser uma problemática [...]: ‘Ah, venha fazer um curso, não sei o quê’. [...] Procurar saber pra o senhor ir e tal. [...] Eles já são desconfiados por si. [...] (A desconfiança) É de quem comanda, de quem usa. ‘Por que? Vou fazer o que na unidade?’ Pensa até que é uma armação, fica com medo. (ACS 02)

A fim de contornar esta desconfiança, o/a ACS busca sensibilizar uma pessoa próxima ao usuário, a exemplo do cônjuge ou outro familiar, com o intuito de atingi-lo indiretamente.

A sensibilização indireta foi descrita associada a outra alternativa: negociar o agendamento da consulta do usuário com os/as demais profissionais de saúde de modo a antecipar o atendimento⁹². Isto motivava o sujeito a sentir-se grato ou a nutrir uma “*consideração*” (ACS 02) pelo/a agente comunitário/a. Embora não fosse algo permanente, repercutia positivamente no vínculo (a ser) estabelecido entre ambos.

5) *Flexibilizar o atendimento oferecido na ESF*: A rotina de pessoas envolvidas com atividades ilícitas requer uma atenção diferenciada, especialmente ao se tratar de “*alguém perigoso, que não pode demorar na unidade*” (ACS 01). Há sujeitos que não podem circular livremente no bairro a ponto de comparecer a uma consulta ou buscar pessoalmente uma medicação no serviço. Em casos como este, o indivíduo define os dias e horários nos quais

⁹² No período em que esta informação foi cedida, a organização dos atendimentos na ESF era realizada com base na agenda de cada profissional (ex. enfermeiro/a, médico/a etc.), que definia dias específicos para o atendimento dos diferentes públicos-alvo (ex. gestantes, adultos, crianças, etc.) e podia remarcar as consultas a seu critério, a exemplo da necessidade de antecipar ou postergar um atendimento. Posteriormente, foi implementado pelo Setor de Regulação da SMS um sistema integrado de marcação de consultas denominado *Sistema Vida*, no qual cada técnico/a informa os dias em que estará disponível para realizar atendimentos. O novo sistema permite apenas uma consulta por mês para cada morador/a – se houver vagas disponíveis. Caso esteja impossibilitado/a de comparecer e não comunicar a desistência, é impedido de reagendar a consulta por um intervalo de 30 dias. O agendamento de consultas de retorno é restrito a 45 dias após o primeiro atendimento. O sistema possibilita identificar e quantificar os/as pacientes faltosos/as, o que mobiliza o/a ACS a investigar o motivo da ausência junto à família. A produção e o absentismo de cada profissional na unidade de saúde são contabilizados por meio de uma planilha. A rigidez do modelo atual não favorece o cuidado oferecido por ACS para os usuários de crack e/ou pessoas envolvidas com o tráfico de drogas.

poderá receber a equipe da ESF em sua casa, e os informa para o/a ACS. O atendimento é realizado obedecendo a este critério, e pode incluir o revezamento entre os/as agentes comunitários de saúde da mesma equipe. Há ainda relatos sobre profissionais que compareceram à ESF antes do horário formal de trabalho para atender a uma pessoa enquanto a unidade estivesse esvaziada.

Os estratagemas empregados por ACS associam a abordagem direta, a abordagem indireta e a evitação. Estes mecanismos refletem o exercício do cuidado fundamentado na sabedoria prática do/a agente comunitário/a de saúde; e na estreita relação entre o sujeito e o território. Ou seja, estão relacionados ao cuidado *no/do* habitar.

As estratégias remetem igualmente às ambiguidades do cuidado. A sensação de inaptidão; a lacuna existente entre a idealização do trabalho e o que é possível pôr em prática no cotidiano; a insatisfação do/a ACS diante dos limites da atuação; o receio de expor-se a situações de risco; o sofrimento decorrente do convívio com situações de violência etc. mesclam-se ao empenho deste/a profissional em garantir a assistência em saúde do usuário de crack, sem abdicar de zelar por si. Sua experiência prática contrabalança a sensação e/ou ideia de imobilização.

Alguns destes artificios são utilizados indistintamente na abordagem de homens usuários ou não de crack (associar a atuação e a identidade profissional à atenção em saúde; e compartilhar informações entre colegas de trabalho). Conforme citado no Capítulo 3, a ambiência da unidade de saúde e a dinâmica do atendimento na recepção e sala de espera também *não* assinalam uma distinção no tratamento de homens que usam crack e não usuários. Nas dependências da ESF, a diferença é marcada por meio da adoção de alguns procedimentos *durante* o atendimento (a ser discutida adiante). Portanto, há circunstâncias (no espaço interno da ESF ou fora do serviço) nas quais ACS lidam com os homens da comunidade independente do fato de consumirem ou não o crack.

Porém, não se deve ignorar que o risco atrelado à ilegalidade desta prática indica uma diferença que reafirma a condição de “marginal”, atribuída ao usuário no imaginário social, em duplo sentido: “contraventor” e alguém que deve ser mantido “à margem de”:

A gente age normalmente, como se fosse uma pessoa qualquer. [...] não diferencia ele por ser usuário, não. [...] Quem conhece mais eles, que andam lá pelo meio, o que rouba, o que faz, as meninas (ACS) sinalizam: ‘Oh, aquele ali, assim, assim’. [...] Se vê, a gente não procura ficar mais próximo, mas é normal. (ACS 01).

O cuidado em saúde oferecido por ACS para o usuário de crack é influenciado ainda por outros fatores que este/a profissional de saúde leva em consideração ao cogitar abordar o tema “uso de drogas”. É possível citar: o cenário onde ocorre o trabalho (ex. institucional, ambiente aberto); características do usuário (ex. gênero, idade, personalidade etc.); grau de proximidade entre ACS e usuário; referencial terapêutico que predomina ao tratar o tema etc. Referir estes aspectos intervenientes em separado busca apenas facilitar a compreensão a seu respeito, visto que eles se apresentam indissociadamente na realidade.

Os/as ACS relatam sentirem-se mais seguros para abordar o assunto “consumo de SPA” junto ao público feminino, ao invés do masculino. Enquanto uma das ACS afirma tratar “*abertamente*” (ACS 01) sobre o tema com uma mulher usuária de crack em sua microárea, teme fazer o mesmo com os homens.

Por outro lado, o gênero do/a agente comunitário/a de saúde repercute no contato com o usuário, ao considerarmos sua associação ao papel maternal encarnado por algumas ACS. Estas profissionais projetam na relação estabelecida com estes rapazes o zelo e o tratamento dedicado ao próprios/as filhos/as, cuja idade é similar ou muito próxima da faixa etária de alguns dos usuários de crack com quem lidam em suas microáreas. Por exemplo: há situações nas quais as ACS tratam os homens que usam crack por “*meninos*” (ACS 01), a despeito de sua maioridade; ou enfatizam aspectos físicos tipicamente associados em nossa sociedade a preocupações maternas, como a perda de peso e a palidez da pele:

“A gente acaba sentindo, imaginando um filho nosso que tá ali assim.” (ACS 01)

“Porque eu como mãe, como mulher, que tenho um filho quase da mesma idade, eu me sinto um pouco mãe, responsável por esses meninos.” (ACS 03)

“Eu tô sentindo que a recuperação dele (usuário) tá sendo ótima. Ele tá mais gordinho, [...] mais corado.” (ACS 03)

A idade representa um fator inversamente proporcional à disponibilidade do/a ACS em debater sobre “uso de drogas”: quanto mais velho o sujeito, maior é o receio manifestado pelo/a agente comunitário/a de saúde⁹³.

Na unidade de saúde, a problematização acerca de “consumo de SPA” ocorreu por meio de atividades promovidas no Grupo de Adolescentes organizado por ACS (ex. exibição de filmes, realização de dinâmicas de grupo, teatro etc.) e no PSE: “*O único trabalho que a gente*

⁹³ Não foram reunidas informações acerca da relação entre a idade do/a agente comunitário/a de saúde e a predisposição do/a profissional em abordar o usuário de crack.

faz com relação às drogas são [...] falar sobre drogas nas escolas e nos grupos - de adolescentes, principalmente.” (ACS 01).

O desenvolvimento de ações educativas voltadas à “prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas” (BRASIL, 2012a, p.76) junto a adolescentes está previsto no PSE. Habitualmente, isto ocorre por meio de palestras educativas realizadas na escola do bairro, organizadas sobretudo por agentes de saúde em cujas microáreas existe um grande número de jovens. Ou seja, o perfil dos moradores dos locais onde os/as ACS atuam norteia a proposição e o formato das estratégias de trabalho; e define o engajamento dos/as profissionais nas ações em saúde. Isto reafirma a importância de considerar seu trabalho estreitamente relacionado ao território; e a impossibilidade de dissociar esta especificidade do processo de cuidar pelo qual é responsável. A declaração de uma ACS ilustra esta compreensão:

*Como a minha área é uma área de adolescente, eu sempre busco o que? As escola(s) (sic) onde alguns estudam, que outros deixaram a escola. [...] Uma área de jovens que ainda estão na escola, sendo irmão desses usuário(s), **já que a gente não pode chegar até o usuário, mas a gente chega aos irmãos, às irmãs, então a gente usa as escola, usa a unidade quando eles vem e usa o Grupo de Adolescente.** (ACS 03) (grifo nosso)*

O desenvolvimento de estratégias lúdicas representa a clareza e o empenho de adequar o trabalho ao perfil do público-alvo, e manter o vínculo destas pessoas com a ESF. Esta perspectiva corresponde a pré-requisitos para que a oferta de cuidado qualificado em saúde se constitua: a valorização das particularidades do sujeito; o estabelecimento e/ou fortalecimento do enlace com o mesmo (vistos nos Capítulos 3 e 5); e a cumplicidade estabelecida entre o serviço de saúde e a comunidade (referida no Capítulo 3).

A iniciativa reflete igualmente o limite do/a profissional em lidar com o assunto, o que é sugerido no trecho destacado no depoimento acima. A sensibilização de garotos e garotas que, de algum modo, convivem com os usuários adultos – filhos/as, irmãos/ãs, primos/as, vizinhos/as etc. – representa a aposta do/a ACS em alcançar *indiretamente* os usuários, como referido anteriormente. É a única alternativa viável para realizar o trabalho, visto que o perigo atribuído à abordagem destes homens torna esta tarefa “*impossível*” (ACS 03):

*É complicado você parar numa roda de conversa deles (usuários) e pedir [...] que diminua, mostrando o risco que é. Então isso seria uma sala de espera, dentro de uma unidade, numa escola de adolescente, você falar de droga, mas com vídeo, com brincadeiras, com teatro. Dessa maneira, é possível. **Mas na área onde você trabalha, é impossível você fazer esse trabalho.** (ACS 03) (grifo nosso)*

Neste sentido, o contexto onde ocorre a abordagem consiste em um fator importante. A distinção dos limites entre o local de trabalho e o trajeto para alcançá-lo é prejudicada no caso do/a agente comunitário/a de saúde, pois sua atuação é concentrada em ambientes abertos. A rua é o principal cenário de sua atuação (LANCMAN et al. 2009; SOUZA E FREITAS, 2011).

Nas microáreas, ao longo das ruas, a interação entre agentes comunitários/as de saúde e usuários de crack é descrita como muito limitada, restrita a cumprimentos tímidos e esporádicos. A saudação ao/à ACS ocorre quando o usuário considera oportuno e/ou quando o/a profissional é familiar para ele, habitualmente se atua na microárea em que o sujeito nasceu e/ou se criou. Do contrário, o/a ACS é tratado/a como qualquer outro/a morador/a do bairro. Uma exceção consiste o/a ACS que não pertence a determinada microárea circular neste território por estar acompanhado/a por outro/a agente comunitário/a de saúde que tenha vivido e/ou vive no local há muito tempo, e a cuja presença o usuário já está habituado. Em contrapartida, os/as agentes comunitários/as adotam posturas similares às dos usuários: passam “*reto*” (ACS 02), ou seja, assumem uma postura indiferente diante de um homem que sabem ser um consumidor de crack, especialmente quando vinculado ao tráfico.

A atuação do/a ACS a céu aberto ocorre em meio aos riscos que caracterizam uma cidade violenta como Salvador/BA, e que lhe fogem do controle (aspecto tratado no Capítulo 4). O risco associado à violência debilita o cuidado ofertado por este/a profissional, pois limita a atenção a determinados perímetros do bairro; restringe o rol de ações em saúde realizadas na comunidade; e desencoraja o/a ACS a acompanhar determinados sujeitos no território (SOUZA E FREITAS, 2011).

A atuação em ambiente aberto, aliada à realidade de maior risco social das comunidades nas quais são implantadas as ESF, contribui para acentuar a vulnerabilidade do/a agente comunitário. Ao mesmo tempo, provoca um forte sentimento de desamparo, reafirmado pela precariedade de suas condições de trabalho. O contato cotidiano com pessoas envolvidas com diversos tipos de violência cria situações para as quais não há procedimentos pré-determinados. De modo similar, a incerteza define o contato destes/as profissionais com os usuários de crack a céu aberto (LANCMAN et al., 2009; SOUZA E FREITAS, 2011).

A abordagem realizada durante a visita domiciliar também impõe algumas limitações ao/à ACS, como apontam Cunha e Sá (2013). Esta prática proporciona ao/à profissional a imersão direta na realidade do outro. Demanda o manejo de situações complexas, cuja dimensão social comumente escapa à esfera biomédica, a exemplo de violência doméstica, desemprego,

condições socioeconômicas precárias. É necessário grande disponibilidade interna para contornar o imprevisto e o desconhecido, sem o intermédio de um *setting* terapêutico ou equipamentos – o que caracteriza o atendimento oferecido por um/a médico/a ou um/a enfermeiro/a em um consultório na ESF, por exemplo. Há o imperativo de lidar com sentimentos, angústias e fantasias, por vezes contraditórios; e o desafio de fazer frente a uma demanda ainda não nomeada ou classificada.

Ao mesmo tempo, a visita domiciliar exige do/a ACS lidar com a complexidade da relação estabelecida entre a população e o espaço privado de sua residência. Este procedimento garante visibilidade a assuntos particulares, rotinas e hábitos privados do sujeito em seu espaço domiciliar. Isto os expõem à avaliação e ao “saber-poder sanitário, legitimado pela ciência,” associado ao/à profissional de saúde (CUNHA E SÁ, 2013, p. 69).

É válido referir que as dificuldades enfrentadas por ACS ao realizar o trabalho a céu aberto e as visitas domiciliares não estão restritas ao contato com usuários de crack. Ao contrário, caracterizam a atuação do/a agente de saúde em trechos do bairro e em residências habitados por moradores que consomem (ou não) esta SPA.

A insegurança em abordar os usuários de crack no trabalho face a face em ambientes abertos e/ou nas residências contrasta com o atendimento realizado no cenário institucional (ex. ESF, escola do bairro). O abrigo institucional contribui para que os/as ACS sintam-se protegidos/as.

Nas dependências da ESF, o uso do espaço e a oferta do serviço é a mesma para usuários e não-usuários (ex. consulta médica e/ou odontológica, realização de curativo). O que diferencia o atendimento entres ambos é a *realização* do procedimento. O/a profissional de saúde relata adotar precauções na atenção ao usuário de crack que não são tomadas durante o cuidado dispensado ao homem que não usa esta SPA. Como exemplo, é possível citar a adoção de medidas profiláticas e/ou de detecção de IST habitualmente associadas ao uso de drogas injetáveis (ex. realização de testes rápidos para HIV).

Outra distinção consiste na partilha da informação acerca dos hábitos de consumo do sujeito entre os técnicos/as responsáveis por seu atendimento. A informação é transmitida discretamente. O objetivo é evitar questões que possam causar algum tipo de constrangimento para o usuário ou motiva-lo a não colaborar; e prevenir uma reação agressiva da sua parte por ser rotulado como consumidor de crack, especialmente ao se tratar de um traficante: “*Falar (rotular abertamente) que a pessoa é usuária (durante o atendimento na unidade), pode se*

tornar violenta, pode se tornar perigosa. [...] Ele (usuário) não quer ser apontado (como tal).” (ACS 02)

A oferta de serviço equivalente para homens usuários (ou não) de crack na ESF – ainda que a condução do atendimento seja marcada por especificidades - reafirma o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, ao obedecer à “lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes” (BRASIL, 2012a, p.20).

No entanto, não há um grupo de trabalho dedicado à realização de abordagens educativas nas dependências da unidade de saúde sobre prevenção de riscos e danos associados ao uso de SPA (crack, especialmente) dirigidas a homens adultos. Os já existentes não garantem a assiduidade do usuário no posto de saúde. Habitualmente, estes homens não utilizam os serviços disponíveis na ESF, especialmente ao se tratar de problemas de saúde decorrentes diretamente do consumo de SPA. Tampouco frequentam a escola onde são realizadas as ações do PSE. Estas contradições remetem à complexidade que caracteriza a atenção em saúde voltada para usuários de SPA ilegais no âmbito da rede básica.

A familiaridade entre o/a agente comunitário/a de saúde e o morador do bairro (discutida no Capítulo 2 e, com mais profundidade, no Capítulo 4) representa mais um elemento que influencia na realização da abordagem sobre “consumo de drogas”. Este fator remete à construção de um vínculo com o sujeito; e ao grau de sociabilidade que caracteriza a personalidade de ambos/as. A aproximação pessoal é facilitada pelo contato duradouro e frequente entre o/a agente de saúde e os usuários de crack, ainda que isto não possa ser estendido a todos indistintamente.

A intimidade conquistada, aliada à uma disponibilidade pessoal e/ou abertura em lidar com o outro, permite aprofundar o conhecimento sobre hábitos e medidas de cuidado adotadas por usuários; favorece a sensibilização destes homens em relação a outras formas de garantir a atenção à sua saúde; confere leveza à abordagem; e proporciona maior conforto para o/a profissional ao tratar de “uso de drogas”. Conforme afirma uma ACS:

A menina [...] usa tudo [...]. Eu me sinto segura pra conversar sobre ela, mesmo porque eu vi desde pequenininha, acompanhei tudo [...] Ela é muito ‘dada’ (acessível), ouve os conselhos. (Nome da enfermeira 01) conversa muito com ela. Já o irmão, não. Além de ser usuário, é assaltante de banco. A gente pouco vê. (ACS 01)

O usuário pouco familiar ou completamente desconhecido para o/a ACS, ao contrário, exige um modo de lidar distinto. Isto ocorre sobretudo se possuir um vínculo com o comércio ilegal de SPA. Nestes casos, a abordagem é adaptada de modo a interferir minimamente na movimentação do tráfico de drogas, o que implica promover ajustes na aproximação, atitudes, discurso etc. Esta cautela necessita ser adotada igualmente por outros/as profissionais de saúde que acompanham o/a agente comunitário/a na microárea. Uma medida de segurança para diferencia-los das demais pessoas, e evidenciar o objetivo de sua presença no local consiste em vestir o jaleco, como explica uma das ACS:

É uma área muito arriscada, de uso de droga. Então tem pessoas que não é conhecida. [...] Você tem que saber como [...] chegar, como [...] agir, como [...] ver e não interferir no trabalho deles. [...] Sempre quando eu vou, eu peço que vá de jaleco, porque é uma segurança, tanto pra mim, como pras (sic) pessoas que estão ao meu lado. (ACS 03)

A concepção elaborada por ACS sobre como deve ser conduzida uma abordagem que trate de “consumo de drogas” junto a um usuário influencia igualmente o cuidado que este/a profissional oferece para o consumidor de crack. Para os/as ACS, esta intervenção é caracterizada por uma fala objetiva e direta sobre o consumo de SPA; prescinde da construção paulatina do vínculo com estes sujeitos; e não é associada à orientação sobre outros cuidados com a saúde. Opor este ponto de vista à perspectiva da RD e à legislação que norteia o serviço e a atuação do agente de saúde contribui para problematizar sua influência sobre os resultados alcançados pelo trabalho educativo deste/a profissional.

A objetividade implica na desconsideração da familiaridade, do vínculo, da disponibilidade pessoal, da confiança e da afinidade – aspectos que asseguram o bem estar do/a profissional, e garantem a oferta de cuidado qualificado. Embora o fornecimento de orientações em saúde faça parte do processo de cuidar, não é suficiente para garantir sua existência.

O/A ACS não incorpora o saber elaborado pelo usuário nas estratégias de cuidado, com base nas necessidades, limitações e condições de vida destes homens. Tampouco relaciona a orientação acerca do uso de drogas às ações educativas sobre outros temas. Ao agir deste modo, o/a profissional dissocia a abordagem do uso de SPA da esfera da saúde pública, o que foge ao papel atribuído à ESF diante desta demanda.

A investida idealizada e concretizada segundo este formato também não dialoga com o conceito de sabedoria prática atribuída ao/à ACS. Embora a abordagem esteja associada à experiência deste/a profissional de saúde, trata-se de uma concepção pré-formulada. Os saberes acionados não são dirigidos *para a prática e por ela*; não remetem à especificidade da

circunstância; e não abrem precedente para que haja modalidades distintas de mediação entre ACS e sujeito. Ou seja, ela não resulta do habitar *no/do* território.

Assim, a concepção elaborada por ACS acerca da abordagem sobre “consumo de drogas” funciona como um entrave para o cuidado qualificado do usuário de crack. Ao mesmo tempo, não contribui para que o/a profissional se sinta protegido, especialmente em sua atuação fora da unidade de saúde.

O saber biomédico é um fator determinante na maneira pela qual o/a ACS concebe e realiza suas abordagens no território, não apenas aquelas relacionadas ao tema “uso de drogas”. Ele necessita ser compreendido na relação dinâmica que estabelece com outros referenciais de cuidado que também existem no contexto da ESF. Trata-se de uma relação assimétrica. Diferentes aspectos nos levam a pensar que esta vertente de cuidado se sobrepõem em relação a outros referenciais de cuidado no que se refere a “saúde”, “sujeito do cuidado”, “assistência em saúde” etc. Ela é empregada ainda como parâmetro do *valor* a ser atribuído a atenção em saúde não referenciada pela biomedicina. Conseqüentemente, produz efeitos sobre o cuidado oferecido ao usuário de crack.

A partir da contribuição de diferentes autores, Recoder (2006, p. 44-45) afirma que o cuidado na perspectiva biomédica remete à institucionalização da atenção à doença e à morte. Isto resulta na circunscrição de “um espaço jurídico-político, social, profissional e cultural” que se constitui “uma das principais áreas de controle e disciplinamento social”. O sujeito, despidido de suas práticas sociais, experiências pessoais e outros aspectos que o singularizam, é instituído como objeto de trabalho, na figura do “(pré) paciente”. O objetivo é promover a cura, a reabilitação, a manutenção da saúde e a prevenção de agravos, com base em uma prática considerada técnica e “neutra”.

Para o/a ACS, “saúde” é sinônimo de ausência de doença; adoção de cuidados alimentares e prática de exercícios físicos; ter “*qualidade de vida*” (ACS 02), o que inclui conciliar os cuidados com o corpo a aspectos como “*diversão*” (ACS 02) ou sentir-se “*bem consigo mesmo*” (ACS 02). Ou seja, “*é o estar bem (...) tanto fisicamente quanto psicologicamente*” (ACS 03).

Nesta perspectiva, ser saudável e/ou ter saúde refere-se à prescrição e/ou adoção de hábitos e comportamentos que, muitas vezes, revelam-se incompatíveis com condições de vida restritivas e/ou outras especificidades que caracterizam o cotidiano de moradores/as do bairro.

A associação entre norma e saúde é intolerante em relação ao consumo de drogas, especialmente as ilegais; e não admite conciliar esta prática à adoção de cuidados com a saúde. Esta perspectiva negligencia o valor de saberes e hábitos dos usuários; e os exclui da proposição de estratégias de atenção. Isto reafirma a naturalização do conhecimento biomédico como “verdade universal e absoluta”, o que é apontado por Langdon e Wiik (2010, p.465).

O relato de uma das ACS exemplifica claramente a valorização cultural da prática e métodos biomédicos de avaliação e assistência à saúde, em detrimento de outros referenciais de cuidado. Durante uma abordagem, uma moradora afirmou manter sua pressão arterial sob controle ao recorrer apenas a chás medicinais. A ACS considerou necessário comprovar sua condição de saúde em uma consulta médica, na qual foram prescritos medicamentos alopáticos. O conhecimento da moradora acerca de sua condição de saúde somente foi admitida pela ACS por meio deste procedimento, não pela adoção de hábitos pautados em terapêuticas comunitárias (o que é ilustrado pelo trecho destacado em seu depoimento). Embora parte desta declaração tenha sido citada anteriormente neste trabalho, é válido referi-la mais uma vez: *“Eu tive uma (paciente) que ela nunca tinha tomado medicação. Ela só tomava chá [...]. Era chuchu... Era [...] chá de milho alpiste que diz que controlava a pressão. [...] **E foi aí (na consulta) que ela veio saber. Aí parou de tomar o (chá de) chuchu”***. (ACS 05) (grifo nosso).

O estudo de Recoder (2006) permite estabelecer paralelos entre a atenção em saúde oferecida por ACS pautada em uma concepção biomédica e o caráter docente assistencial da instituição. Segundo a autora, a produção científica e o exercício da docência, sobretudo na medicina, contribuem para conformar o cuidado oferecido por profissionais do serviço a comportamentos e normas de controle baseados em parâmetros biomédicos internacionais de universalidade e neutralidade. A (re)produção de modelos, práticas e conhecimentos padronizados, elaborados pela comunidade médico-técnico-científica, resultam na desvalorização das especificidades locais, o que limita a oferta de atenção.

A predominância da vertente terapêutica da biomedicina é ilustrada ainda por meio da representação de “sujeito do cuidado”. As pessoas assistidas na ESF são referidas indistintamente e frequentemente por ACS e outros/as profissionais de saúde como “*pacientes*”. Há agentes comunitários que afirmam ser uma responsabilidade do usuário (e não do profissional de saúde) buscar voluntariamente a ESF para tratar de complicações relacionadas aos seus hábitos de consumo de SPA ou abordar diretamente o tema “uso de

drogas”. Esta expectativa obedece ao imperativo do sujeito adaptar-se ao serviço, e não o contrário.

A concepção de “assistência em saúde” revela igualmente a forte influência exercida por este paradigma. Segundo alguns/mas ACS, trata-se de algo fundamentado no atendimento prestado por um/a profissional da Medicina. Esta compreensão possui pontos em comum com ações e concepções particulares, sustentadas por moradores/as, que dizem respeito ao modo como concebem o *atendimento* oferecido por uma ESF, e ao tipo de *relação* a ser estabelecida com este serviço.

Conforme relata a ACS 03, embora atue em sua microárea há mais de uma década; e esclareça cotidianamente para a população sobre o funcionamento do posto, o serviço é acionado por algumas pessoas principalmente diante de situações de urgência, similar a uma emergência hospitalar (“*eles pensam que é emergência*”). A população costuma recorrer ao serviço quando o problema de saúde já se agravou, e não há outra intervenção a ser feita a não ser buscar um médico (considerado uma “*tábua de salvação*”). É comum ainda haver pessoas que buscam a ESF apenas eventualmente, através de intervenções pontuais, sem caráter preventivo ou continuado (“*resolveu, foi embora e acabou*”).

O depoimento da ACS 01 reafirma e sintetiza esta representação acerca do cuidado oferecido na ESF, aos olhos da população: “*A saúde (...) (da população) daqui geralmente é só isso: medicação e médico.*”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo resulta de uma pesquisa antropológica etnográfica, ancorada em experiências pessoais e profissionais anteriores ao mestrado. O trabalho foi realizado entre junho de 2015 e setembro de 2016, na unidade da Estratégia de Saúde da Família soteropolitana Úrsula Catharino e seu território de abrangência. Foram envolvidos direta e indiretamente 17 agentes comunitários/as de saúde vinculados/as às três equipes de trabalho desta unidade, além de outros/as profissionais de saúde com quem atuam, nas dependências do serviço e/ou fora dele. As informações foram coletadas por meio da observação participante com uso de diário de campo; e realização de entrevistas semiestruturadas junto a cinco ACS, cujos conteúdos foram gravados e transcritos.

As reflexões apresentadas neste trabalho remetem à pertinência do emprego de métodos qualitativos em estudos de saúde coletiva e saúde pública, sobretudo relacionados ao consumo de drogas. Não se trata de apresentar conclusões definitivas acerca do assunto, mas contribuir para problematizá-lo.

O desenvolvimento da pesquisa ofereceu subsídios para caracterizar e compreender o cuidado oferecido por ACS para homens adultos usuários de crack que integram a população adscrita da unidade; e situa-lo em meio aos dilemas implicados na rotina de trabalho e de vida destes/as profissionais de saúde no bairro. Tornou-se possível definir e apreender os modos pelos quais ACS identificam e lidam com homens usuários de crack (e sua prática de consumo); e os fatores que incidem sobre este cuidado, no âmbito da ESF.

O recorte do cuidado dirigido especificamente ao usuário de crack possibilitou identificar e entender os dilemas e as especificidades que caracterizam a atenção em saúde que lhes é oferecida na rede básica de atenção. Isto colaborou para problematizar as concepções e práticas de agentes de saúde a este respeito.

Coube a mim, como pesquisadora, descrever minha compreensão sobre estas práticas, e a relação que estabeleci com o ponto de vista “nativo” a seu respeito. Isto implica considerar a complexidade da trama de sentidos tecida pela interação entre os distintos atores sociais presente neste cenário – o usuário de crack, as demais pessoas da comunidade, o/a agente de saúde e seus/suas colegas de trabalho, as instituições parceiras etc.

A atuação do/a ACS é articulada ao trabalho de profissionais, vinculados à ESF ou a instituições parceiras, responsáveis por capacitá-lo/a, orientá-lo/a e atuar ao seu lado no território.

O entrosamento dos membros das equipes de trabalho e a interação dos diferentes profissionais da ESF no contexto mais amplo do posto de saúde influenciam igualmente na realização do trabalho. Isto reafirma a correspondência entre as inter-relações de trabalho e as inter-relações subjetivas.

A implementação das ações em saúde é influenciada ainda por discussões e/ou decisões tomadas nas “reuniões de equipe” e “reuniões de unidade”. Estas ocasiões contribuem para manter o trabalho dos/as técnicos da ESF integrado; e alinhá-lo às determinações entre os diferentes níveis de gestão (a gerência da unidade de saúde, a coordenação do Distrito Sanitário e a Secretaria Municipal da Saúde). Ao mesmo tempo, favorecem a escuta sensível de questões que mobilizam emocionalmente o/a ACS, ainda que isto não seja suficiente para minorar a angústia associada ao desempenho de seu trabalho.

A figura do/a ACS representa a indissociabilidade entre as esferas pessoal e profissional, por se tratar de um/a morador/a que desempenha o papel de cuidador/a da comunidade. Sua dupla inserção no território constitui o principal diferencial em relação aos/as demais profissionais com quem trabalha; e é estratégica para garantir a adesão da população às ações em saúde e o êxito do trabalho. O estabelecimento do vínculo é o princípio comum entre a sua função (agente comunitário de saúde), área de atuação (saúde) e serviço no qual trabalha (ESF).

A prática do/a ACS está intimamente associada à sua microárea. O território implica diferentes formas de pessoas e grupos interagirem ativamente entre si *no* espaço e *com* o espaço; e deve ser compreendido em meio à dinâmica da cidade. Ele fornece informações essenciais para o/a agente de saúde elaborar, organizar e executar seu trabalho; e é o principal cenário de seu exercício profissional. Isto reafirma a compreensão de que uma prática social necessita ser interpretada indissociada de outros elementos que compõem o contexto do qual faz parte; e da cultura em sua totalidade.

A realidade com a qual o/a ACS se depara em sua rotina de trabalho e de vida é marcada por adversidades. Isto não é uma coincidência. O fato de tratar-se de uma comunidade de maior risco social corresponde a um dos critérios para a implantação de uma unidade da ESF.

Entretanto, o convívio intenso e contínuo com pessoas cujas vidas são marcadas por inúmeras dificuldades, encarnadas em diversas formas de violência, causa intenso sofrimento psíquico a este/a trabalhador da saúde. Para garantir o provimento do cuidado e, ao mesmo tempo, cuidar de si, o/a agente de saúde recorre a diversos mecanismos defensivos (in)conscientes.

Os obstáculos enfrentados por ACS em sua prática cotidiana necessitam ser compreendidos associados à sua multifuncionalidade, à superficialidade de sua formação profissional, aos diferentes perfis do público ao qual deve assistir, às formas de controle exercidas sobre seu trabalho, à desproporção entre sua extensa jornada de trabalho e o valor de sua remuneração, à insuficiência e/ou ausência de material etc.

A exequibilidade de suas ações também é definida considerando a lacuna entre as diretrizes e atribuições preconizadas pela legislação e a complexidade da realidade vivida pelo/a ACS.

A autonomia do/a profissional depende da interação destes fatores, e da relação estabelecida por ACS com moradores/as do bairro e demais profissionais de saúde.

O acompanhamento do cotidiano dos/as ACS, no interior da ESF e/ou fora dela, permitiu entender a maneira pela qual um serviço do nível primário de complexidade responde à exigência de prestar assistência para pessoas que consomem drogas (i)legais, em conjunto com outras instituições que integram as Redes de Atenção à Saúde. Assim como ocorre em outros dispositivos de saúde, a ESF espelha modos particulares, socialmente construídos, de identificar, compreender e lidar com os fenômenos de saúde e doença. A gerência e o processo de cuidar, portanto, são elementos culturais.

A (re)produção dos serviços de saúde baseia-se na relação estabelecida com seus usuários. A interação é responsável por constituir demandas e conformar a abordagem de seus/suas profissionais. Em paralelo, instrui o indivíduo acerca dos códigos e normas necessários para que ele se configure como um sujeito do cuidado nestes espaços (ex. “paciente”); e usufrua da assistência oferecida.

O conjunto e a dinâmica das interações entre os sujeitos (ex. profissionais, usuários do serviço, gestor etc.) que ocorrem nos distintos ambientes do cenário institucional da ESF permitem identificar sentidos, significados e práticas de cuidado.

A prática de cuidar é determinada fortemente pela interação entre diferentes tradições terapêuticas que coexistem em uma unidade de saúde. Estas vertentes ganham evidência umas em relação às outras a depender da atuação de mediadores humanos e não humanos. Na ESF Úrsula Catharino, é possível identificar distintos paradigmas de cuidado – a biomedicina, a Redução de Danos, o saber popular-comunitário, a sabedoria prática de agentes comunitários/as de saúde.

O fato desta ESF ser uma instituição docente assistencial contribui para a produção de saberes e a conformação de condutas e práticas em consonância com determinadas perspectivas de cuidado, às expensas de conhecimentos e práticas orientados por outros paradigmas. Não se trata de apontar quais perspectivas terapêuticas estão corretas, mas compreender como se estruturam, são legitimadas e/ou se tornam estáveis.

O ato de cuidar depende da maneira particular pela qual cada técnico/a concebe se algo é (ou não) passível de intervenção e como isto deve ocorrer. Isto é influenciado pelo meio cultural no qual ele/a foi socializado/a, o que remete à (formação de) sua categoria profissional; e ao grupo e/ou sociedade ao/à qual pertence.

A categoria “cuidado”, definida inicialmente neste trabalho, baseou-se em autores cuja produção teórica está associada às áreas de Enfermagem e Saúde Coletiva. Esta perspectiva estabelece princípios, valores, características e condutas, relacionadas ao conceito de *cuidado*, ao *ato de cuidar*, ao *cuidador* e ao *sujeito-alvo do cuidado* considerados essenciais para a existência do cuidado qualificado. Aponta, portanto, critérios de como ele *deve ser*.

De acordo com este ponto de vista, o cuidado é um aspecto universal e essencial ao ser humano. É configurado socioculturalmente; e está intimamente associado a elementos do cenário/contexto onde ele ocorre e da relação construída entre os sujeitos envolvidos. A ação de cuidar não se restringe a um procedimento ou estratégia. Trata-se de uma finalidade; e deve ocorrer segundo uma perspectiva holística. O profissional de saúde deve estar presente “por inteiro”. A interação entre o cuidador e o sujeito do cuidado depende da interlocução dialógica, respeitosa e receptiva entre os referenciais simbólicos e culturais de ambos. Deve ainda ser marcada pela confiança, compromisso e responsabilidade; valorizar a liberdade, dignidade e especificidade do sujeito; pautar-se em suas necessidades e valores; considerar seus recursos internos, potencialidades e fragilidades; e buscar implica-lo ativamente no cuidado. Neste sentido, contribui para o desenvolvimento de ambos nas esfera pessoal e/ou profissional.

O cuidado visto sob esta perspectiva norteia a prática em saúde social e comunitária; e identifica-se fortemente com os princípios e diretrizes da assistência em saúde oferecida em uma ESF. No entanto, o referencial da Saúde Coletiva e da Enfermagem apresenta algumas limitações para a compreensão sobre como *ocorre*, na prática, o cuidado oferecido por ACS para usuários de crack, no contexto da ESF.

O estabelecimento de pressupostos para a existência do cuidado qualificado correspondem a uma idéia normativa de cuidado, cujo conceito é essencialmente substantivado

e abstrato. Esta lógica contempla alguns aspectos associados ao contexto empírico do ato de cuidar, a exemplo da configuração sociocultural do cuidado; a relação estabelecida entre cuidador e sujeito-alvo do cuidado; e elementos do entorno. No entanto, a realidade vivida pelo/a agente de saúde em seu exercício profissional cotidiano no território é vista como um elemento coadjuvante do cuidar, ao invés de algo viceralmente atrelado a ele. Assim, não oferece subsídios suficientes para entender como ele é operacionalizado neste cenário.

A lógica do “dever ser” do cuidar, característica da ótica da Enfermagem e Saúde Coletiva, compreende as práticas e representações de cuidado segundo uma perspectiva dual: o *entendimento* sobre o cuidado precede e/ou sucede a *atuação* do cuidador. Para a abordagem antropológica, ao contrário, trata-se de aspectos que se constituem de modo processual e indissociado.

O imperativo de conformar o cuidado a parâmetros pré-determinados a seu respeito desconsidera a coexistência de diferentes agenciamentos de cuidado na ESF, apontada por Tavares, Caroso e Santana (2015). Ao mesmo tempo, não reconhece as *nuances* que caracterizam a oferta de cuidado, reveladas na assistência à saúde prestada cotidianamente por ACS para homens usuários e não usuários de crack.

A experiência de pesquisa exigiu conceituar o cuidado sob um ângulo distinto. Necessariamente, o cuidado – e, portanto, o sujeito - deve ser compreendido situado no ambiente e/ou no mundo. Bonet (2014) apresenta uma perspectiva ecológica e relacional que se revela adequada a este propósito, apoiado em conceitos propostos por Tim Ingold.

Para este autor, o homem e o ambiente estão em um processo dinâmico de desenvolvimento, ao mesmo tempo em que resultam dele. A mente, o corpo e a cultura estariam dissolvidos em uma pessoa-organismo, intimamente relacionada ao seu entorno. O ser humano, dotado de agência e consciência, resulta das potencialidades de sua bagagem genotípica frente a este meio, com o qual estabelece um sistema e/ou campo de múltiplas e contínuas relações. Ambos compõem uma totalidade.

O sujeito percebe e age sobre o ambiente a medida que o percorre. Suas ações baseiam-se em suas experiências anteriores; refletem o propósito de alcançar determinado objetivo; e resultam de ajustes contínuos de sua percepção ao meio (INGOLD, 2005). Sua atividade é um dos desdobramentos do sistema total de relações. Paulatinamente, o sujeito traça sua “linha de vida”, a qual representa uma condição de possibilidade. O sujeito e a sua história se produzem mutuamente (BONET, 2014).

Nesta perspectiva, o sistema de saúde descrito no capítulo anterior como um conjunto de redes de cuidado passa a ser visto como um “processo”. O trânsito dos sujeitos nos serviços de saúde delinea histórias que, simultaneamente, estruturam o próprio sistema – o que não necessariamente corresponde à estrutura do sistema idealizada por gestores. Os dispositivos de saúde são interligados por meio das histórias dos sujeitos; eles situam-se e, ao mesmo tempo, fazem parte de um “emaranhado de linhas de vida” entrelaçadas, similar a uma “malha”. Ou seja, os usuários dos serviços *habitam* o sistema de saúde (BONET, 2014, p. 334, 335).

Esta malha não é uma entidade fechada, definida e independente. Trata-se de um grupo de linhas de vida que apresenta pontos em aberto, propícios para a conexão com outros agrupamentos de linhas, similar a um rizoma. As ações no mundo resultam do jogo de forças estabelecido nas linhas da malha. Cada uma delas oferece um contraponto para as demais. De modo correlato, os objetos estendem-se para além deles mesmos em sua interação com o meio. Isto significa que “as coisas vazam” permanentemente (INGOLD, 2012 apud BONET, 2014, p.336).

O/A agente comunitário/a de saúde, o usuário de crack e o cuidado oferecido por este/a profissional para este sujeito devem ser compreendidos imersos neste meio - a malha - do qual fazem parte a realidade característica do território e o cenário institucional da ESF. Consequentemente, a noção de que a função desempenhada pelo/a ACS é responsável por estabelecer um elo entre a comunidade e o serviço de saúde é ampliada: é a malha composta pelas linhas de vida traçadas por estes atores sociais que estabelecem conexões entre si e/ou entre os espaços, ao mesmo tempo em que os constitui. As linhas permitem que as pessoas da comunidade e os/as profissionais de saúde sejam o que são, além de favorecer o encontro e a troca entre si.

A perspectiva de Ingold, apontada por Bonet (2014), corrobora a impossibilidade de conceber o/a ACS à parte do território; e a ESF, do bairro. Do mesmo modo, não é possível pensar o cuidado do usuário em separado das figuras do cuidador (o/a ACS) e do sujeito que recebe o cuidado (o usuário de crack); do contexto onde o cuidado ocorre; e da dinâmica de trabalho do/a agente de saúde.

O cuidado é condição de existência do/a ACS. Ele constitui o/a agente de saúde e, simultaneamente, é fruto de sua atuação; transforma e se estabelece na realidade. A atenção em saúde dirigida para o usuário de crack é uma condição de possibilidade de percepção-ação do/a ACS em um meio específico; e corresponde a um aspecto do sistema de relações estabelecidas

entre as linhas de vida do/a agente de saúde, dos/as demais profissionais com que atua no território e os/as moradores/as do bairro.

Esta perspectiva remete à compreensão elaborada por Ayres (2005, p.98) acerca do cuidado como uma “categoria crítica”: trata-se de um “modo de interação *nas* e *pelos* práticas de saúde” institucionalizadas contemporâneas. Para este autor, as tecnologias de saúde⁹⁴ não se limitam à aplicação de conhecimentos e modos de fazer técnicos, embora isto possa ocorrer. Elas envolvem a tomada de decisões sobre o que pode ser feito entre diferentes possibilidades facultadas ao/à profissional de saúde, as quais incluem a referência ao sujeito alvo do cuidado. Estes dois aspectos contribuem para a construção de mediações, estabelecidas por trabalhadores/as de saúde entre si e/ou entre estes/as e as pessoas assistidas.

O cuidado do usuário de crack por ACS está relacionado às concepções e à vivência dos/as agentes de saúde acerca das drogas, do uso destas substâncias e dos sujeitos que as consomem e/ou as comercializam ilegalmente. Ao mesmo tempo, sofre influência de diferentes fatores circunstanciais que intervêm na abordagem do tema “uso de drogas”.

O envolvimento direto de alguns usuários de crack com o tráfico de drogas oferece risco ao/à ACS. Isto acentua a resistência do/a profissional em abordar este público.

O conhecimento sobre saberes comunitários e biomédicos, a legislação e o trabalho intersetorial não amparam o/a ACS como ele/a necessita. Ele/a não se sente apto/a para lidar com os desafios que enfrenta ao abordar o usuário de crack. Ainda assim, busca estratégias para assegurar o (auto)cuidado. A oferta de cuidado por ACS, destinada a homens adultos que moram no bairro e consomem crack, no âmbito da ESF, revela-se ambígua e é multideterminada.

As estratégias de cuidado elaboradas por ACS resultam do esforço de responder às vicissitudes do meio (ex. contexto de violência característico do bairro), conciliado ao propósito deste/a profissional de garantir a assistência e preservar a si mesmo/a. Isto inclui a tentativa de ajustar-se à realidade de vida, rotina, atitudes, valores etc. dos sujeitos alvo do cuidado. Esta perspectiva valoriza a agência destes indivíduos, visto que também são responsáveis por configurar o cuidado.

⁹⁴ A denominação *tecnologias de saúde* refere-se à organização de ações e serviços de saúde; à formulação de políticas públicas de saúde; às relações do/as profissionais de saúde entre si e/ou com os usuários do serviço etc. (AYRES, 2005).

A assistência prestada por ACS em seu cotidiano concilia distintas modalidades de vínculo. Isto corresponde a uma especificidade da atuação deste/a profissional. Por um lado, o/a ACS constitui um vínculo *no/com o* território, como denota seu conhecimento sobre a realidade e a dinâmica da microárea, a rotina e circulação dos usuários de crack, o contato estreito com alguns/mas moradores/as etc. Por outro lado, o/a agente de saúde recorre à descontinuidade do vínculo, a exemplo das situações nas quais ele recua para proteger-se ou sente-se impotente para agir.

Segundo a lógica sustentada por Bonet (2014), estratégias adotadas por ACS marcadas pela evitação (ex. passar “reto”, não realizar uma abordagem, protelar uma visita domiciliar, intervir por meio de terceiros etc.) constituem formas de cuidado-do-usuário-de-crack-no-seu-entorno. São, portanto, formas de cuidado *no/do* habitar. Isto é evidente no “anonimato” atribuído ao usuário ao chegar na ESF.

A invisibilidade do usuário de crack remete à sua indissociação em relação aos demais homens que comparecem à unidade de saúde; e à inexistência de uma abordagem diferenciada, dirigida especialmente para este público, no acolhimento. A indistinção se apoia em sua íntima conexão com o meio, ao mesmo tempo em que a espelha. Favorecer que o usuário passe despercebido na ESF significa não dissociá-lo do território, não “desabitá-lo”.

As estratégias pautadas na esquivia estão presentes igualmente na abordagem por ACS de pessoas que não usam esta SPA. Agentes de saúde recorrem à evitação, ao distanciamento ou à invisibilidade ao lidar com pessoas sabidamente perigosas, violentas e/ou envolvidas em situações de violência que lhes oferecem algum tipo de risco. Trata-se de modos de cuidado *no/do* habitar autodirigidas.

A atenção oferecida por ACS para o consumidor de crack não se distingue essencialmente do cuidado ofertado para as demais pessoas da comunidade. É possível apontar diversos pontos em comum entre ambos, como: 1. A lacuna existente entre a assistência preconizada por políticas públicas e a imprevisibilidade caótica das situações concretas vividas no cotidiano do/a profissional de saúde; 2. A ambiguidade, a multideterminação e a multifuncionalidade características da profissão de agente de saúde; 3. A exposição a riscos e/ou o agravamento da vulnerabilidade do/a ACS resultante do trabalho desenvolvido a céu aberto e/ou nas visitas domiciliares; 4. O vínculo do/a ACS com o território e seus/suas moradores/as; 5. A familiaridade com os/as colegas de trabalho, o exercício da função e a realidade das microáreas; 6. A orientação, desenvolvimento e/ou acompanhamento do trabalho

por profissionais de saúde com quem atuam em parceria, vinculados à ESF e a outras instituições da rede de atenção à saúde etc.

De modo correlato, a baixa assiduidade do usuário de crack na ESF não o particulariza, haja vista a reticência dos homens do bairro em geral em buscar e/ou aderir ao serviço. A estigmatização do usuário de SPA ilegais, sobretudo o crack, apenas reitera o distanciamento já existente entre este público e o posto de saúde. Tampouco o tipo de demanda que motiva o usuário a buscar a unidade o diferencia. Conforme citado no Capítulo 3, homens que consomem crack comparecem ao posto de saúde à procura de atendimentos breves, pontuais e sem relação direta com o uso desta SPA.

O cuidado com a saúde do homem que fuma crack inclui artifícios diferenciados, a exemplo de determinados procedimentos adotados durante a realização do atendimento. Porém, não se trata de algo descontínuo ou excepcional. Sua especificidade reside na *agudização* de características comuns à abordagem de não usuários de crack, as quais tornam-se evidentes especialmente nas situações em que o/a ACS lida com o usuário. Furtar-se do contato com o morador do bairro que fuma crack não deve ser entendido como uma interrupção do vínculo, mas como uma modalidade de enlace.

A fricção entre diferentes autores e/ou paradigmas de cuidado permite apontar diferenças e convergências entre o trabalho desenvolvido por ACS e redutores de danos.

Com base no estudo de Kelly (2005), o redutor de danos pode ser retratado como “ser dual” e “terceiro incluído”, similar ao/à ACS. Habitualmente, o redutor de danos é um sujeito alvo do cuidado (ex. usuário de drogas) que passa a atuar como agente promotor do cuidado. “Ser cuidado” e “ser cuidador” são condições distintas; caracterizam-se por determinados hábitos, conhecimentos e traços definidores; e promovem o acesso do sujeito a informações, recursos, benefícios etc. particulares. Deste modo, o redutor de danos assume um duplo papel: ele corresponde a um dos pólos da relação estabelecida entre duas condições, assim como intermedia a conexão entre ambas.

Confrontar a perspectiva defendida por Bonet (2014) e a Redução de Danos evidencia que a atuação de ACS e redutores de danos tem por princípio valorizar o universo cultural do sujeito alvo do cuidado para elaborar e realizar a abordagem; e engajá-lo ativamente na assistência à sua saúde. Porém, evitar abordar ou invisibilizar o sujeito em seu contexto – o que é visto como artifício para garantir o cuidado, apoiado em Bonet (2014) - não é entendido como um ato de cuidar, na perspectiva da RD.

O paradigma da RD apresenta outra limitação para compreendermos a prática de cuidar realizado pelo/a ACS em um trabalho de cunho antropológico. De modo análogo à concepção de cuidado sob a ótica da Saúde Coletiva e Enfermagem, a RD baseia-se em uma concepção substantivada e normativa de cuidado, preexistente à abordagem em saúde. Trata-se de um conceito encerrado em si mesmo – ele não “vaza”. Isto abre precedente para avaliar a conduta do/a agente de saúde sob o jugo da negatividade, ao invés da positividade. Ou seja, apontar elementos do cuidado oferecido por ACS para usuários de crack que *não* atendem à noção pré-concebida do cuidado estabelecida pela RD.

O cuidado substantivado difere da percepção–ação de cuidado dos/as ACS, a qual se constitui na sua relação com o usuário de crack no território. Do mesmo modo, a noção de cuidar deste profissional de saúde difere daquela elaborada por pessoas que buscam atendimento na ESF. Assim, compreender o cuidado oferecido por ACS exige admitir este conceito como uma categoria situacional e metafórica, de caráter plástico e fluido, como afirma Bonet (2014).

A visão ampliada de cuidado implica conceber o itinerário terapêutico do sujeito nos serviços de saúde como uma *itinerância em busca de cuidado*, ou seja, como “processos abertos, em permanente fluxo, e sujeitos a constantes improvisações criativas dos usuários e dos profissionais envolvidos nos processos cotidianos da vida” (BONET, 2014, p.337). Esta compreensão confere maior fluidez e plasticidade à movimentação dos sujeitos *ao longo de e/ou nos* serviços; assegura visibilidade às escolhas dos sujeitos que definem progressivamente seus passos; concebe o sistema de saúde como um ambiente habitado por profissionais e usuários dos dispositivos, os quais podem recorrer a paradigmas terapêuticos distintos; e enfatiza as *relações* ao invés de entidades, representadas por atores sociais e dispositivos de saúde. Isto destoa da noção de uma rede pré-existente aos movimentos dos agentes, a exemplo da qual se baseia a legislação que define, organiza e rege o funcionamento dos serviços da atenção básica em saúde.

De forma complementar, esta compreensão sobre o cuidado se baseia na transversalidade entre as dimensões biológicas, psicológicas e culturais das práticas de cuidado. As ações de saúde dos sujeitos, familiares à biomedicina, devem ser consideradas juntamente com ações de cuidado de outra natureza. Estas ações acionam a rede oficial de saúde e as redes intersticiais de cuidado; e contemplam “a dimensão política das ações cotidianas do cuidar” de profissionais de saúde e comunidade. Além disto, remetem à dimensão moral do cuidado,

associada à interdependência humana, na qual o engajamento com o outro conduz a uma percepção-ação (BONET, 2014, p.337).

A noção ampliada do cuidado reafirma ainda a “função social e política na cultura” atribuída às ações de cuidar; concebe-as, simultaneamente, como “uma prática e uma disposição” (TRONTO, 2009, apud BONET, 2014, p.337, 338); e extrapola a relação dual entre o cuidador e o sujeito, ao implicar os objetos e o entorno envolvidos nas ações de cuidar. Para Bonet (2014), as coisas são igualmente dotadas de agência, o que as habilita a produzir transformações que afetam o curso das ações dos indivíduos e os fluxos das redes. A experiência dos sujeitos está impregnada de contingências.

A noção ampliada de cuidado discutida por este autor possui pontos em comum com a noção de cuidado na perspectiva da Enfermagem e Saúde Coletiva, apontada na Introdução deste trabalho. Como exemplo, é possível citar a menção às dimensões ética e moral do cuidado; e a importância atribuída à inter-relação entre os sujeitos para configurar o ato de cuidar.

Ainda assim, a noção de cuidado apontada por Bonet (2014) a extrapola: ela contempla o eventual ou imprevisto; o agenciamento de objetos e outros elementos presentes no meio; a criatividade e o improvisado dos sujeitos diante das circunstâncias do ambiente; as decisões e/ou escolhas feitas pelo cuidador ao longo do caminho que tornam possíveis determinadas práticas de cuidado; a múltipla adscrição, ou seja, a possibilidade de profissionais de saúde e sujeitos do cuidado recorrerem a distintos modelos interpretativos de atenção à saúde.

As discussões propostas neste trabalho não se esgotam neste ponto. Ao contrário, abrem precedente para o desenvolvimento de estudos futuros com o propósito de aprofundar o entendimento sobre alguns aspectos abordados. Como exemplo, é possível citar a investigação sobre masculinidades e a atenção em saúde de homens na rede básica de saúde; e as aproximações e dissonâncias existentes entre o trabalho desempenhado por redutores de danos e agentes comunitários/as de saúde.

Espero que as considerações apresentadas nesta pesquisa tenham colaborado para a discussão sobre a prática do/a agente comunitário/a de saúde e para a superação de entraves identificados na assistência em saúde de usuários de crack, na perspectiva destes sujeitos e dos/as profissionais.

Do ponto de vista antropológico, a realização deste estudo pretendeu ampliar a compreensão sobre questões sociais e culturais da atuação profissional do/a ACS; expandir o escopo das pesquisas antropológicas sobre uso de crack; e auxiliar na compreensão acerca dos

limites e possibilidades das políticas públicas voltadas à saúde do homem e ao consumo de drogas, especialmente o Crack, na ESF.

Ao mesmo tempo, buscou-se contribuir para ampliar a produção etnográfica sobre o tema que seja indicativa de caminhos favoráveis à assistência em saúde de usuários de crack por ACS; e colaborar para a troca de experiências sobre a complexidade do fenômeno do uso de drogas, o que auxilia na reflexão sobre o assunto nos espaços de formação de profissionais de saúde, principalmente o/a ACS.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. **Etnográfica**, Lisboa, v.15, n.3, p.543-567, jun. 2011.
- AGIER, Michel. Do urbano global à antropologia da cidade. In: _____. **Antropologia da cidade: lugares, situações, movimentos**. Tradução de Graça Índias Cordeiro. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2011[2009]. p.31-44.
- AGIER, Michel. Rascunhos de cidade. In: _____. **Antropologia da cidade: lugares, situações, movimentos**. Tradução de Graça Índias Cordeiro. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2011[2009]. p.125-142.
- ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4665-4674, dez. 2011.
- ARIAS, Jorge Minguéz. Antropología de los Cuidados. Cultura de los cuidados. **Revista de enfermería y humanidades**. Alicante, Año IV, n. 7-8, p.102-106, 1. y 2. semestre 2000.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set./dez.2004.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Abordagens teóricas: cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA Jr, Carlos Everaldo Alvares. (Orgs.) **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 91-108.
- BARROS, Marcelle Aparecida de; PILLON, Sandra Cristina. Programa de Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v.8, n.1, p.144-149, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista8_1/revisão_02.htm>. Acesso em: 30 jul. 2012.
- BARROS, Marcelle Aparecida de; PILLON, Sandra Cristina. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do Programa de Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 261-266, abr./ jun. 2007.
- BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane. (Orgs.) **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. 224p.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do Conceito de Saúde. In: **O território e o processo saúde-doença**. Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. / FONSECA, Angélica Ferreira e CORBO, Ana Maria D'Andrea (Orgs.). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.51-86.

BAUMAN, Zygmunt e MAY, Tim. Ação, identidade e entendimento na vida cotidiana. In: _____. **Aprendendo a Pensar com a Sociologia**. Tradução de Alexandre Werneck. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. p.33-94.

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. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf. Acesso em: 30 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasil. Ministério da Saúde, 2001. 46p.

BRASIL. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/atencao-a-saude/arquivo/1398/normatizacoes> Acesso em: 30 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centro de Atenção Psicossocial**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. 56p.

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 05 ago. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 46p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, set. 2010. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 07 ago. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – 2012b. **Portal da Saúde**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 11 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 06 ago. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Portal da Saúde**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php>. Acesso em: 29 jul. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Plataforma Brasil**. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf;jsessionid=CD1F81EE12F7C1D8EDEBDBD516975C94.server-plataformabrasil-srvjpdf130>>. Acesso em: 03 mar. 2016

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016**. Dispõe sobre as normas éticas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2016

BUCHER, Richard. Visão Histórica e Antropológica das Drogas. In: FIGUEIREDO, Regina Maria Mac Dowell de; GREGORI, Rosana. **Prevenção ao abuso de drogas em ações de saúde e educação**. [s.n.], São Paulo: NEPAIDS, 1992. p.8-18.

BUCHER, Richard. A Função da Droga no (dis) Funcionamento Social. In: _____. **Drogas e sociedade nos tempos da AIDS**. 1.ed. Brasília: Editora UNB, 1996. p.45-62.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Luís Roberto. Pesquisas *em* versus pesquisas *com* seres humanos. In: VÍCTORA, Ceres; OLIVEN, Ruben George; MACIEL, Maria Eunice; ORO, Ari Pedro. (Orgs.) **Antropologia e ética: o debate atual no Brasil**. Rio de Janeiro: EdUFF, 2004. p. 33-44.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: _____. **O trabalho do antropólogo**. 2.ed. São Paulo: Editora Unesp, 2000, p.17-36.

CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida; GOMES, Romeu. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, jun. 2000.

CONTE, Marta; MAYER, Rose Teresinha da Rocha; REVERBEL, Carmem; SBRUZZI, Clarissa; MENEZES, Carolina Baptista. 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.

COSTA, Marcia Regina da; PIMENTA, Carlos Alberto Máximo. **A violência**: natural ou sociocultural? São Paulo: Paulus, 2006. 106p.

CRAPANZANO, Vincent. Text, Transference and Indexicality. **Ethos**, [S.l.], v.9, n.2, p.122-148, verão 1981.

CUNHA, Marcela Silva da; SÁ, Marilene de Castilho. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 61-73, jan./mar. 2013.

FAVRET-SAADA, Jeanne. Ser afetado. Tradução de Paula Siqueira. **Cadernos de Campo** (São Paulo, 1991), [São Paulo], v.13, n.13, p.155-161, 2005.

FIGUEIREDO, Regina Maria Mac Dowell de; GREGORI, Rosana. **Prevenção ao abuso de drogas em ações de saúde e educação**. [s.n.], São Paulo: NEPAIDS, 1992. 37p.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: _____. **A interpretação das culturas**. 1. ed. Rio de Janeiro: LCT, 1989. p.3-24.

GEERTZ, Clifford. Um jogo absorvente: Notas sobre a Briga de Galos Balinesa. In: _____. **A interpretação das culturas**. 1. ed. Rio de Janeiro: LCT, 1989. p.185-213.

GIL, Teresa González; GIMENO, Lara Martínez e GONZÁLEZ, Raquel Luengo. Antropología de los cuidados em el ámbito académico de la enfermeira em España. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.15, n.1, p.155-61, 2006.

GOLDMAN, Márcio. Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos. Etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia. **Rev. Antropol.**, São Paulo, v. 46, n. 2, p.445-476, 2003.

GOLDMAN, Márcio. Alteridade e experiência: Antropologia e teoria etnográfica. **Etnográfica**, Lisboa, v.10, n.1, p.161-173, maio 2006.

GRUND, Jean-Paul Cornelius. **Drug Use as a Social Ritual**: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-regulation. Rotterdam: Institut voor Verslavingsonderzoek (IVO), Erasmus Universiteit Rotterdam, 1993. p. 237-256.

INGOLD, Tim. Jornada ao longo de um caminho de vida: mapas, descobridor-caminho e navegação. **Religião e Sociedade** - ISER, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 76-110, 2005.

JANCZURA, Rosane. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.11, n.2, p. 301-308, ago./dez. 2012.

JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti; e CIAMPONE, Maria Helena Trench. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.33, n.44, p.323-333, dez. 1999.

KELLY, José Antonio. Notas para uma teoria do “virar branco”. **Mana**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.201-234, abr. 2005.

LANCMAN, Selma; GHIRARDI, Maria Isabel Garcez; CASTRO, Eliane Dias de; TUACEK, Tatiana Amodeo. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-688, ago. 2009.

LANGDON, Esther Jean; WIJK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, p. 459-466, jun.2010.

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibebe. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v.17, n.10, p. 2607-2616. out. 2012.

MACRAE, Edward. O Controle Social do Uso de Substâncias Psicoativas. In: PASSETTI, Edson; SILVA, Roberto Baptista Dias da. (Orgs.). **Conversações abolicionistas: uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva**. São Paulo: IBCCrim, 1997. p.107-116.

MACRAE, Edward. A antropologia e o uso de drogas: a questão da maconha. **Temas IMESC – Sociedade, Direito e Saúde**, São Paulo, v.3, n. 02, p. 195-202, 1986.

MACRAE, Edward e VIDAL, Sergio Souza. A Resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social: dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas. **Rev. Antropol.** [online]. São Paulo, v.49, n.2, p. 645-666, dez.2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-77012006000200005&script=sci_arttext&tlng=ES>. Acesso em: 3 set.2015

MACRAE, Edward. **Aspectos Socioculturais do Uso de Drogas e Políticas de Redução de Danos**. [S.l.: s.n.]. 2010. Disponível em: <<http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2015.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.17, n.49, p.11-29, jun. 2002.

MALHEIRO, Luana Silva Bastos. Entre sacizeiro, usuário e patrão: um estudo etnográfico sobre consumidores de crack no Centro Histórico de Salvador. In: MACRAE, Edward et al. (Orgs). **Crack: contextos, padrões e propósitos de uso**. 1.ed. Salvador: EDUFBA, 2013. p.223-314.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.3, p.233-238, jun.1991.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul./set. 1993.

MOURA, Erly Catarina de; SANTOS, Wallace dos; NEVES, Alice Cristina Medeiro das; GOMES, Romeu; SCHWARZ, Eduardo. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 429-438, fev. 2014.

NERY FILHO, Antonio. **Alguns conceitos fundamentais sobre as substâncias psicoativas**. [S.l.: s.n., s.d.]. 11f. Mimeografado. Não publicado.

NUNES, Mônica de Oliveira; TRAD, Leny Bonfim; ALMEIDA, Bethânia de Araújo; HOMEM, Carolina Ramos; MELO, Marise Claudia I. de C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1639-1646, nov./dez. 2002.

OLIVEIRA, Francisco Arsego de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v.6, n.10, p.63-74, fev. 2002.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; MCCALLUM, Cecília Anne; COSTA, Heloniza Oliveira Gonçalves. Representações sociais de agentes comunitários de saúde acerca do consumo de drogas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.3, p.611-618, set. 2010.

OLIVEIRA, Mirian Gracie Plena Nunes de. **Consultório de Rua: relato de uma experiência**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Salvador, 2009. p. 36-37

PEIRANO, Mariza. Etnografia, ou a teoria vivida. **Ponto Urbe** [Online], [S.l.], ano 2, versão 2.0, fev.2008. Disponível em: <<http://pontourbe.revues.org/1890>; DOI:10.4000/pontourbe.1890>. Acesso em: 25 abr. 2016.

PERDIGÃO, Antónia Cristina. A ética do cuidado na intervenção comunitária e social: Os pressupostos filosóficos. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.4, n.23, p.485-497, 2003.

POLETTI, Paula Manoela Batista; MOTTA, Maria da Graça Corso da. Educação em saúde na sala de espera: cuidados e ações à criança que vive com HIV/AIDS. **Escola Anna Nery**, Porto Alegre, v.19, n.4, p.641-647, dez. 2015.

PROCHNOW, Adelina, Giacomelli; LEITE, Josete Luzia; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Teoria Interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.4, p.583-590, jul-ago. 2005.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias. **A experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica:** dispositivos para o cuidado integral do usuário. Tese (doutorado). Associação ampla Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza, Centro de Ciências da Saúde em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde. Fortaleza, 2013. p.32-40; 74-94.

RECODER, María Laura. **Vivir con HIV-Sida.** Notas etnográficas sobre el mundo de la enfermedad y sus cuidados. Tese (doutorado). Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Salvador, 2006. p. 32-49; 65-89.

RIBEIRO, Cynara Teixeira. Usuário ou Toxicômano? Um estudo psicanalítico sobre duas formas possíveis de relação com as drogas na contemporaneidade. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.633-647, 2011.

RUA, Maria das Graças. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. In: RUA, Maria das Graças; CARVALHO, Maria Izabel Valadão de (Orgs.). **O estudo da política:** tópicos selecionados. Brasília: Paralelo 15, 1998. p.231-260. Coleção Relações Internacionais e Política.

RUI, Taniele Cristina. **Corpos abjetos:** etnografia em cenários de uso e comércio de crack. Tese (doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Campinas, 2012. p.1-38; 245-295.

SÁ, Marilene de Castilho. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, [s.l.], v.13, supl.1, p. 651-664, 2009.

SIMMEL, George. O estrangeiro. In: MORAES FILHO, Evaristo (Org.). **Simmel:** Sociologia. São Paulo: Ática, 1983. p.182-188. Coleção Grandes Cientistas Sociais.

SOUZA, Lázaro Rodrigues de; FREITAS, Maria do Carmo S. de. O Agente Comunitário de Saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, v.35, n.1, p.96-109, jan./mar. 2011

TAVARES, Fátima; CAROSO, Carlos; SANTANA, Carolina. Mediações do cuidado no âmbito do Programa Saúde da Família em Itaparica, Brasil. **Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia**, v.19, n.3, p.489-513. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. **Projeto de Integração das Ações de Redução de Danos Decorrentes do Uso de Drogas À Atenção Básica de Saúde do Município de Salvador**. Salvador: Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti, Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), 2010. Mimeografado.

URIARTE, Urpi Montoya. O que é fazer etnografia para os antropólogos, **Ponto Urbe** [Online], [S.l.], n.11, 2012. Disponível em: <<http://pontourbe.revues.org/300>>. Acesso em: 07 mar. 2016

VALVERDE, Rodrigo Ramos Hospodar Felipe. Transformações no conceito de território: competição e mobilidade na cidade. **GEOUSP - Espaço e Tempo**, São Paulo, n.15, p. 119 – 126, 2004.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. O nativo relativo. **Mana**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 113-148, abr. 2002.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v.16, n.4, p. 765-771, jul./ago. 2008.

ZINBERG, Norman. M.D. **Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use**. New Haven: Yale University Press, 1984. Tradução de Selma de Souza. 1984. 18p. Mimeografado.

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA – ENFERMEIRO/A

Nº de identificação do(a) entrevistado(a):

Sexo:

Idade:

Escolaridade:

Eixo 1- Atuação na Unidade de saúde e parceria com ACS (12)

1. Há quanto tempo atua como enfermeiro(a)?
2. Há quanto tempo trabalha em uma ESF? E quanto à sua atuação na unidade de saúde Úrsula Catharino?
3. Houve alguma experiência anterior de trabalho com Agentes Comunitários(as) de Saúde (*onde/quando/como*)?
4. Como você descreveria a unidade de saúde onde trabalha? (*o que predomina em sua descrição – aspectos físicos, dinâmica de trabalho, relações interpessoais, questões trabalhistas etc.*)
5. Em que consiste seu trabalho na unidade de saúde?
6. Você pode descrever sua equipe de trabalho - quantas pessoas, quais suas funções etc.? (*equipe mínima preconizada pelo MS: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal e ACS*)? Como é trabalhar com estas pessoas?
7. Como é a sua relação com os(as) ACS de sua equipe? E quanto aos demais ACS da unidade?
8. Como são as reuniões de sua equipe de trabalho?
9. E quanto às reuniões que envolvem todas as equipes de trabalho na unidade? Você poderia descrevê-las?
10. Até que ponto as decisões tomadas nas reuniões de sua equipe, ou nas reuniões que envolvem toda as equipes de trabalho da unidade influenciam o trabalho realizado pelo(a) ACS?
11. As reuniões de sua equipe, ou as reuniões que envolvem todas as equipes da unidade, dedicam algum momento para os(as) ACS abordarem inquietações pessoais (ex. angústias, conflitos etc.) despertadas pelo trabalho? Como isso ocorre?
12. De que maneira o consumo de drogas, em especial o uso de crack, aparece entre as questões apresentadas pelos/as ACS?

Eixo 2- Agente Comunitário de Saúde (ACS) (11)

1. Quais as atribuições de um(a) Agente Comunitário(a) de Saúde?
2. Na sua opinião, o que facilita a realização do trabalho do(a) ACS no bairro? O que dificulta?
3. Quais os aspectos *positivos* em trabalhar com os/as ACS? Por que?
4. Quais os aspectos *negativos* em trabalhar com os/as ACS? Por que?
5. Para você, como os demais profissionais que compõem as equipes de saúde vêem o(a) Agente Comunitário(a) de Saúde (ACS)? O que os leva a pensar desta forma?
6. E quanto a você? Como *você* vê o(a) Agente Comunitário(a) de Saúde? Por que?
7. Como os(as) ACS vêem a si mesmos(as)? O que eles relatam a este respeito? O que os motiva a pensar assim?
8. Como a população do bairro vê o(a) ACS? Qual o valor que ela atribui para este profissional? Por que você acha que as pessoas pensam dessa forma?
9. E quanto a você? Qual o valor que *você* atribui à função de Agente Comunitário(a) de Saúde?
10. Na sua opinião, os demais profissionais da equipe de saúde atribuem que tipo de valor para o ACS? Por que?

11. Considerando o relato dos ACS, que tipo de valor estes profissionais atribuem a si mesmos? O que os estimula a pensar desta forma?

Eixo 3 – Saúde (1)

1. Institucionalmente, qual o entendimento sobre *cuidados com a saúde* repassado para os(as) ACS? Em que medida isso se reflete na prática destes profissionais?

Eixo 4 - Território (2)

1. Como você descreveria o bairro onde se situa a ESF Úrsula Catharino? ACS? *(o que predomina em sua descrição – aspectos físicos, instituições, dinâmica do local, moradores e/ou pessoas que circulam no bairro, relações interpessoais etc.)*

2. Quais são os desafios encontrados no território onde você atua? *(caso não aborde espontaneamente os serviços públicos existentes no bairro, perguntar se auxiliam ou dificultam o trabalho)*

Eixo 5 – Políticas Públicas (4)

1. Você conhece políticas públicas voltadas para a garantia da saúde dos homens, de pessoas que usam drogas ou mesmo de quem usa crack? Quais são elas? Como você tomou conhecimento sobre esta(s) informação(ões)? *(Lei nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006 - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); Portaria Nº 1.944, de 27 de Agosto de 2009 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; e Decreto Nº 7.179, de 20 de Maio de 2010 - Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas).*

2. O(a) ACS tem acesso ao conteúdo destas políticas públicas? De que forma?

3. Na sua opinião, de que modo o(a) ACS interpreta as políticas públicas voltadas para a garantia da saúde dos homens, de pessoas que usam drogas ou mesmo de quem usa crack? O que os motiva a pensar isto?

4. Qual a sua opinião (profissional e pessoal) sobre o fato da unidade atender usuários de drogas? E quanto ao uso de crack, especificamente?

Eixo 6 - Usuário de crack (11)

1. Como você identifica o homem da comunidade que usa crack?

2. E quanto às estratégias, relatadas pelos(as) ACS, para identificar o homem usuário de crack na comunidade?

3. Para você, é possível diferenciar o morador do bairro que usa crack, do homem que usa, mas não reside na comunidade? Os depoimentos dos ACS fazem alguma referência a este tipo de diferenciação?

4. Você poderia descrever o perfil dos homens usuários de crack entre as famílias que você acompanha?

5. Como você vê o homem da comunidade que usa crack? Por que?

6. E quanto aos ACS? Em seus relatos, como expressam o modo como vêem o homem da comunidade que usa crack? O que os motiva a pensar deste modo, na sua opinião?

7. Quais os desafios no atendimento dos homens usuários de crack, dentro e fora da unidade de saúde?

8. Pela sua experiência, o que você considera que o usuário de crack pensa sobre *saúde*? Como ele percebe o cuidado que o trabalho do ACS lhe oferece?

9. Você acha que o(a)s ACS cumprem o seu papel na maneira como cuidam da saúde dos homens da comunidade que usam crack?

10. Como você descreveria a interação entre os(as) ACS de sua unidade de saúde, e os homens da comunidade que usam crack? E quanto a você? Como é a *sua* relação com os homens do bairro que usam crack?

11. O que lhe toca pessoalmente ao realizar a abordagem de homens que usam crack? Por que?
 12. Ao pensar no trabalho realizado pelo(a) ACS dentro e fora da unidade, é possível comparar o atendimento oferecido para o homem morador da comunidade que usa crack e para o morador que não usa? Como?
-

ROTEIRO DE ENTREVISTA - AGENTES COMUNITÁRIOS/AS DE SAÚDE (ACS)

Nº de identificação do(a) entrevistado(a):

Sexo:

Idade:

Escolaridade:

Eixo 1- Agente Comunitário de Saúde (ACS) ~~(11)~~ (12)

12. Qual a primeira palavra que vem à mente quando você pensa em “Agente Comunitário/a de Saúde”? Por que?
13. Há quanto tempo você atua como Agente Comunitário/a de Saúde?
14. O que o/a levou a se tornar um/a ACS?
15. Em que consiste o trabalho do/a ACS?
16. O que facilita a realização do trabalho do(a) ACS no bairro? O que dificulta?
17. Quais os aspectos *positivos* de ser um(a) ACS? Por que?
18. Quais os aspectos *negativos* de ser um(a) ACS? Por que?
19. Para *você*, o que significa ser um/a Agente Comunitário/a de Saúde?
20. Como as pessoas do bairro vêem o *seu* trabalho como ACS? O que as leva a pensar assim?
21. ~~Qual o valor que a população do bairro atribui à função do(a) ACS? Por que você acha que as pessoas pensam dessa forma? Que valor os moradores do bairro atribuem à sua atuação? Por que você acha que as pessoas pensam dessa forma?~~
22. ~~E quanto a *você*? Qual o valor que *você* atribui à função de Agente Comunitário(a) de Saúde? Como *você* avalia o trabalho que desempenha? E quanto a *você*? Qual o valor que *você* atribui à função de Agente Comunitário(a) de Saúde?~~
23. Como *você* avalia o trabalho que desempenha?

Eixo 2 – Saúde (3)

3. Qual a primeira palavra que vem à mente quando você pensa em “saúde”?
4. ~~De um modo geral, o que o(a) ACS entende por cuidados com a saúde? O que significa “cuidar da saúde” para *você*?~~
5. ~~E quanto a *você*? O que *você* pensa sobre saúde? O que o(a) motiva a pensar dessa maneira?~~

Eixo 3 - Unidade de saúde (7)

1. Como *você* descreveria a unidade de saúde onde trabalha? (*o que predomina em sua descrição – aspectos físicos, dinâmica de trabalho, relações interpessoais, questões trabalhistas etc.)*
2. Como é a sua relação com os demais profissionais da unidade de saúde?
3. *Você* pode descrever a sua equipe de trabalho (*quantas pessoas, quais suas funções etc.)*? Como é trabalhar com estas pessoas?
4. Como são as reuniões de sua equipe de trabalho?
5. ~~E quanto às reuniões que envolvem todas as equipes de trabalho na unidade? E quanto às “reuniões de unidade”? *Você* poderia descrevê-las?~~
6. ~~Até que ponto as decisões tomadas nas reuniões de sua equipe, ou nas reuniões que envolvem toda as equipes de trabalho da unidade interferem no modo como *você* organiza e executa suas funções? *Você* acha que as decisões tomadas nas reuniões de equipe ou nas reuniões de unidade diminuem sua autonomia pra fazer o seu trabalho? Por que?~~
7. ~~As reuniões de sua equipe ou as reuniões que envolvem toda as equipes da unidade dedicam algum momento para os(as) ACS abordarem inquietações pessoais (ex. angústias, conflitos etc.) despertadas pelo trabalho? As reuniões de sua equipe ou as reuniões de unidade dedicam algum~~

momento para os(as) ACS abordarem inquietações pessoais (ex. angústias, conflitos etc.) despertadas pelo trabalho?

Eixo 4 - Território (4) (6)

1. Você mora no mesmo bairro onde trabalha como Agente Comunitário/a de Saúde? Há quanto tempo?
2. Atualmente, com quem você mora?
3. Você pode descrever um pouco a sua história no bairro (ex. vive aqui desde que nasceu ou somente a partir do momento em que se tornou agente comunitário/a etc.)?
4. Como você descreveria o bairro onde trabalha? *(o que predomina em sua descrição – aspectos físicos, instituições, dinâmica do local, moradores e/ou pessoas que circulam no bairro, relações interpessoais etc.)*
5. ~~Quais são os desafios encontrados no território onde você atua?~~ De um modo geral, quais são os desafios encontrados no bairro onde você trabalha? Estes desafios também existem na sua microárea?
6. ~~Que outros serviços públicos existentes no bairro onde você atua como ACS auxiliam ou dificultam seu trabalho?~~ Quais são os serviços públicos existentes no bairro, além da unidade de saúde? De um modo geral, eles auxiliam ou atrapalham a realização do trabalho do /a agente comunitário/a?

Eixo 5 – Políticas Públicas (4) (8)

1. ~~Você conhece políticas públicas voltadas para a garantia da saúde dos homens, de pessoas que usam drogas ou mesmo de quem usa crack? Quais são elas? Como você tomou conhecimento sobre esta(s) informação(ões)? (Lei nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006 – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); Portaria Nº 1.944, de 27 de Agosto de 2009 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; e Decreto Nº 7.179, de 20 de Maio de 2010 – Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas).~~
2. Qual a primeira palavra que vem à mente quando você pensa em “política pública”? O que isto significa para você?
3. Você conhece alguma política pública voltada para a garantia da saúde dos homens (*Portaria Nº 1.944, de 27 de Agosto de 2009 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*)? Como você tomou conhecimento sobre esta política pública?
4. Você conhece alguma política pública voltada para a garantia da saúde de pessoas que usam drogas legais e ilegais (*Lei nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006 - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad)*)? De que maneira você conheceu esta política pública?
5. Você conhece alguma política pública voltada para a garantia da saúde de pessoas que usam principalmente o crack (*Decreto Nº 7.179, de 20 de Maio de 2010 - Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*)? Você se informou sobre esta política pública através de que?
6. De um modo geral, os/as demais ACS têm acesso ao conteúdo destas políticas públicas? Como?
7. ~~Qual o entendimento e/ou interpretação do(a) ACS sobre políticas públicas voltadas para a garantia da saúde dos homens, de pessoas que usam drogas ou mesmo de quem usa crack? Você pensa da mesma forma que os(as) demais ACS sobre este assunto? Por que? Você acha que os/as outros/as agentes comunitários/as pensam como você sobre estas políticas públicas (sobre a saúde dos homens, de pessoas que usam drogas ou mesmo de quem usa especificamente o crack)? Ou seus colegas pensam diferente? Por que?~~
8. ~~Qual a sua opinião profissional sobre o fato da unidade atender usuários de drogas? E o que você pensa sobre este assunto como morador(a) do bairro? Qual a sua opinião sobre o fato de uma unidade de saúde atender usuários de drogas?~~

Eixo 6 - Usuário de crack (10)-(14)

1. O que significa “drogas” para você? O que o(a) motiva a pensar dessa maneira?
2. O que você acha sobre o “consumo de drogas”? Por que?
3. O que você pensa sobre “usuário de drogas”? O que o/a leva a pensar assim?
4. *(Caso não aborde explicitamente, acrescentar)* O que lhe serve como fonte de informação sobre as drogas, o consumo de drogas e os usuários de crack? Em que se baseia seu entendimento sobre estes três aspectos?
5. ~~O(A) ACS possui alguma estratégia para identificar o homem da comunidade que usa crack? Qual(is)?~~ Como o ACS identifica o morador do bairro que usa crack?
6. ~~É possível diferenciar o morador do bairro que usa crack, do homem que usa, mas não reside na comunidade? Como?~~ De um modo geral, qual o perfil das pessoas que moram no bairro e usam crack?
7. ~~Você poderia descrever o perfil dos homens usuários de crack entre as famílias que você acompanha?~~ Existem homens adultos usuários de crack entre as famílias que você acompanha? Você poderia descrevê-los?
8. ~~De um modo geral, como o(a)s ACS vêem o homem da comunidade que usa crack? Você pensa da mesma forma que os(as) demais ACS sobre este assunto? Por que?~~ O que você pensa sobre os homens da comunidade que usam crack? Você acha que os demais ACS pensam como você? Por que?
9. ~~Como você descreveria a interação entre os(as) ACS de sua unidade de saúde, e os homens da comunidade que usam crack? E quanto a você? Como é a sua relação com os homens do bairro que usam crack?~~ Como é o seu contato com os homens da comunidade que usam crack? E quanto aos demais ACS da unidade? Como é a relação deles/as com estes usuários?
10. ~~Ao pensar no trabalho realizado pelo(a) ACS dentro e fora da unidade, é possível comparar o atendimento oferecido para o homem morador da comunidade que usa crack e para o morador que não usa? Como?~~ É possível comparar o atendimento oferecido para o homem morador da comunidade que usa crack e para o morador que não usa? Como?
11. ~~Quais os desafios no atendimento dos homens usuários de crack, dentro e fora da unidade de saúde?~~ Que dificuldades o/a ACS enfrenta para cuidar da saúde do homem adulto usuário de crack, dentro e fora da unidade de saúde?
12. O que lhe toca pessoalmente ao realizar a abordagem de homens que usam crack? Por que?
13. Pela sua experiência, o que você considera que o usuário de crack pensa sobre saúde? Como ele percebe o cuidado que o/a ACS lhe oferece?
14. Você acha que o(a)s ACS cumprem o seu papel na maneira como cuidam da saúde dos homens da comunidade que usam crack?

OBSERVAÇÃO:

A elaboração da 2ª versão do roteiro de perguntas ocorreu logo após a realização de entrevistas com os ACS 01 a 03, o que implicou no acréscimo de algumas questões. Os ajustes buscaram corrigir algumas hipóteses que se revelaram equivocadas, a exemplo de:

- a) conceber a opinião do ACS em geral e do ACS entrevistado separadamente. De fato, surge apenas a opinião do profissional que está sendo entrevistado;
- b) apostar na diferenciação entre ponto de vista pessoal e profissional do/a ACS. Na prática, sua opinião como morador e como agente comunitário/a surgem de modo indistinto nas respostas;
- c) o entendimento da pesquisadora sobre “território”, tomado como equivalente de “bairro”, é distinto da interpretação dos/as ACS, que o consideram sinônimo de “microárea”;
- d) para a pesquisadora, o termo “interferência” (utilizado para se referir à intervenção das diretrizes do trabalho discutidas nas reuniões de equipe e de unidade sobre a atuação do/a ACS) é sinônimo de “influência”. Os/as ACS, no entanto, restringiram o uso deste termo aos aspectos negativos. Por isso, “interfere” foi substituído por “influencia”;
- e) inicialmente, as perguntas foram elaboradas considerando aspectos comuns a todos os ACS para, somente a partir daí, conhecer a compreensão de cada profissional. A aplicação do roteiro, no entanto,

revelou algo diferente: primeiramente, emerge o ponto de vista particular do/a ACS, e a impressão do grupo surge apenas se estimulada;

f) considerar que o/a ACS se apoia na evidência de sinais corporais típicos de quem consome abusivamente o crack (emagrecimento, feridas, debilidade etc.) para identificar o morador usuário. Ao contrário, este julgamento se baseia em atitudes do usuário associadas ao consumo (ex. comprar, consumir, circular onde há tráfico etc.) que são observadas pelos/a ACS, por outros profissionais com quem trabalha (ex. demais agentes comunitários) ou por pessoas próximas aos usuários (ex. familiares) que lhe repassam estas informações. Ou seja, se baseia especialmente em “ver e ouvir falar”. Por outro lado, isto pode sugerir que o padrão de consumo preponderante no território não corresponda ao uso abusivo.

Outras mudanças no roteiro foram motivadas pela necessidade de explorar de modo mais aprofundado alguns aspectos, como:

a) a compreensão do/a ACS sobre Redução de Danos voltados ao uso seguro de SPA; e o histórico de seu envolvimento em cursos, capacitações e/ou ações sobre o tema;

b) a percepção do ACS sobre drogas legais, comparadas às ilegais; se aborda esta diferença em suas ações preventivas/educativas nas microáreas; de que forma isso ocorre - e, se for o caso, compreender por que não ocorre;

c) o entendimento do ACS sobre o crack – como vê quem usa; o valor que atribui a esta droga; se e como a distingue de outras vias de consumo da cocaína; qual a perspectiva de cuidado atribuída à pessoa que o consome; se há diferença no consumo entre homens e mulheres; se o sexo do usuário influencia no fato do ACS sentir-se mais à vontade para abordá-lo/a sobre os hábitos de consumo de crack; em que medida o envolvimento do sujeito com ações ilícitas (ex. roubo, tráfico de drogas) é um fator que constrange o ACS a abordar cuidados com a saúde para o usuário de crack.

Por fim, foram feitas algumas alterações para tornar algumas perguntas mais claras e objetivas, com o intuito de facilitar sua compreensão pelos/as ACS, como:

a) Subdividir perguntas, a exemplo de tratar das políticas públicas sobre a saúde dos homens, de pessoas que usam drogas ou mesmo de quem usa especificamente o crack separadamente, ao invés de abordar seu conhecimento pelo profissional em uma única questão;

b) Substituir algumas expressões por termos empregados pelos ACS durante as entrevistas (ex. substituir “reuniões que envolvem todas as equipes da unidade” por “reuniões de unidade”) ou para tornar seu sentido menos ambivalente (ex. a palavra “desafios” soa vaga para alguns).

23/08/15

A hipótese de que o modo como os/as ACS concebem as drogas e o uso das SPA influencia a maneira como entendem e lidam com os usuários motivou a investigação sobre aspectos que servem como fontes de informação para estes profissionais a este respeito. Por isso, foram acrescentadas 4 perguntas no Eixo 6 - Usuário de crack:

13. O que significa “drogas” para você? O que o(a) motiva a pensar dessa maneira?

14. De modo geral, o que você acha sobre o “consumo de drogas”? Por que?

15. O que você pensa sobre os usuários e usuárias de drogas”? O que o/a leva a pensar assim?

(Caso não aborde explicitamente, acrescentar) O que lhe serve como fonte de informação sobre as drogas, o consumo de drogas e as pessoas em geral que as consomem? Em que se baseia seu entendimento sobre estes três aspectos?
