
ITINERÁRIOS DE CONSTRUÇÃO DE UMA LÓGICA TERRITORIAL DO CUIDADO

ROUTES FOR THE CONSTRUCTION OF A TERRITORIAL LOGIC OF CARE

Ruben Artur Lemke

Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal, Campo Grande/MS, Brasil

Rosane Azevedo Neves da Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil

RESUMO

O presente artigo pretende colocar em evidência algumas contribuições das práticas de cuidado dos acompanhantes terapêuticos, agentes comunitários de saúde e redutores de danos na construção de uma lógica territorial do cuidado. Essas três experiências vinculam-se de modo estreito aos desafios lançados pelo movimento de Reforma Psiquiátrica e de Reforma Sanitária, presentes nas atuais políticas de Saúde Mental e Atenção Básica. Ao operar a partir dos conceitos de desinstitucionalização e de integralidade, essas práticas guardam um importante grau de transversalidade no contexto das referidas políticas e estão em posição estratégica para a construção de um modelo de cuidado que tenha o território como seu eixo articulador.

Palavras-chave: acompanhamento terapêutico; atenção básica; saúde mental; território.

ABSTRACT

This article aims to highlight some contributions in the practice of care of therapeutic accompanying, community health agent and harm reduction work for the construction of a territorial logic of care. These three experiments are linked so closely to the challenges posed by the movement of Psychiatric Reform and Health Reform that are present in the current policies of Mental Health and Primary Health Care. To operate from the concepts of deinstitutionalization and integrality, these practices keep a significant degree of transversality in the context of these policies and are in strategic position for the construction of a model of care that has the territory as the axis articulating the practices.

Keywords: therapeutic accompaniment; primary health care; mental health; territory.

Com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) – cujos princípios doutrinários de universalidade e de equidade exigem a criação de estratégias que promovam o acesso à saúde para as populações mais vulneráveis, e de integralidade, que leva em consideração a complexidade dos territórios existenciais dos usuários –, transpor as práticas de cuidado para o território tornou-se, além de um princípio técnico, um pressuposto ético nas ações de saúde.

Tornar o território um princípio organizador das práticas de cuidado é um pressuposto ético além de ser um princípio técnico, sobretudo nas políticas de Saúde Mental e Atenção Básica, que se orientam pelos conceitos de desinstitucionalização e integralidade.

De acordo com M. B. B. Silva (2005), o “presa in carico”, a “tomada de responsabilidade” de uma equipe de saúde pelo território foi uma diretriz de trabalho nas experiências de desinstitucionalização em Trieste, que teve muita influência na formulação de políticas públicas de saúde no Brasil. De fato, a desinstitucionalização exige a relação com um território, o deslocamento das ações para o contexto social dos usuários, de sua existência concreta, para mudar, em última instância, a relação do corpo social com a loucura (Rotelli, 1992).

A integralidade, ao definir que o objeto de trabalho em saúde é o sujeito em sofrimento (Silva, Stelet, Pinheiro, & Guizardi, 2005), pressupõe a opção ética de produzir o cuidado no território, na complexidade

do contexto de vida dos usuários, deslocando a tônica dos esforços da demanda para as necessidades de saúde (Mattos, R. A., 2001). Ter a integralidade como princípio de trabalho significa ampliar a percepção e descentrar o olhar dos sistemas fisiológicos em direção à complexidade movente do território, seus contextos e interações. É cultivar modos de apreender as necessidades de saúde, que podem ser mediados por racionalidades técnicas, como a epidemiologia e a clínica, ou ainda captadas pelos trabalhadores no plano do sensível, através do que Guattari (1992, p. 130) denominou “potência estética do sentir”.

Desse modo, desinstitucionalização e integralidade são operadores conceituais que afirmam o território como um pressuposto ético nas ações de saúde. Uma prática de cuidado só pode ser consequente se for relativa ao sujeito em seu contexto existencial. No campo das políticas públicas de saúde, algumas tecnologias de cuidado têm operado utilizando o deslocamento pelos territórios de vida dos usuários para desenvolver ações. Essas tecnologias lançam mão do movimento tanto com o objetivo de cobrir uma maior extensão territorial para alcançar grupos populacionais vulneráveis como para atender às demandas de usuários que não se adaptam aos equipamentos tradicionais de atenção. Podemos citar como exemplo desses grupos os moradores de rua, as comunidades indígenas de costumes nômades, as pessoas que usam drogas e que não se adaptam a protocolos clínicos que exigem a abstinência e os usuários refratários aos atendimentos nos serviços de Saúde Mental.

Três experiências de cuidado que se materializaram no campo das políticas públicas de saúde e que se vinculam de modo estreito aos desafios lançados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e Sanitária são as práticas dos acompanhantes terapêuticos (ats), dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e dos redutores de danos. As três experiências adquiriram uma consistência própria e transitam entre as políticas de Saúde Mental e Atenção Básica e em seus delicados espaços de articulação. Com a institucionalização do SUS, passaram a ter uma importância estratégica relevante na construção de um modelo de cuidado territorial.

Os acompanhantes terapêuticos

O Acompanhamento Terapêutico (AT)¹ é uma prática de cuidado que tem como principal característica privilegiar o espaço aberto da cidade para criar laços entre o usuário e o território por ele habitado, utilizando a experiência de circulação pelo tecido urbano como dispositivo de produção de saúde.

Como lembra Cabral (2007), ainda que seja entre quatro paredes que muitos acompanhamentos se iniciam – uma instituição psiquiátrica, o quarto de um usuário –, essa prática visa a ampliar o território de circulação do usuário: do quarto à sala, da sala à rua, da rua à cidade. Mas, a autora lembra que a prática do acompanhante terapêutico (at) não pode ser medida ou compreendida pelos espaços que se percorre e que ganhar a rua não significa tirar o usuário de seu enclausuramento. Para tanto, é necessário que o AT utilize a potência terapêutica do contato com a complexidade do espaço social e da experiência urbana, fazendo com que as intervenções produzidas pela cidade tenham uma função terapêutica e criem um espaço para novas produções de sentido (Silva & Silva, 2006).

O AT tem sua origem histórica na figura dos atendentes psiquiátricos das experiências das Comunidades Terapêuticas, que surgiram na década de 1960², sendo que a maior parte dos autores estabelece conexões com as diversas experiências alternativas de cuidado com a loucura. Experiências, que passam a existir a partir da década de 1950, comportavam uma crítica ao modelo manicomial da psiquiatria clássica e uma denúncia de que o sistema de enclausuramento, além de violento, era ineficaz. Experiências essas que foram aos poucos deslocando suas intervenções para as ruas (Araujo, 2005; Silva & Silva, 2006).

O AT ingressa nas políticas públicas no Brasil no momento em que o manicômio é posto em questão. Palombini, Cabral e Belloc (2005), Palombini et al. (2004) e Palombini (2007) afirmam que o ingresso do AT nas políticas públicas só foi possível no contexto de políticas de Saúde Mental que, sintonizadas com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, puseram-se a construir uma rede substitutiva ao manicômio. Foi nesse contexto que o AT, em função da singularidade de sua prática, foi ganhando uma função estratégica nos processos de desinstitucionalização.

Segundo Pelliccioli e Guareschi (2004), o AT tornou-se um dispositivo que contribui ativamente para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, ampliando o território de atuação das práticas de cuidado e tornando-se um projeto político de transformação da realidade ao se engajar na luta pela cidadania do louco e ao afirmar seu direito de circulação pela cidade.

Como a nova rede de serviços tinha como premissa funcionar numa lógica territorial, os ats passaram a ter importância estratégica para a construção das práticas, radicalizando o sentido do cuidado no território e ampliando suas possibilidades. Os ats se engajaram na desinstitucionalização dos usuários tornados crônicos pelos anos de violência

manicomial e se tornaram peças chave no cuidado dos usuários que não se beneficiam de nenhuma outra forma de atenção. É comum a equipe de um CAPS chamar um at para compor a linha de cuidado quando diversas outras intervenções já falharam.

A crítica ao manicômio e a concomitante teorização sobre a territorialidade das práticas de cuidado dos ats surge principalmente com o tema da cidade. A cidade – com suas casas, suas ruas, suas praças, seus bares, suas linhas de ônibus, suas lojas e seus cinemas – passa a ter valor de *setting*: “A cidade, e não mais o asilo, é o espaço em que a experiência da loucura requer ser acompanhada”. Desse modo, os ats passam a operar “entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto” (Palombini, 2006, p. 117). Relatam os autores responsáveis por um projeto de inserção de ats na rede de Saúde Mental:

De início, a cidade foi concebida em nosso projeto como palco da clínica, ou como seu elemento acessório, que vinha dar concretude e permanência a conteúdos psíquicos de frágil consistência. Na medida, porém, em que o trabalho avançava, de forma que o AT ia desbravando ruas, cantos, quartos, foi-se revelando a potência contida na interação com cada um dos gestos e objetos que compõem o cotidiano urbano. A cidade, os seus espaços e tempos, em sua rica variabilidade, passou a ser concebida como matéria constitutiva e primeira dessa clínica. (Palombini, Cabral, & Belloc, 2005, p. 8)

Segundo Palombini (2006, 2007), o AT tornou-se um dispositivo clínico-político da Reforma Psiquiátrica. Para a autora, esse dispositivo é composto por cinco elementos chaves para o seu funcionamento. Primeiro uma disponibilidade para o encontro com o outro, uma abertura para a alteridade, para o desconhecido e para o imprevisto, assumindo tanto a dimensão de risco que isso comporta quanto o potencial de invenção. O segundo elemento é que, para se aventurar no desconhecido, os ats necessitam de um espaço de continência que possa potencializar o pensamento e as práticas, diferente do espaço institucional no qual estão inseridos, no sentido de preservar a dimensão do fora, que é tão cara ao AT. O terceiro elemento é a inserção nas políticas ligadas ao processo de Reforma Psiquiátrica. O quarto elemento é o uso de uma teoria da clínica³ como caixa de ferramentas para o trabalho, na qual a autora considera importante a presença dos seguintes princípios: a ideia de que a subjetividade se produz na relação com uma alteridade, a ideia de que a subjetividade não se deixa apreender completamente por um saber e a ideia de que há uma dimensão de resistência (inconsciente) que não se deixa capturar pelos poderes do Estado e da ciência. Por último,

considerar que o AT se desenrola numa cidade que é processual, produtora de relações, negociações e conflitos, não uma cidade da homogeneização, da ordem e do silenciamento da diferença.

Em sua caminhada constitutiva, o AT ajudou a desconstruir dois pilares do modo como tradicionalmente se pensa a prática clínica: o ideal de terapêuticidade do isolamento e o ideal da neutralidade científica. O ideal do isolamento se refere à crença de que um lugar protegido, afastado do convívio social e regido por uma harmônica razão, teria o poder de restituir a razão eclipsada pela loucura. Como lembra Palombini (2006), é no asilo que a psiquiatria surge e a partir dela as diversas “disciplinas psi”. A neutralidade científica é, para a autora, uma estratégia de mistificação que tem a função de recobrir o mandato social do técnico que é indissociável de um tipo específico de exercício de poder. Araújo (2005), afirma que, no cotidiano das práticas dos ats, qualquer ideal de neutralidade é posto de lado.

É possível dizer que passou a fazer parte do ethos dos ats o reverso do ideal do isolamento e da neutralidade científica, pois, ao invés do isolamento, os ats construíram uma lógica territorial de cuidado, usando o potencial terapêutico da rua e da cidade em suas intervenções e, no lugar da neutralidade científica, os ats construíram uma postura política ativa.

Essas duas ideias, a de que o AT ajudou a desconstruir dois pilares da tradição clínica e a de que sua prática produz desestabilizações, referem-se ao poder de desinstitucionalização que a tecnologia do AT carrega consigo. Segundo Palombini (2006), o AT, pela complexidade que lhe é inerente, faz com que seus praticantes abandonem certezas, modelos prontos e estereótipos e se lancem no plano da invenção. O AT produz desestabilização nas instituições, pois, ao acompanhar o usuário a céu aberto, é com uma visão diferente dele que o at retorna à instituição, marcando uma dissonância em relação ao olhar da equipe. A relação que se estabelece com o usuário nas ruas não é a mesma que a construída dentro de uma instituição. O at traz, dessa forma, uma diferença do fora que produz um tensionamento e faz com que a equipe problematize suas práticas e possa quebrar cristalizações, tanto da imagem que faz do usuário como do seu repertório de intervenções.

Por esses motivos, é possível afirmar que, se os ats ingressam nas políticas públicas como operadores a serviço dos processos de desinstitucionalização dos usuários, eles acabam produzindo o efeito de desinstitucionalizar as práticas. Como afirmam Palombini, Cabral e Belloc (2005, p. 2), “o exercício mesmo do acompanhamento veio a moldar de forma

particular o plano da clínica, possibilitando aberturas, deslocamentos, desconstruções”.

É claro que o AT se situa num campo político de tensões, onde pode ser convocado a atuar tanto no controle quanto na produção de saúde. Silva e Silva (2006) advertem que a emergência da figura do at ocorre justamente no contexto de passagem da terapêutica disciplinar para a terapêutica de controle, na qual o advento dos psicofármacos teve grande importância. Os autores lembram que uma das primeiras tarefas delegadas ao at pelo psiquiatra era supervisionar a administração das medicações e vigiar o comportamento do louco fora da instituição.

Mas, segundo Silva e Silva (2006), foi pelo golpe de força do encontro com o dispositivo rua que surgiu um modo próprio de operar a clínica. O dispositivo rua é entendido como o encontro de forças que produz a vida, a diferença, as linhas de fuga, o novo. A rua como dispositivo produz esse efeito de transformar um programa adaptativo em uma estratégia⁴ clínica que não toma a rua como um pano de fundo ou palco estático para as suas atividades, mas como uma rede de forças que produz subjetividade e que pode adquirir função terapêutica, fazendo uso do tecido urbano como espaço para novas produções de sentido. Por isso, a recomendação ética dos autores para que os ats não se deixem capturar pela lógica adaptativa de controle é estar permeável às forças da rua.

Também gostaríamos de citar uma noção que, mesmo de modo vago, está presente no AT, mas que vai ter uma importância fundamental na experiência dos ACSs. A noção de que os ats funcionam como um produtor de laço, uma espécie de “elo”, na expressão de Ibrahim (1991, p. 47). Essa função de “elo”, dependendo do contexto teórico ou político, pode ser entre terapeuta/equipe/instituição e o paciente, ou entre o paciente e a realidade, ou ainda entre o paciente e o corpo social.

Os agentes comunitários de saúde

A experiência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) é outra tecnologia de cuidado que opera produzindo itinerários no território de vida dos usuários. Suas ações, vinculadas às políticas de Atenção Básica, têm como objetivo produzir um cuidado contextualizado ao modo de vida das comunidades. A figura dos ACSs se institucionaliza no SUS, assim como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), no contexto teórico de crítica ao modelo tradicional de atenção à saúde, em relação ao seu viés fragmentário e reducionista (Silva et al., 2005).

No epicentro da luta pela universalidade do acesso e pela integralidade da atenção está esse trabalhador andarilho com seus percursos pela comunidade. Essa experiência surge como uma estratégia de extensão de cobertura das ações de Atenção Básica para possibilitar o acesso de populações que vivem em contexto distante dos serviços de saúde. Mas também passou a se depositar nas práticas dos ACSs a esperança de construir um cuidado mais integral, na medida em que o agente pode funcionar como um elo entre as equipes de saúde e os modos de vida das comunidades.

Por isso, para ser ACS é necessário viver no território da comunidade onde vai atuar, além de ter ensino secundário completo e participar de um curso introdutório. A Política Nacional de Atenção Básica define como atribuições do ACS realizar busca ativa, desenvolver ações de integração entre a equipe de saúde e uma população adscrita com base geográfica definida – a microárea – e cadastrar todas as famílias dessa área. Estar em estreito contato com as famílias, desenvolvendo ações educativas e de vigilância sanitária, visando à promoção de saúde e à prevenção de doenças. Acompanhar, por meio de visitas domiciliares, os indivíduos, a família e os grupos sob sua responsabilidade. Todas essas funções se dão sob a supervisão de um enfermeiro, sendo que os ACSs podem ou não estar vinculados a uma Equipe de Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2007).

Os princípios do que viria a se institucionalizar como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACSs) estão lançados desde 1978 pela Declaração de Alma-Ata (1978, s.p.): “agentes comunitários ... convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade”. Mas é difícil compor uma história para essa figura. Em sua caminhada constitutiva, os ACSs já se denominaram “visitadores sanitários”, “guardas da malária”, “auxiliares de saneamento” e “auxiliares de saúde”. Segundo Rocha citado por Nogueira, Silva e Ramos (2000, p. 11):

A idéia de criar a função de agente comunitário de saúde vem de muito longe. O primeiro registro sobre este tipo de trabalho, ou similar aos ACSs, foi na Mongólia, China, há cerca de 50 anos. Camponeses eram recrutados pelas organizações locais do Estado, começando pelo interior, e eram treinados para dar os primeiros socorros. Como nômades, eles andavam em grupo de quatro a cinco e acampavam em vilarejos e pequenos agrupamentos onde atuavam como enfermeiros, conhecidos como ajudantes de saúde.

Silva e Dalmaso (2002) relatam que a ideia de agentes comunitários, que teriam um papel de elo

entre serviços de saúde e comunidades, é um conceito que, das mais diversas formas, nomenclaturas e racionalidades, apareceu em diversas partes do mundo. Na América Latina, segundo Ferraz e Aerts (2005), a inserção dos agentes comunitários nas políticas de saúde ganhou um impulso nos últimos anos, quando os ministérios da saúde da América do Sul passaram a receber apoio financeiro de agências internacionais para utilizar esses trabalhadores.

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACs), criado pelo Ministério da Saúde em 1991 e que, em 1992, passou a se chamar Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), recuperou diversas experiências no país, todas com objetivo de extensão de cobertura e ampliação de acesso a grupos marginalizados⁵. Em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde da Família (PSF) com o qual o PACS passa a ter estreitas relações⁶ (Marques & Padilha, 2004; Silva & Dalmaso, 2002).

O trabalho do ACS comporta duas dimensões, uma técnica e uma política. A dimensão técnica se refere às suas atribuições como trabalhador de saúde vinculado ao sistema. A dimensão política se refere à sua função de ser um agente transformador das práticas promovendo a reorientação do modelo de atenção em direção ao cuidado integral das famílias no seu território, assim como promovendo a organização da comunidade para a transformação social e para a melhoria das suas condições de existência (Silva & Dalmaso, 2002). Mobilizando e inserindo-se nas redes de relações e lideranças, ampliando o leque de alianças em defesa da vida (Buchabqui, Capp, & Petuco, 2006).

Uma função do ACS, que se situa num campo de indiscernibilidade entre a política e a técnica, é sua contribuição na construção de um modelo de cuidado territorial. Nunes, Trad, Almeida, Homem e Melo (2002, p. 1644) consideram que o trabalho dos ACSs tem o efeito de diluir as fronteiras estabelecidas pelas paredes do posto de saúde: “as fronteiras se alargam, a lógica das interações se transforma” e afirmam que o contato intenso com o cotidiano de vida das famílias pode construir uma rede de relações produtora de novos significados. O contato próximo com a comunidade põe em evidência que as necessidades de saúde não se restringem às de ordem biológica, mas incluem as existenciais e afetivas. Mendonça (2004, p. 362) também considera as “atividades extramuros”, realizadas pelos ACSs, o componente de um novo perfil de atenção. Apropriando-se da dimensão política de sua prática, o ACS pode se tornar “uma linha de vanguarda para abertura de caminhos que possibilitem melhorar a saúde dos brasileiros” (Menegolla et al., 2003, p. 84).

O ACS emerge em uma situação paradoxal: ao mesmo tempo em que vai ao encontro dos ideais da Reforma Sanitária de universalidade e de equidade no acesso e integralidade do cuidado, sintoniza-se com as políticas econômicas de ajuste neoliberal de racionalização de custos⁷. A consolidação institucional do SUS com seu ideário de saúde como um direito social se dá justamente nesse período histórico. Desse modo, o trabalho dos ACSs tem esta dupla direção: a de ser um modo de racionalizar custos e a de ser um modo de ampliar o acesso e de focalizar a atenção em grupos vulneráveis, atendendo a um princípio equitativo de justiça social. Por esse motivo, a prática dos ACSs comporta o risco de ser uma cesta básica simplificada para os pobres, que, por meio das práticas de educação em saúde e das visitas domiciliares, tenha como efeito a medicalização, a normalização e o controle no território comunitário. Produzir-se-ia desse modo uma divisão social: as conquistas tecnológicas da clínica ficariam reservadas às classes favorecidas e aos grupos populacionais vulneráveis, a vigilância sanitária e a epidemiologia (Borstein & Stotz, 2008; Fernandes, 1992; Franco & Merhy, 2006; Mendonça, 2004; Nunes et al., 2002).

Mas, autores como Lima e Moura (2005) afirmam que o PACS pode ser considerado uma forma de discriminação positiva, um modo de focar a atenção nos grupos mais excluídos para atingir melhores patamares de equidade. Mesmo com tantas contradições, a comunidade passa a receber serviços dos quais sempre fora excluída e passa a ter alguma possibilidade de participar do controle desses serviços, por meio dos ACSs.

O conflito produzido por esse paradoxo é lançado na dinâmica da prática cotidiana. Somado a esse conflito e por ser a linha de frente do sistema de saúde no território, incide sobre as práticas dos agentes toda a tensão gerada pelo descompasso que ainda existe entre o ideal de universalidade, equidade e integralidade e as possibilidades reais do sistema em atender a esses direitos sociais. Reclamam muitas expectativas sobre os ombros dos ACSs: de serem agentes de mudanças quando o contexto é de realidades instituídas (Menegolla et al., 2003); de serem promotores da integralidade quando o sistema local não lhes fornece a retaguarda necessária (Martinez & Chaves, 2007); além de sofrerem um excesso de idealização, que Tomaz (2002) chamou de “super-heroização” e “romantização” de seu papel. Isso ocorre quando lhe atribuem a função de, solitariamente, ser a mola propulsora da consolidação do SUS.

A ideia de que um contingente de trabalhadores profundamente inseridos em suas comunidades, com o

treinamento e a supervisão adequados, pode estender a cobertura de diversas ações preventivas, realizando busca ativa e detecção precoce de problemas, está presente em muitos textos escritos por profissionais das mais diversas especialidades. Parece que cabe ao ACS, em suas caminhadas pela comunidade e no contato com as populações, integrar diversas políticas fragmentadas na produção do cuidado. Sobre o corpo desse trabalhador pesa todo esse campo de tensões.

A característica que aparece com mais insistência nos textos é a função de “elo” do ACS. Nogueira et al. (2000, p. 10) afirmam que o ACS no território,

É um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.

Silva et al. (2005) afirmam que o ACS tem a função de integrar partes que no modelo tradicional se encontram fragmentadas, assim como traduzir para a equipe o cotidiano da comunidade em seu “modo de andar na vida”. Todavia, preferem a expressão laço⁸ no lugar de elo. Elo remete a uma estrutura fria, mecânica e fechada em si mesma. Laço traz a ideia de movimento, de um trabalho artesanal. Faria parte desse trabalho artesanal construir um território comum, em que possa haver diálogo, encontro e interação fora de códigos hierarquizantes de saberes e papéis institucionais.

O ACS, ao se apropriar da dimensão política de sua prática, pode fazer uso dessa posição singular que ocupa de habitar na interface entre um aparelho de Estado e um território comunitário e, usando sua “credencial da saúde”, ajudar a construir, entre os dois, passagens, caminhos solidários que facilitem o acesso de usuários em vulnerabilidade aos seus direitos sociais.

Em relação aos atos e aos redutores de danos, o ACS tem a prática mais codificada, seja pelos protocolos dos programas de planejamento vertical, seja pela exigência de metas de produtividade. Ou ainda pelo tipo de relação que os enfermeiros supervisores ou as equipes de saúde podem estabelecer com esse profissional. Nesse sentido, quanto mais autoritária for e quanto mais restrito for o entendimento de saúde por parte dos gestores municipais, mais duras se tornam essas linhas que regulam essas práticas. A tendência nesses casos é um uso utilitarista dos ACSs, que se tornam simples agentes burocráticos. Mas, mesmo nas condições mais duras, quando o ACS é quase esvaziado

de seu papel político, podem ocorrer subversões. É comum ouvir relatos em que os ACSs transgridem algumas normas referentes às suas atribuições em benefício da saúde da comunidade.

Os ACSs têm grande importância na articulação das políticas de Saúde Mental e Atenção Básica. Os ACSs e os demais técnicos da Estratégia de Saúde da Família atualmente realizam diversas ações relacionadas à Saúde Mental no território de vida das pessoas. É evidente que a dimensão da subjetividade está sempre posta na produção de cuidado e é um plano constitutivo da integralidade. Mas, com o fim progressivo dos manicômios, os profissionais da Atenção Básica são convocados a acompanhar a saúde de pessoas com grave sofrimento psíquico ou envolvimento problemático com o uso de drogas, sendo que sua sensibilidade para essa questão é fundamental para o estabelecimento de um cuidado territorial para essa população. Ainda mais se levando em conta que muitos territórios não contam com CAPS. Rios (2007) relata que o tema da Saúde Mental é uma preocupação importante no cotidiano das práticas dos ACSs.

Garrafa (2008) observou um processo de ampliação do campo de ação dos ACSs quando as intervenções feitas nas visitas domiciliares se mostravam insuficientes. Relata que, diante de impasses, os agentes produziam um novo movimento com o convite: “vamos juntos?”:

O acompanhamento do sujeito ou da família em seu trânsito pelo território subverte a proposta de “visita domiciliar” que sintetiza, na maioria dos casos, a atuação dos agentes nesses programas sociais. Diante das situações de alta complexidade encontradas nos territórios mais vulneráveis, famílias e agentes ultrapassam as fronteiras do espaço residencial e acrescentam novas diretrizes para as políticas de atenção a essa população. (Garrafa, 2008, p. 1)

Quando um ACS ingressa com intensidade no cuidado com o sofrimento psíquico, é difícil diferenciar sua função com a de um at. Mattos S. (2002), uma ACS, relata uma ação de alta complexidade que realizou na Atenção Básica: o acompanhamento de Leão, um louco da comunidade. Exercendo uma função de AT, a ACS vinculou-se a um usuário que causava medo e rechaço nas pessoas da comunidade. Começou a acompanhar o usuário e aos poucos foi conhecendo os elementos que compunham seu universo existencial. Esse vínculo terapêutico ajudou o usuário a romper seu isolamento e mudou o modo da comunidade olhar esse usuário singular.

Lancetti (2006, p. 90) relata situações em que os agentes comunitários, estabelecendo o

que denominou “laços de amizade plenamente terapêuticos”, enfrentavam diversas situações complexas, evitando internações e cuidando de pessoas com grave sofrimento psíquico. Para o autor, o ACS é um trabalhador afetivo, que se situa numa posição paradoxal de ser membro da comunidade e ao mesmo tempo integrante do sistema de saúde. Formar uma espécie de “polícia médica revolucionária” ao se imiscuírem no território existencial das pessoas e ao tecerem redes que produzem efeitos terapêuticos. Segundo o autor, essa posição paradoxal do agente comunitário e sua condição de trabalhador afetivo colocam-lhe numa posição estratégica de incidir nos processos de produção de subjetividade.

Os redutores de danos

Os redutores de danos são trabalhadores da saúde que, numa lógica de busca ativa, operacionalizam no território ações no cuidado de pessoas que usam drogas. A prática dos redutores se baliza pelos princípios da Redução de Danos (RD), que é um modo de trabalhar em Saúde Coletiva que tem produzido resultados importantes com determinados grupos populacionais que costumam ter dificuldade de acesso aos serviços por questões relativas ao preconceito e ao estigma social que envolve o uso de drogas.

A RD surgiu como movimento social internacional em resposta à crescente crise do HIV/AIDS na década de 80, tendo por objetivo principal minimizar os danos provocados pelo uso de substâncias químicas⁹. No Brasil, surgiu na cidade de Santos, que foi laboratório de importantes e pioneiras experiências de políticas públicas quando a Secretaria Municipal de Saúde, em 1989, iniciou a primeira experiência de distribuição de material para uso seguro de drogas injetáveis. Experiência que logo foi interrompida pelo Ministério Público sob a acusação de promover apologia ao uso de drogas. Em 1990, em um movimento clandestino, a organização não governamental Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS (IEPAS), de Santos, foi para as ruas distribuir seringas limpas e ensinar a limpar os equipamentos de uso (Nardi & Rigoni, 2005, 2009; Pollo-Araujo & Moreira, 2008; Souza, 2007).

A RD é entendida como uma série de procedimentos que tem como objetivo minimizar as consequências adversas do uso ou abuso de drogas (Lancetti, 2006; Nardi & Rigoni, 2005). É um modelo alternativo ao paradigma da abstinência. O paradigma da abstinência se assenta nos dois modelos morais de entender o uso, ora como criminalidade ora como doença psiquiátrica. A RD reconhece a possibilidade

de estabelecer a abstinência como um objetivo possível¹⁰, mas não a considera uma exigência nem condição para o tratamento. Opera a partir de metas escalonadas¹¹, que podem ser a simples diminuição do uso, a substituição de uma substância por outra menos nociva, a substituição da via de administração ou apenas a administração da substância de modo mais seguro (Bastos, 2003; Marlatt, 1999).

Lancetti (2006, p. 82) considera a RD uma prática clínica porque ela tem a potencialidade de produzir um desvio (*clinamen*), que consiste em criar uma experimentação de vida, cuidado e solidariedade, justamente onde os movimentos têm um potencial de morte. A postura ética do redutor de danos produz territórios de cuidado, tolerância e solidariedade que são verdadeiros antídotos ao narcisismo mortal do uso suicida de drogas. Um redutor descreve, desse modo, a emergência da clínica da RD a partir das ações de troca de seringas:

A gente cuidava do corpo, do sangue, e de repente se dava conta que tava cuidando da pessoa. Da gente mesmo... E assim, creio, inventamos um jeito de pensar o cuidado com pessoas que usam drogas. Acreditamos nesse jeito, que às vezes lembra muito a clínica do AT. E não entendemos de que modo a gente poderia separar o cuidado do corpo e o cuidado da mente. Se separássemos, a coisa simplesmente não funcionaria¹².

Segundo Souza (2007), a RD avançou de uma concepção reduzida de prevenção de DST/AIDS entre usuários de drogas injetáveis, e da dimensão concreta de troca de seringas, para uma proposta ampliada de produção de saúde, tornando-se um paradigma de cuidado na atual política nacional de álcool e outras drogas.

A RD tem uma importante função política na construção da universalidade do acesso aos serviços de saúde, ao prescindir do imperativo da abstinência, que historicamente tem marginalizado um contingente importante de populações vulneráveis. Segundo Nardi e Rigone (2005), estabelecer a abstinência como condição para uma abordagem de cuidado produz a segregação dos usuários e impossibilita o acolhimento destes nas políticas de saúde. Além do mais, prescindir do imperativo da abstinência é uma forma de resistência às políticas do aparelho de Estado que são atravessadas por uma lógica de controle das populações e homogeneização do social que, no caso do uso de drogas, traduz-se na prescrição indistinta de abstinência e numa política de segurança repressiva.

As políticas repressivas e proibicionistas, segundo Petuco e Medeiros (2008), têm como

consequência situar as relações do Estado com o fenômeno das drogas no registro da violência, sendo que as intervenções mais duras costumam se concentrar nas comunidades mais empobrecidas, criminalizando e violando seus territórios de vida. No campo das ações de saúde, essa apologia da guerra tem como efeito impossibilitar o acolhimento das pessoas que usam drogas, ou produzir uma resposta que se compara em violência à que o manicômio clássico reservou à loucura. Segundo os autores, a RD é uma possibilidade concreta de trabalhar com produção de saúde nessas redes sociais marginalizadas.

Segundo Lancetti (2006), além de divergir das políticas proibicionistas, a RD é uma prática em defesa da vida sintônica aos princípios das reformas Sanitária e Psiquiátrica. Alguns autores, como Conte et al. (2004), Nardi e Rigone (2005), consideram a Redução de Danos uma estratégia importante de articulação das políticas de Saúde Mental e de Atenção Básica, pelo seu potencial de construir redes, pela flexibilidade nos modos de trabalho e pelo respeito às subjetividades e aos direitos humanos¹³. A RD também se constitui como um instrumento de luta pela garantia dos direitos dos usuários de drogas (Nardi & Rigone, 2009), de exercício de cidadania e de produção de autonomia.

Se os ats colocaram a “clínica em movimento” (Palombini et al., 2004), os redutores de danos, segundo a expressão de Petuco e Medeiros (2008), colocaram a clínica em um “movimento clandestino”. Porque o trabalho dos redutores de danos se constituiu historicamente por meio de pequenas transgressões, burlas de normas e prescrições no cotidiano das práticas, quando restrições de viés proibicionista tentam engessar o escopo de suas ações clínicas de cuidado.

A práxis dos redutores¹⁴ caracteriza-se pelo cuidado territorial. Os redutores lidam especialmente com problemas relacionados ao uso de drogas, desenvolvendo uma série de atividades que têm a característica de serem desenvolvidas “em campo”, circulando em determinado território e mantendo um contato próximo e contínuo com a comunidade, numa lógica de “busca ativa”. Um dos principais instrumentos de trabalho dos redutores é o princípio ético de não tecer julgamentos de valor sobre a vida das pessoas, estabelecendo vínculos solidários nos quais os usuários podem encontrar condições de decidir sobre as ações a serem desenvolvidas em relação à sua saúde, respeitando sua vontade e seu tempo, até que possam, pouco a pouco, estabelecer formas de “cuidado de si”¹⁵ (Nardi & Rigoni, 2005).

Segundo Petuco e Medeiros (2008), assim como o AT é um dispositivo da Reforma Psiquiátrica, que

traz contribuições que ampliam seus conceitos, o trabalho do redutor amplia o escopo das ações clínicas e possibilita a experiência ética de uma escuta radical. Por atuarem em contextos mais abertos produzem aberturas criativas e oferecem novas ferramentas de cuidado. Os redutores:

Atuam junto de pessoas que usam drogas, nos locais onde estas vivem e convivem, operando estratégias de promoção de saúde que têm como base o acolhimento, a construção de vínculos e a busca de construção de itinerários terapêuticos que privilegiem o sujeito. Uma proposta de busca ativa, cujo desenho é diferente daquele traçado por agentes comunitários de saúde, na medida em que os territórios da RD são concebidos pelos usuários dos serviços, e não pelos profissionais de saúde, ... assim como com o AT (Petuco & Medeiros, 2008, p.6).

Conte (2004) também ressalta essa proximidade entre as práticas de cuidado dos redutores e dos ats. Afirma que se assemelham pela mobilidade de suas ações. Assim como o at, o redutor tem uma postura ativa, ele vai ao território do usuário, constrói vínculos e respeita sua demanda, baseando suas ações naquilo que é viável e não em normas ideais de saúde.

Souza (2007) considera a prática dos redutores de danos como uma das clínicas que se produz a céu aberto e se realiza no território, e que tem o desafio de fazer do território um espaço de produção de subjetividade. Os redutores produzem territórios existenciais ao instaurarem ilhas de solidariedade onde apenas havia criminalização e ao atualizarem em campo os princípios das políticas públicas, conferindo direção a um projeto clínico-político no território. A ação dos redutores de danos permite que os processos de territorialização sejam redirecionados por diferentes agenciamentos que possibilitem a criação de espaços de autonomização e singularização subjetiva.

Segundo Souza (2007), a RD equipa o território com diferentes dispositivos que podem oferecer saídas aos problemas políticos que marginalizam os usuários de drogas. Os dispositivos também podem produzir agenciamentos que revertem o sentido negativo de contágio, entendido como signo de morte, para um sentido positivo de contágio, como produção de vida e solidariedade. Isso significa não tomar por mortífero o uso de drogas em si, mas todo o contexto de extermínio que incide sobre os territórios de maior vulnerabilidade social¹⁶. Para o autor, é na zona de interação entre a clínica e a política que devemos entender como os redutores vêm consolidando um novo modo de produzir cuidado no território.

Considerações finais

Segundo Merhy (2005), a produção do cuidado é uma dimensão aberta das práticas, que se produz em ato e não está plenamente capturada. No campo das profissões e dos saberes, a produção de um cuidado que se orienta pelos eixos conceituais da desinstitucionalização e da integralidade dá-se num espaço que Ceccim (2005) denomina entredisciplinar. É nesse lugar, ainda não capturado pelos efeitos de sedentarização das atribuições profissionais, que é possível construir uma prática de cuidado capaz de se desvencilhar dos limites disciplinares impostos pelas profissões e de criar uma porosidade própria à alteridade dos saberes, dos usuários e de seus territórios de vida.

Para Ceccim (2005), essa ética entredisciplinar não se situa em nenhuma margem definida de uma identidade profissional, ou em nenhum dos pólos de alguma dicotomia alocada no campo da saúde como duas margens opostas. Situa-se numa terceira margem, que é a margem da travessia¹⁷, do movimento, da não sedentarização em nenhuma das duas margens. É nessa terceira margem, lugar de tensão e indiscernimento, mas também de invenção e de abertura para a diferença, que um trabalhador pode, ao transitar, apreender melhor a complexidade de conexões que desenham o processo saúde-doença na direção de um cuidado integral e produzir novos sentidos nas práticas de saúde. É nessa terceira margem que é possível se engajar em projetos de invenção de vida.

Esse lugar ético da entredisciplina é estratégico aos ats, ACS e redutores para que possam explorar a potência política de seus movimentos. De fato, esses trabalhadores habitam um lugar do entre, nas brechas existentes entre as diversas disciplinas, entre os saberes populares e técnicos, entre os diferentes territórios e os serviços. Produzindo elo entre usuários e sistema de saúde ou laço entre loucura e corpo social. Além de produzir ligação entre as partes, esses trabalhadores andarilhos são aqueles que se ocupam das populações que ficam nos interstícios das ofertas de atenção dos módulos assistenciais e que realizam muitas ações que escapam ao escopo das disciplinas tornadas sedentárias. É justamente nesse lugar de instabilidade e indefinição no plano do saberes que o movimento pode se tornar mais potente¹⁸.

Produzir movimentos que vão além de um plano estritamente espacial, requer que esses trabalhadores se tornem outsiders não apenas dos módulos assistenciais. Requer que os trabalhadores, como nômades, mantenham uma posição de exterioridade

(Deleuze & Guattari, 1997) em relação a certas racionalidades técnicas e seus paradigmas que podem obturar o movimento do pensamento e da percepção na construção das práticas de cuidado.

Cada uma das três experiências apresentadas, de trabalhadores que abandonam ambientes protegidos e partem em direção ao território de vida dos usuários, tem sua própria história, suas singularidades, assim como surgem para dar resposta a problemas específicos, mas guardam entre si um grau de transversalidade. Os ACSs podem ingressar numa função AT (Garrafa, 2008; Mattos, S. A. F., 2002), ou realizar ações de RD. Os redutores são considerados um tipo especial de ACS (Nardi & Rigone, 2005) e existe uma semelhança entre a clínica dos ats e dos redutores de danos (Conte, 2004; Petuco & Medeiros, 2008).

Além de empregar o movimento como modus operandi, as três experiências se materializam nas políticas públicas a partir da consolidação do SUS, quando passam a ter uma importância estratégica na consecução dos desafios lançados pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária, de desinstitucionalização da loucura, de possibilitar a universalidade do acesso, de construir a integralidade do cuidado. As três experiências se tornam importantes nas políticas de Saúde Mental ou Atenção Básica, ou no espaço de articulação destas, no qual a construção de práticas territoriais de cuidado se torna, além de um princípio técnico, um imperativo ético.

Nesse sentido, os conceitos de desinstitucionalização e integralidade imprimem uma direção política ao trabalho no território e podem afastar as práticas de um viés reducionista ou de controle e normalização da vida, ao mesmo tempo em que abrem um plano de consistência no qual o potencial político do movimento pode ser explorado na construção de um modelo de cuidado territorial.

Notas

¹ Será usada a abreviação de AT para Acompanhamento Terapêutico e at para acompanhante terapêutico, consagrada pelo uso desde a publicação de Barreto (1998).

² Essa função de um trabalhador que acompanha o usuário por suas incursões pelo espaço urbano já foi denominada de atendente grude, depois atendente psiquiátrico, na Clínica Pinel em Porto Alegre, na década de 1960, depois auxiliar psiquiátrico, na Clínica Villa Pinheiros, no Rio de Janeiro, entre os anos de 1969 e 1976. Na Argentina, psicanalistas que trabalhavam em hospitais psiquiátricos acabaram criando novas funções para os então chamados auxiliares psiquiátricos ou atendentes terapêuticos que passaram a ser chamados amigos qualificados. Nome que chegou à instituição "A Casa" por intermédio de uma

- psicanalista argentina. Nos anos 1980, consolida-se a nomenclatura de acompanhante terapêutico como resultado da movimentação dos próprios agentes dessa prática que, com uma nova nomenclatura, tinham o duplo objetivo de demarcar uma autonomia em relação ao saber psiquiátrico e destacar o caráter terapêutico de sua função (Barreto, 1998; Cabral, 2005; Palombini, 2007; Reis Neto, 1995; Silva, A. T., 2005).
- ³ A autora afirma que no Brasil, pela biografia disponível, o AT encontra sua sustentação teórica principalmente no pensamento de Lacan, Winnicott ou Deleuze e Guattari.
 - ⁴ Silva e Silva (2006) diferenciam “programa” de “estratégia”, baseados em Edgar Morin. “Programa” supõe uma sequência fixa de atos definidos a priori. “Estratégia” é um cenário de ação que se modifica em função dos acontecimentos e imprevistos que surgem no curso da ação. Quando o AT funciona como uma estratégia, ele consegue fugir de funcionar na lógica de um programa adaptativo.
 - ⁵ Destacam-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e o Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde (PREPS). O PIASS funcionou entre 1975 e 1976. O PREPS funcionou entre 1976 e 1979. Duas experiências nas vésperas da institucionalização do SUS foi a do Ceará, em 1987, quando a introdução do ACS apresentou impacto significativo no perfil de mortalidade infantil, e a de Manguinhos, no Rio de Janeiro, em 1986, uma das primeiras experiências urbanas (Giffin & Shiraiwa, 1989). Curiosamente, as duas experiências foram protagonizadas por mulheres por sua importância no cuidado da família e da comunidade. A criação do PNACS foi com a intenção de replicar no restante do país a experiência bem-sucedida do Ceará (Kluthcovsky & Takayanagui, 2006; Nogueira et al., 2000).
 - ⁶ O PACS é considerado uma estratégia de transição para implantação do PSF.
 - ⁷ Assim como PSF, os ACS surgem no contexto político-econômico de ajuste neoliberal na América Latina, no qual uma série de orientações das cartilhas dos organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial, recomendava redução do papel do estado, mais racionalidade nos investimentos e corte nos gastos com políticas sociais. Curiosamente, uma orientação neoliberal era sintônica com os ideais democráticos do SUS: a participação da sociedade civil no controle da execução das políticas do Estado (Lima & Moura, 2005; Mendonça, 2004).
 - ⁸ A expressão “laço” é encontrada nos textos dos ats. Assim, por exemplo, Almeida (2006) considera o AT uma estratégia clínica que atua no campo social, apoiando o usuário onde este se encontra inserido, sendo um instrumento importante para a sustentação de um “laço social possível”.
 - ⁹ A RD como lógica de cuidado tem como marco histórico o ano de 1926, na Inglaterra, quando o relatório do Comitê Rolleston, produzido por um grupo de médicos, recomendava a prescrição de opiáceos e cocaína para dependentes no manejo dos sintomas de abstinência. Entretanto, apenas na década de 1980, ações baseadas nesses princípios foram sistematizadas em programas. Os primeiros centros de distribuição de seringas foram criados na Holanda e na Inglaterra e resultaram da pressão do movimento de uma associação holandesa de usuários de drogas denominada *Junkiebond*. Esses usuários pleitearam das autoridades sanitárias de Amsterdã o fornecimento de agulhas e seringas descartáveis para o uso de heroína. As autoridades negaram o fornecimento sob o argumento do risco do lixo séptico ficar espalhado nos parques da cidade, pondo em risco de contaminação a população. Nisso surgiu a ideia da troca de seringas usadas por novas, que logo foi aceita e reduziu drasticamente os índices de infecção por HIV e hepatites dos usuários de drogas, primeiro na Holanda e depois na Inglaterra. As primeiras experiências já contavam com a figura de um agente de campo (Pollo-Araujo & Moreira, 2008).
 - ¹⁰ Conforme afirma Souza (2007), a RD não se opõe às estratégias que tenham a abstinência como direção, mas à rede de instituições que fazem da abstinência a única direção possível de tratamento. Segundo o autor, a moral articulou o campo da saúde ao campo da justiça, fazendo da abstinência ao mesmo tempo uma norma psiquiátrica e uma forma jurídica de regulação de condutas desviantes.
 - ¹¹ Segundo Reale (2005), o trabalho com metas escalonadas na RD introduz nos planos terapêuticos a ideia de progressão, de movimento. Desse modo, o usuário pode transitar por diferentes matizes transicionais, expandindo suas experiências de produção de saúde livre do jogo dualista do tudo ou nada, da abstinência total ou do consumo suicida.
 - ¹² Depoimento de Denis Petuco ao falar pelo coletivo de redutores sintetizando a emergência da clínica da RD.
 - ¹³ Entre diversas ações possíveis, o trabalho de campo dos Agentes Comunitários de Saúde é um ponto estratégico para desenvolver ações de redução de danos.
 - ¹⁴ O modo mais comum de organização das ações de RD no Brasil é o Programa de Redução de Danos (PRD). O PRD possui uma estrutura de trabalho que conta com uma coordenação, responsável pelos trâmites burocráticos, e uma equipe de redutores de danos, responsável pela operacionalização das ações de RD em campo. Contudo, existem locais que contam apenas com ações em RD, sem um programa estruturado. As ações podem ser desenvolvidas por redutores de danos de modo pontual ou por Agentes Comunitários de Saúde (Nardi & Rigone, 2009).
 - ¹⁵ As ações são pautadas no sentido de que o cuidado de si se coloque como uma opção ético-estética e não uma prescrição moral. Se o redutor consegue agir desse modo, compõe um movimento de resistência ao modo de subjetivar dominante, abrindo espaço para singularizações ao prescindir o uso de técnicas de controle que se baseiam em pressupostos morais e normas universais de saúde (Nardi & Rigoni, 2005).
 - ¹⁶ De acordo com Lancetti (2006) e Souza (2007), todo o complexo “droga”, ou seja, a complexa rede de produção, circulação, comercialização, uso suicida, repressão, combate e toda a corrupção e violência que se dá nesse circuito sintonizam-se com o atual modo de produção capitalista, com seu apelo exacerbado ao consumo e ao imediatismo.
 - ¹⁷ A imagem da terceira margem como lugar de travessia, o autor retira do conto de Guimarães Rosa “A terceira margem do rio” e do filme de Walter Salles Jr. “Diários de Motocicleta”. O filme tem uma cena em que o jovem Che atravessa um rio que separa duas cidadelas, a dos enfermos e a dos profissionais de saúde.
 - ¹⁸ É claro que não nos referimos aqui a qualquer tipo de instabilidade no plano das condições de trabalho, tipo de vínculo e remuneração, pois a precarização do trabalho só produz sofrimento e despotencialização.

Referências

- Almeida, B. H. M. (2006). Que Paris é esse? Fragmentos clínicos. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa (Org.), *Textos, texturas e tessituras no Acompanhamento Terapêutico* (pp. 79-103). São Paulo: Hucitec.
- Araujo, F. (2005, dezembro). Do amigo qualificado à política da amizade. *Estilos da Clínica*, 10(19), 84-105.
- Barreto, K. D. (1998). *Ética e técnica no Acompanhamento Terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco.
- Bastos, F. I. (2003). Redução de Danos e Saúde Coletiva: reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In C. M. A. Sampaio & M. A. Campos (Orgs.), *Drogas, dignidade e inclusão social: A lei e a prática de Redução de Danos* (pp. 15-41). Rio de Janeiro: Aborda.
- Bornstein, V. J. & Stotz, E. M. (2008, janeiro/fevereiro). Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(1), 259-268.
- Buchabqui, J. A., Capp, E., & Petuco, D. R. S. (2006). Convivendo com Agentes de Transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizagem em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(1), p. 32-38.
- Cabral, K. V. (2005). *Acompanhamento Terapêutico como dispositivo da Reforma Psiquiátrica: considerações sobre o setting*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Cabral, K. V. (2007). A sucessão de acasos-acontecimentos como regra fundamental do Acompanhamento Terapêutico. In Comissão de Aperiódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (Org.), *Psicose: aberturas da clínica* (pp. 205-220). Porto Alegre: Libretos.
- Ceccim, R. B. (2005). Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos Atos Terapêuticos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 259-278). Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, ABRASCO.
- Conte, M., Reverbel, C., Sbruzzi, C., Menezes, C. B., Alves, G. T., Queiroz, R., & Braga, P. (2004). Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. *Boletim da Saúde*, 18(1), 59-77.
- Conte, M. (2004). Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis? *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, ano 14, 26, 23-33.
- Declaração de Alma-Ata*. (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Acesso em 30 de janeiro, 2014, em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1997). Tratado de Nomadologia: a máquina de guerra. In G. Deleuze & F. Guattari, *Mil Platôs - Capitalismo e Esquizofrenia* (Vol. 5, pp. 11-110). Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Fernandes, J. C. L. (1992). Agentes de Saúde em comunidades urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(2), 134-139.
- Ferraz, L. & Aerts, D. R. G. C. (2005). O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(2), 347-355.
- Franco, T. B. & Merhy, E. (2006). Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In E. E. Merhy, H. M. Magalhães Júnior, J. Rimoli, T. B. Franco, & W. S. Bueno (Orgs.), *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp. 53-124). São Paulo: Hucitec.
- Garrafa, T. (2008). *Itinerários subversivos: o acompanhamento nas políticas de atenção à família em territórios de alta vulnerabilidade social* [Resumo]. In Simpósio Temático: Acompanhamento Terapêutico e Políticas Públicas. Anais do III Congresso Internacional – IV Congresso Ibero-americano – II Congresso Brasileiro de Acompanhamento Terapêutico. Multiversas cidades, andanças caleidoscópicas, tessitura de redes. Porto Alegre. Acesso em 30 de janeiro, 2014, em <http://www.bibliotecadoat.com.br/1/at/index.php/biblioteca-do-at/25-biblioteca-do-at/eventos-passados/congresso-2008/57-congresso-2008-anais-at-e-politicas-publicas>
- Giffin, K. & Shiraiwa, T. (1989). O agente comunitário de Saúde Pública: a proposta de Manguinhos. *Cadernos de Saúde Pública*, 5(1), 24-44.
- Guattari, F. (1992). *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Ibrahim, C. M. (1991). Do louco à loucura: o percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa (Org.), *A rua como espaço clínico* (pp. 43-49). São Paulo: Escuta.
- Kluthcovsky, A. C. G. C., Takayanagui, A. M. M. (2006). O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2(5), 23-29.
- Lancetti, A. (2006). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Lima, J. C., Moura, M. C. (2005). Trabalho Atípico e Capital Social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. *Sociedade e Estado*, 20(1), 103-133.
- Marques, C. M. S. & Padilha, E. M. (2004). Contesto e perspectivas da formação do Agente Comunitário de Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(2), 345-352.
- Martinez, W. R. V. & Chaves, E. C. (2007). Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 426-433.
- Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde* (pp. 39-63). Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABRASCO.
- Mattos, S. A. F. (2002). Entre a loucura e a liberdade: a experiência de uma agente comunitária de saúde. In A. Lancetti (Org.), *Saúde Loucura 7: saúde mental e saúde da família* (2ª ed., pp. 53-58). São Paulo: Hucitec.
- Marlatt, G. A. (1999). *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Mendonça, M. H. M. (2004). Profissionalização e regulação da atividade do Agente Comunitário de Saúde no contexto da Reforma Sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(2), 353-365.
- Menegolla, V. L. et al. (2003). O Agente Comunitário de Saúde no desenvolvimento de seu trabalho. *Boletim da Saúde*, 17(2), 81-93.
- Merhy, E. E. (2005). Engravitando palavras: o caso da Integralidade. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho*

- em equipe, participação e espaços públicos* (pp. 195-206). Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABRASCO.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. (2004). *A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Alcool e Outras Drogas* (2ª ed. rev. ampl.). Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2007). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Autor.
- Nardi, H. C. & Rigone, R. Q. (2005, maio/agosto). Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 273-282.
- Nardi, H. C. & Rigone, R. Q. (2009, fevereiro). Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 25(2), 382-392.
- Nogueira, R. P., Silva, F.B., & Ramos, Z. V. O. (2000). *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o Agente Comunitário de Saúde*. Texto para discussão nº 735. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: IPEA, Rio de Janeiro, p. 1-28, jun. Acesso em 30 de janeiro, 2014, em http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/td_0735.pdf
- Nunes, M. O., Trad, L. B., Almeida, B. A., Homem, C. R., Melo, M. C. I. C. (2002, novembro/dezembro). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6), 1639-1646.
- Palombini, A. L. (2006). Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psyche*, 10(18), 115-127.
- Palombini, A. L. (2007). *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica da reforma psiquiátrica*. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Palombini, A. L., Cabral, K. V., & Belloc, M. M. (2005, dezembro). Acompanhamento terapêutico: vertigens da clínica no concreto da cidade. *Estilos da Clínica*, 10(19), 32-59.
- Palombini, A. L., Jover, E. R., Richter, E. P., Mesquita, J. R., Cabral, K. V., Benevides, L. G. et al. (2004). *Acompanhamento terapêutico na rede pública. A clínica em movimento*. Porto Alegre: UFRGS.
- Petuco, D. R. S., Medeiros, R. G. (2008). *Redução de danos: dispositivo da reforma? Acesso em 30 de janeiro, 2014, em <http://denispetuco.blogspot.com.br/2010/12/reducao-de-danos-dispositivo-da-reforma.html>*
- Pelliccioli, E. C. & Guareschi, N. (2004). Problematizando o Acompanhamento Terapêutico e formas de trabalhar na rede pública de saúde. In C. A. T. Nascimento et al. (Orgs.), *Psicologia e Políticas Públicas: experiências em saúde pública* (pp. 108-119). Porto Alegre: CRP 7º Região.
- Pollo-Araujo, M. A. & Moreira, F. G. (2008). Aspectos históricos da Redução de Danos. In M. Niel & D. X. Silveira (Orgs.), *Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde* (pp. 11-28). São Paulo: Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Ministério da Saúde.
- Reis Neto, R. O. (1995). *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- Reale, D. (2005). Drogas, redução de danos e direitos humanos: transitando com Winnicott. *Revista Urutágua*, 6. Acesso em 07 de maio, 2009, em <http://www.urutagua.uem.br/006/06reale.htm>
- Rios, I. C. (2007). Rodas de conversa sobre o trabalho na rua: discutindo saúde mental. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 251-263.
- Rotelli, F. (1992). A instituição inventada. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 13-32). São Paulo: Hucitec.
- Silva, A. T. (2005). *A emergência do Acompanhamento Terapêutico: o processo de constituição de uma clínica*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Silva, M. B. B. (2005). Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, ano 8, 2, 203-321.
- Silva, R. V. B., Stelet, B. P., Pinheiro, F., & Guizardi, F. L. (2005). Do elo ao laço: o Agente Comunitário na construção da integralidade em saúde. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 75-90). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO.
- Silva, J. A. & Dalmaso, A. S. W. (2002). O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 6(10), 75-96.
- Silva, A. T. & Silva, R. N. (2006). A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(2), 210-221.
- Souza, T. P. (2007). *Redução de Danos no Brasil: a clínica e a política em movimento*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ.
- Tomaz, J. B. S. (2002). O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 6(10), 84-90.

Recebido em: 20/10/2009

Aceite em: 31/03/2012

Ruben Artur Lemke é Auditor dos Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS. Psicólogo, mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Endereço: Rua Bahia, 280 – Centro. Campo Grande/MS, Brasil. CEP: 79002-530 E-mail: rubenlemke@yahoo.com.br

Rosane Azevedo Neves da Silva é Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Psicóloga, doutora em Educação (UFRGS). E-mail: rosane.neves@ufrgs.br

Como citar:

Lemke, R. A. & Silva, R. A. N. (2013). Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicologia & Sociedade*, 25(n. spe. 2), 9-20.