

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

***REDES DO CUIDADO:***  
**ETNOGRAFIA DE APARATOS DE GESTÃO  
INTERSETORIAL PARA USUÁRIOS DE DROGAS**

MARIANA MEDINA MARTINEZ

2016

***REDES DO CUIDADO:***  
**ETNOGRAFIA DE APARATOS DE GESTÃO**  
**INTERSETORIAL PARA USUÁRIOS DE DROGAS**

MARIANA MEDINA MARTINEZ

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob orientação do Prof. Dr. Jorge Luiz Mattar Villela, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Antropologia Social.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Jorge Luiz Mattar Villela (orientador - UFSCar)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anna Catarina Morawska Vianna (UFSCar)

Prof. Dr. Piero Leirner (UFSCar)

Prof.Dr. Rubens Ferreira Adorno (USP)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cibele Saliba Rizek (USP/UFSCar)

Suplentes:

Karina Biondi (Unicamp)

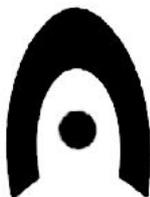
Taniele Cristina Rui (CEBRAP)

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar  
Processamento Técnico  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M385r            Martinez, Mariana Medina  
                  Redes do cuidado : etnografia de aparatos de  
gestão intersetorial para usuários de drogas /  
Mariana Medina Martinez. -- São Carlos : UFSCar,  
2016.  
                  292 p.

                  Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São  
Carlos, 2015.

                  1. Redes. 2. Saúde pública. 3. Crack. 4.  
Antropologia da política. 5. Gestão. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL  
Via Washington Luis, Km 235 - Caixa Postal 676  
CEP 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil  
Fone: (16) 3351-8371 - ppgas.coordenacao@ufscar.br



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO DE**

*Mariana Medina Martinez*

22/10/2015

Prof. Dr. Jorge Luiz Mattar Villela  
Orientador e Presidente  
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Profa. Dra. Anna Catarina Morawska Vianna  
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Prof. Dr. Piero de Camargo Leimer  
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Prof. Dr. Rubens de Camargo Ferreira Adorno  
Universidade de São Paulo / USP

Profa. Dra. Cibele Saliba Rizek  
Universidade de São Paulo / USP

Submetida à defesa em sessão pública  
Realizada às 14:00h no dia 22/10/2015

**Banca Examinadora:**

Prof. Dr. Jorge Luiz Mattar Villela  
Profa. Dra. Anna Catarina Morawska Vianna  
Prof. Dr. Piero de Camargo Leimer  
Prof. Dr. Rubens de Camargo Ferreira Adorno  
Profa. Dra. Cibele Saliba Rizek

Homologado na CPG-PPGAS na

\_\_\_\_\_ª Reunião no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prof. Dr. Geraldo Luciano Andrello  
Coordenador do PPGAS

*À Claudia e José Carlos, pelas conexões  
de amor e cumplicidade que me deram a  
vida e um lugar no mundo.*

## AGRADECIMENTOS

Esta tese recupera na escrita algumas e boas conexões que pude estabelecer ao longo de uma década na universidade. Ela expressa materialmente a composição de um mundo: um ponto de vista, certas escolhas, os caminhos que se abriram, os encontros, os incentivos, algumas angústias e muitos questionamentos. Esta tese, portanto, é resultado das redes em que me embrenhei. Ao reativar essas lembranças, sinto-me obrigada, antes de tudo, a expressar minha gratidão por todos que fizeram parte desta caminhada.

Minha dedicação exclusiva à pós-graduação não teria sido possível sem o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Agradeço especialmente a concessão da bolsa de estágio no exterior no *Centre International d'Etude de la Philosophie Française Contemporaine (CIEPFC)*, da *École Normale Supérieure*.

Aos docentes e funcionários do PPGAS agradeço a formação que tive, ao apoio que me deram e, em especial, sou grata por terem deixado a porta aberta durante todos esses anos.

Agradeço ao professor Rubens Adorno pela interlocução desde a qualificação e por ter aceitado o convite da banca de defesa. Agradeço à professora Cibele Rizek por ter me acompanhado desde a defesa de Mestrado e que agora encerra mais um trabalho comigo. Agradeço ao Piero Leirner por ter aceitado o convite da banca e por ter acompanhado sempre com muito interesse minhas incursões antropológicas. À Catarina Vianna, expresse minha gratidão pela leitura primorosa na qualificação, pelas sugestões e pela antropologia de excelência que faz. Compõe ainda a banca Karina Biondi e Taniele Rui. A vocês, queridas antropólogas, agradeço pelo apoio neste momento.

Ao Guillaume le Blanc agradeço por ter me acolhido na academia francesa. Em Bruxelas, Isabelle Stengers gentilmente me recebeu no *Groupe D'études Constructivistes* (GECO). Obrigada a todos os participantes pela interlocução.

Jorge Villela, agradeço por ter enfrentado esse doutorado comigo, por ter seguido junto até o fim, pela sua dedicação como orientador. Não teria conseguido superar meus próprios limites se não fossem suas doses diárias de incentivos. Obrigada por apontar caminhos e por respeitar meus tropeços. Com você, me encontrei na antropologia. Mais

do que isso, encontrei com você uma antropologia potente e aprendi que ela pode ser uma "arma de luta e uma força que incomoda a tolice". Obrigada por me encorajar incansavelmente.

Aos colegas do Hybris, meu agradecimento pela parceria e pelas discussões sempre instigantes: Lecy, Thais, Ariane, Jacqueline, Sara, Clarissa, Renan, Ion, Guilherme, Caroline, Estevão, Marcos Vinícius.

Meu agradecimento especial a Adalton Marques. Juntos formamos a turma de pós-graduação de 2011. Obrigada por somar com suas brilhantes ideias. Que privilégio tê-lo como um parceiro intelectual tão próximo! Sou muito grata por ter feito este trabalho com você, com suas sugestões e seu repetido apelo: "força, Mari!". Mas, sem dúvida, sou muito mais feliz por termos construído, com as melhores e mais bonitas conexões, uma amizade. 'Tamo junto' até o fim, parceiro!

Gabriel Feltran, com quem tanto pude aprender e compartilhar, obrigada por abrir caminhos, pela confiança, por mostrar que um trabalho coletivo é bem mais potente. Aos companheiros do NaMargem, deixo o meu agradecimento mais que afetuosos: Luciano de Oliveira, Deborah Fromm, Josimar Priori, Domila Pazzini, Liniker Batista, Douglas Silva, Evelyn Postigo, Henrique Takahashi, Aline Barbosa, Leilane Matsushita, Filipe Moreno Horta, Giordano Bertelli, Roselene Breda, Luana Motta, Luiz Fernando Pereira, Evandro Cruz, Matheus Nunes, Willian Alvarez, André di Piere, Janaína Maldonado, Damien Roy, Gregório Diniz, Leandro de Oliveira.

Com os companheiros que encontrei, aprendi que o melhor de um trabalho é fazer junto. À Taniele Rui sou especialmente grata pela partilha generosa de ideias e pelos projetos que encampamos juntas. E aos parceiros Daniel de Lucca, Tomás Melo, Letícia Canônico, Natália Máximo, Hugo Ciavatta, Adriana Fernandes, Luciano Oliveira, Luiz Fernando Pereira, Rubens Adorno, Damien Roy, Édourd Gardella, Déborah Fromm, Mateus Caracho, Gabriel Feltran e Daniel Hirata, obrigada por dividir com vocês um livro e diálogos tão desafiadores. Aos interlocutores do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos, meu muito obrigada.

Aos trabalhadores da *rede* de saúde de São Bernardo do Campo, esses batalhadores incansáveis, sou eternamente grata pela acolhida e por proporcionar que esta pesquisa fosse feita com tanto entusiasmo. Agradeço Suzana Robortella, Antonio Lancetti,

Rosário Costa, Domiciano Siqueira, Leila Vituzzo, Dr. Hélio. A toda a equipe do CAPS AD, minha gratidão. Em especial, agradeço ao *povo sofrido* do Consultório na Rua. Davi Benetti, sobretudo, por ter me recebido com os braços abertos, mas também agradeço a toda equipe querida – Any, Dora, Vagner, Rafael, Tatiane, Nairton, Rogério, Isadora, Pedro, Érica, Dorival e Rodrigo. Sem vocês, nem uma linha sequer teria sido escrita. A todos os que fazem da luta antimanicomial uma motivação de trabalho e de vida, vocês que desafiam os tempos de confinamento e buscam maneiras criativas de respeitar a dignidade humana, minha mais profunda admiração. Devo agradecer ainda minha prima Andreia Martinez, uma guerreira em defesa da vida. A luta de vocês muito me inspira.

Algumas pessoas acompanharam de perto este trabalho, foram grandes amig@s que me ajudaram a dar um passo de cada vez. As meninas com quem tive o privilégio de compartilhar bem mais do que um teto, Márcia e Ana Maria, obrigada pela cumplicidade de vocês. Ao Fábio, um grande entusiasta da boa antropologia e um leitor atento e carinhoso, meu agradecimento especial pelas leituras e comentários na hora mais difícil de colocar um ponto final no trabalho. À galera toda da Casa dos Caras, minha mais profunda gratidão pela amizade fiel de tod@s. Em Campinas, encontrei pessoas muito queridas como Ana Carolina, Clécia, César, Adriano e André. Obrigada pelo carinho de vocês. Em Paris, encontrei pessoas que tornaram essa experiência inesquecível. Christine Salmon, ou Cristina (na sua versão latina), sou muito grata por ter me recebido de forma tão calorosa em sua casa. Encontrei longe do Brasil, Letícia e Marcelo, duas pessoas que se tornaram bem mais do que amigos. Em vocês, encontrei a família que eu não tive lá. Muito obrigada! Ao Flávio, sou grata pelo seu companheirismo, por me ensinar a levar uma vida mais leve, mas uma vida pulsante. Obrigada por abrir junto comigo um monte de caminhos.

Por fim, nem uma vida inteira seria o bastante para agradecer meus pais. A vocês sou grata pela vida, por respeitarem a minha liberdade e por seguirem comigo, sem hesitar nem medir quaisquer esforços meus ininterruptos deslocamentos. Meus irmãos Adriano e Luciano, minhas sobrinhas Izabeli, Maria Clara e Maria Luiza agradeço por esperarem com paciência a minha ausência e pelas manifestações de amor mais genuínas.

*Mas aqueles finalmente admitidos na construção como mestre de obras, mesmo que em posições inferiores, foram realmente dignos de seu trabalho. Eram pedreiros que tinham refletido muito e não deixavam de refletir sobre a obra, e que com a primeira pedra que assentavam, sentiam-se como que fazendo parte da construção. Tais pedreiros tinham, naturalmente, o lado da ânsia de fazer o trabalho minuciosamente, a impaciência de ver a obra finalmente concretizando-se em sua perfeição.*

*(Franz Kafka, A grande Muralha da China)*

## RESUMO

Este trabalho apresenta uma etnografia da *rede do cuidado*. Descrevo o modo de funcionamento de uma gestão intersetorial para usuários de drogas, a partir de uma pesquisa de campo em equipamentos públicos de saúde em São Bernardo do Campo (SP). A construção de *redes* para o *acolhimento*, o *encaminhamento* e o tratamento para este público específico é a questão empírica que orientou esta pesquisa. A figura ambígua do consumidor de drogas (tanto paciente quanto infrator) ressoa nas políticas públicas desta população. Assim, as *redes* que *cuidam* também o *cercam*. A etnografia de *redes* no setor da saúde explora os desafios e dilemas que estes aparatos de gestão intersetorial evocam. Procuo demonstrar, assim, as questões que orbitam em torno do modelo organizacional segmentar das redes que são formuladas por políticas de padronização e por preceitos de *universalização*, mas no plano prático elas são inventadas de acordo com as ocasiões. Também são levantados os dilemas de como os trabalhadores são desafiados a atar as parcerias, fazer manutenções, enxergar a dimensão da *rede*, acompanhar a circulação de pessoas, informações e documentos, planejar o seu crescimento nos territórios. Tais empreendimentos vão de encontro aos dilemas de um projeto assistencial que visa *cuidar em liberdade*, cumprindo os preceitos democráticos e *humanistas*, mas pretende monitorar os movimentos e perseguir muitos vestígios.

Palavras-chave: Redes. Saúde Pública. Crack. Antropologia da política. Gestão.

## ABSTRACT

This research presents an ethnography of care's *network*. I describe the mode of operation of an intersectoral management for drug users, as from a fieldwork in public health equipment in São Bernardo do Campo (SP). The construction of *networks* for reception and support care (*acolhimento e cuidado*), appointment (*encaminhamento*) and treatment for this targeted public is the empirical question that guides this research. The ambiguous figure of drug user (both patient and defaulter) resonates in the public policies for this population. For this reason, the *networks* both care as well as enclose these subjects at the same time. The ethnography of *network* in the health sector explores the challenges and dilemmas that these intersectoral management apparatus evoke. I present the issues that revolve around the *network's* organizational model that is formulated by standardization of policies and the universalization of principles, but in practical terms they are invented according to the occasions. I also raised the dilemmas of how workers throw themselves on the challenge of tying partnerships, doing maintenance, seeing the size of the *network*, tracking the movement of people, information and documents, and planning their growth in the territories. Such developments matches the dilemmas of an assistance project that aims to take care of people in *freedom*, accomplishing the democratic and *humanistic* precepts, but intends to monitor the movements and pursue many traces.

Keywords: *Networks*. Public health. Crack. Anthropology of politics. Government.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Foto do barracão no complexo CAPS
- Figura 2** – *Redusamba*
- Figura 3** - Campanha nacional de combate ao crack
- Figura 4** – Diagrama da cartilha *Crack, é possível vencer*
- Figura 5** – Foto da equipe do Consultório na Rua em *campo*, 2011
- Figura 6** - Foto da equipe do Consultório na Rua em *campo*, 2012
- Figura 7** - *Fluxograma do encaminhamento*
- Figura 8** - *Fluxograma de acompanhamento*
- Figura 9** – Fluxograma de cuidado à gestante
- Figura 10** – Diagrama do problema de mortalidade materna e infantil
- Figura 11** – Interface do GeoPortal
- Figura 12** – Mapa temático de São Bernardo do Campo dos serviços de atenção psicossocial
- Figura 13** – Mapa temático da proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal por ano.
- Figura 14** – Mapa com duas camadas: a) o percentual de moradores com 1 ou mais salários mínimos; b) a distribuição de equipes da Saúde da Família.
- Figura 15** – Mapa confeccionado pela equipe da qual participei no curso de capacitação.
- Figura 16** – Mapa confeccionado no treinamento que representa a rede do *distrito de saúde*
- Figura 17** – Visão panorâmica representada no mapa feito durante o curso de capacitação
- Figura 18** – Excerto do Caderno do Território 1
- Figura 19** – Excerto do Caderno do Território 1
- Figura 20** - Excerto do Caderno do Território 1

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1** – Problemas de saúde relatados no território de abrangência da UBS Magnólia Francisca Oliveira.

**Tabela 2** – População de risco identificada no território.

**Tabela 3** – Principais problemas enfrentados pelos serviços – área de abrangência da UBS Magnólia Francisca Oliveira.

**Tabela 4** - Principais potencialidades do território.

## LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional da Vigilância Sanitária
CADSUS	Cadastramento Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde
CAISM	Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS ADI	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas infantil
CBS	Comissão de Biossegurança em Saúde
CDP	Centro de Detenção Provisória
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CID	Código Internacional das Doenças
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CRAS	Centro de Referência Especializado
CT	Comunidade Terapêutica
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ESF	Estratégia da Saúde da Família
GPS	<i>Global Positioning System</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HMU	Hospital Municipal Universitário
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPI	Internações psiquiátricas involuntárias
IPV	Internações psiquiátricas voluntárias
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

NOB	Norma Operacional Básica
ONU	Organização das Nações Unidas
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PNAS	Política Nacional da Assistência Social
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Psiquiátricos
PNH	Política Nacional de Humanização
PPCAAM	Programa de Proteção à criança e ao adolescente ameaçados de morte
PRD	Programa de Redução de Danos
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSF	Programa Saúde da Família
PTI	Projeto Terapêutico Individual
RD	Redução de Danos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIG	Sistema de Informação Geográfica
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SINASE	Sistema Nacional de atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUPERA	Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNGASS	<i>United Nations General Assembly Special Sessions</i>
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
Da rua ao crack e à porta da <i>rede</i> : tecendo contatos e o percurso da pesquisa...	21
Posturas e escolhas metodológicas.....	32
Os capítulos.....	45

### PARTE I - AS REDES NA GESTÃO ESTATAL DA SAÚDE

<b>Capítulo 1 – A universalização da saúde: o modelo das redes na expansão do SUS.....</b>	<b>50</b>
1.1-A expansão da saúde: uma ideia de modernização.....	51
1.1.1- O projeto da Reforma Sanitária.....	54
1.1.2- O projeto médico privatista.....	58
1.2- A saúde como assunto governamental: o Estado provedor de cidadania.....	65
1.3- As <i>redes</i> locais.....	68
<b>Capítulo 2 – As <i>redes</i> na gestão estatal das drogas: entre o cerco e o <i>cuidado</i>....</b>	<b>82</b>
2.1- Vetores de desmonte dos aparatos psiquiátricos.....	85
2.2 – Um discurso epidêmico: a mídia na gestão do enfrentamento às drogas.	91
2.3 – Poéticas de uma guerra: o trato moral da urgência social.....	96
2.4 – Conjunções de um projeto controverso: as <i>redes</i> do <i>cuidado</i> para usuários de drogas.....	105

### PARTE II - AGLOMERADOS DA REDE: O CUIDADO PARA USUÁRIOS DE DROGAS

<b>Capítulo 3 - Consultório na rua: conexões entre a rua e a <i>rede</i>.....</b>	<b>115</b>
3.1 - Os trabalhadores da saúde em <i>campo</i> : no viaduto da Lions.....	121
3.1.1 – Uma <i>ação</i> na Lions.....	124
3.1.2 - Os desdobramentos das <i>intervenções</i> .....	127
3.2 – Tecendo alguns nós: no <i>buraco</i> da Pauliceia.....	140
3.2.1 - Uma <i>ação</i> no <i>buraco</i> da Pauliceia.....	142
3.2.2 – As <i>ações intersetoriais</i> : as <i>articulações</i> da <i>rede</i> .....	145
<b>Capítulo 4 - No CAPS AD: as <i>redes</i> finas do tratamento.....</b>	<b>154</b>
4.1 - Na porta do CAPS AD: o <i>acolhimento</i> e a classificação dos <i>riscos</i> .....	157
4.2 – O grupo de <i>motivação</i> : o <i>desejo</i> e a <i>doença</i> no CAPS AD.....	166

4.3 – O <i>Projeto Terapêutico Individual (PTI)</i> : o indivíduo <i>responsável</i> .....	173
4.4 – Os pedidos de internação: o embate político-terapêutico materializado nos documentos.....	184

**PARTE III - OS CÁLCULOS DO GOVERNO EM REDE:  
OS EMPREENDIMENTOS PARA MEDIR, AVALIAR E CALCULAR A  
SAÚDE**

<b>Capítulo 5: A gestão da saúde no mundo dos registros: empreendimentos técnicos, políticos e pessoais para construir a rede.....</b>	<b>194</b>
5.1 – O itinerário dos <i>fluxos</i> : cálculos estabilizados nos <i>fluxogramas</i> .....	198
5.2 – Padronização do <i>cuidado</i> nos <i>protocolos</i> : o cálculo das ações para gestantes.....	204
5.3 – Investimentos para enxergar a <i>rede</i> : ferramentas tecnológicas para a gestão intersetorial.....	218
5.4 – As manutenções na <i>rede</i> : os <i>apoiadores</i> em saúde.....	224
<b>Capítulo 6: Cartografias sanitaristas: conhecer e produzir o território para administrar a saúde.....</b>	<b>230</b>
6.1 – A <i>territorialização</i> da <i>rede</i> : ordenamento e gestão do espaço.....	233
6.2 – Produções cartográficas.....	236
6.2.1 - <i>Mapas da saúde</i> .....	238
6.2.2 – Um olhar de perto: a caminhada pelos <i>territórios</i> .....	247
6.3 – Um inventário sanitarista: o <i>caderno do território</i> .....	256
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>269</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>278</b>

## INTRODUÇÃO

Ao longo de dois milênios diversas dinastias chinesas convocaram trabalhadores de todos os cantos do império para edificar uma estrutura monumental, com o objetivo de defender a nação dos ataques de povos nômades do norte. O método construtivo da grande muralha da China era descontínuo: partes dela eram levantadas num lugar e em outro, sem, contudo, que seus trechos chegassem necessariamente a se encontrar. Seus trabalhadores, embora empenhados na finalização da muralha que finalmente os separaria dos bárbaros, só viam os fragmentos da obra, tampouco viveriam o suficiente para vê-la acabada. Muitas brechas foram deixadas, algumas delas, conta-se que sequer foram preenchidas. Devido a enorme extensão da estrutura, os chineses não poderiam constatar se, de fato, a muralha teria sido inteiramente erguida mesmo depois que a edificação foi dada como concluída. Franz Kafka, em um conto, narra, na perspectiva de um dos construtores chineses, os esforços de homens, que deixavam seus lares e partiam para cidades distantes, e as ideologias que os motivavam a trabalhar por anos a fio nesta obra que de tão grandiosa não se veria sua finalização.

A construção de *redes*<sup>1</sup> no Sistema Único de Saúde remete em muitos aspectos à imponente muralha descrita por Kafka: ela está sempre por construir, seu projeto é de amplo alcance, seus trabalhadores empenham-se de forma extenuante em tapar suas brechas, as motivações que os envolvem neste projeto são viscerais, a sua extensão é igualmente impossível de ser visualizada. Pouco importa se as *redes* de saúde chegarão a ser plenamente montadas. Ao que tudo indica, elas estarão sempre em manutenção e assim deve ser.

Esta tese apresenta uma etnografia dos aparatos de gestão intersetorial da saúde. O modo como são organizadas as parcerias e as estratégias de ações entre vários serviços e profissionais configura o tipo de gestão chamada de intersetorial. Esses procedimentos entre diversos serviços são esforços intermináveis dos trabalhadores e gestores para compor o que se chama no setor público de *redes*. Este texto busca fazer um esforço analítico e etnográfico para descrever o modo como as parcerias são planejadas e efetivadas entre os profissionais, cujo público específico pesquisado neste

---

<sup>1</sup> A noção de rede será descrita etnograficamente, por isso aparecerá em destaque no texto. Optei por diferenciar a elaboração conceitual feita pelos trabalhadores da saúde para reforçar a abordagem antropológica que pretendo desenvolver. Uma discussão mais detalhada será feita adiante na sessão “Posturas e escolhas metodológicas”.

trabalho são usuários de drogas. Para tanto, irei descrever o funcionamento e os processos de trabalho de dois equipamentos da *rede* de saúde de São Bernardo do Campo (SP), local onde foi realizada a pesquisa: o Consultório na Rua e o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD).

A pesquisa de campo realizada na região metropolitana de São Paulo revelou que *redes* de saúde não são confeccionadas por meros decretos legais, nem pela implantação de equipamentos assistenciais nos territórios, embora dependam deles para se concretizar. De outro modo, são os processos de trabalho intersetoriais e uma série de procedimentos de associação e de parcerias que configura a confecção de *redes*, visando produzir o que pode ser chamado de *cuidado*<sup>2</sup>.

O questionamento que me levou à porta de uma *rede* de saúde não foi exatamente que sentido ela teria no âmbito das políticas públicas, e que agora me serve de reflexão para pensar as práticas de saúde mais contemporâneas. Foi um sentido específico que notei estar mais em evidência no âmbito das medidas governamentais voltadas para os usuários de drogas no Brasil, no final da primeira década dos anos 2000. A excessiva polêmica criada em torno dos consumidores de crack, especialmente aqueles em situação de rua, impulsionou uma série de políticas públicas em torno das drogas.

Apesar de tantos significados atribuídos à palavra droga e de diferentes *expertises* terem levantado um debate controverso sobre substâncias psicoativas, é de se notar que um processo específico, datado do início do século XIX, levou esse conjunto de fenômenos a assumir o estatuto de problema social para o Estado. Portanto, o termo droga é bem localizado num regime enunciativo dos nossos tempos; ele exprime a elaboração de problemas, de conhecimentos e de práticas que orbitam em torno de uma questão de governo<sup>3</sup>. A conotação que o termo assume neste trabalho expressa unicamente a perspectiva governamental sobre o fenômeno.

De certa forma, uma analogia da rede levou-me a associar as medidas insistentes e excessivas que passaram a ser feitas para este público: por um lado, acolhê-lo na *rede*

---

<sup>2</sup> O destaque do termo é necessário para demarcar o tratamento analítico que pretendo dar a ideia de cuidado. Esta etnografia busca, entre outros propósitos, descrever etnograficamente o modo como é formulada uma ideia de cuidado no âmbito de uma administração intersetorial da saúde.

<sup>3</sup> Vargas (2001) suscitou o debate das controvérsias em torno do tema, buscando trazer o aspecto do ordenamento e produção de discursos e saberes em torno das drogas, por isso preferiu chamar a questão de “dispositivo das drogas”. Fiore (2013) também esclarece que a “questão das drogas” expressa um ponto de vista estatal sobre um problema social.

de saúde e, por outro, cercá-lo no cenário urbano. Na porta da *rede* de São Bernardo do Campo (SP), abandonei as minhas impressões e hipóteses precoces de que haveria no setor público um dispositivo específico para “cercar” usuários de crack - o Consultório na Rua. Por este equipamento entrei na *rede*, embora tenha sido surpreendida não por um instrumento de captura, mas por aparatos de gestão intersetorial. A minha entrada e os deslocamentos feitos em campo ocorreram pelos aparatos que visam *cuidar* deste público específico, embora tal perspectiva tenha me revelado uma noção mais geral sobre um governo em *rede*.

A composição desta etnografia apoia-se mais nas conexões que a noção de *rede* faz, menos numa elaboração teórica sobre ela. A *rede* está sempre por construir, ao modo como Kafka descreve o projeto da muralha da China. Esse devir nos coloca frente ao questionamento central posto pelos trabalhadores da saúde: com que ações, com que técnicas, com que medidas, com que aparatos se produz um *cuidado* dentro dos desígnios da *liberdade*<sup>4</sup>? Que articulações são necessárias serem feitas para *cuidar* do indivíduo nas suas mais diversas dimensões? Que tipo de gestão é necessário para produzir *cuidado*?

Por tudo isso, optei em fazer na tese uma abordagem antropológica da *rede* de *cuidado* para usuários de drogas. Com muitos documentos, tecnologias, mapas, agentes, andanças, cálculos, leis e princípios se faz a gestão da saúde, por isso descrevê-los na intensidade que um estilo literário etnográfico permite é indispensável para entender como estes trabalhadores concebem as suas práticas que visam *cuidar* de uma população.

A discussão desta pesquisa aponta para uma ideia de *cuidado* que não é feito apenas pelas relações mais próximas entre os profissionais e os *usuários*<sup>5</sup> dos serviços de saúde (através da *escuta*<sup>6</sup>, do *acolhimento*<sup>7</sup>, das relações afetivas, etc.), nem através do uso de medicamentos. A pesquisa de campo mostrou que o *cuidado* é feito também por meio de uma série de procedimentos burocráticos e uso de tecnologias que permitem fazer existir um *usuário* no sistema de saúde, tornando-o visível para os

---

<sup>4</sup> A noção de liberdade é aqui entendida dentro do escopo de uma reflexão trazida pelos liberalistas, numa discussão levantada por Foucault (2008b [1979]) sobre os governos liberais.

<sup>5</sup> O termo usuário aparecerá em destaque pois assim é denominada qualquer pessoa que seja atendida nos equipamentos de saúde.

<sup>6</sup> *Escuta* é uma técnica emprestada das práticas psicanalíticas que foi ampliada do interior do consultório para todos os profissionais dos serviços de saúde mental. O tema será abordado nos Capítulos 3 e Capítulo 4.

<sup>7</sup> *Acolhimento* é o termo que designa a ideia de amparar alguém em algum serviço de saúde.

demais profissionais (seja através dos *prontuários*<sup>8</sup> ou outros documentos). Certos artefatos técnico-burocráticos fazem pessoas e objetos deslocarem-se de um equipamento a outro (através dos pedidos de *encaminhamento*<sup>9</sup> e de e-mails), ou fazem com que estes permaneçam num equipamento para receber o atendimento esperado (através das fichas de cadastros, dos *planos terapêuticos individuais - PTI*<sup>10</sup>). Portanto, o *cuidado* requer muito mais do que relações interpessoais e medicamentos, mas uma vasta mobilização de recursos tecnológicos para que se efetive a gestão também no mundo dos registros.

Há de se considerar que as ferramentas tecnológicas (*softwares* de auditoria, planilhas de contabilização, bancos de dados) utilizadas nos sistemas de saúde assumem uma centralidade na efetivação de uma gestão em *rede*: elas facilitam as trocas, articulam as parcerias, iluminam pontos obscuros, aceleram os fluxos de comunicação, tornam visíveis pessoas e recursos, produzem imagens de uma *rede* como se ela fosse unificada. Por essas potencialidades, tais ferramentas colaboram para a efetivação de uma tecnologia de governo que não apenas submete a população alvo de sua gestão à vigilância, mas disponibilizam recursos para tornar visíveis e contabilizáveis tudo que participa desta governança (pacientes, trabalhadores, documentos, dinheiro, recursos materiais, ações de trabalho, debates, decisões etc.). Tudo isso configura uma série de procedimentos que visam também *cuidar* de uma população. Por isso, busco mostrar etnograficamente a centralidade desses procedimentos burocráticos para produzir o *cuidado*.

Mas é preciso esclarecer também que se trata de um *cuidado* para usuários de drogas sob os desígnios da *liberdade*. Em seu sentido liberalista resgatado por Foucault (2008b [1979]), liberdade não é um princípio iluminista abstrato e incondicional, ele traduz uma exigência para os governos de criar condições para que as pessoas possam ser livres. Foucault (2008b) buscou complexificar o sentido que a liberdade assumiu no liberalismo político e econômico, mostrando que este se liga também aos fenômenos das artes de governar e que a premissa da liberdade renovou todo o modo de pensar as práticas de governo. O autor indica que não é a quantidade de liberdade dada às pessoas

---

<sup>8</sup> Documentos que registram a história institucional do sujeito nos serviços socioassistenciais.

<sup>9</sup> *Encaminhamento* é termo utilizado no setor da saúde para indicar a ação de um profissional que indica outro serviço para o usuário atendido, por isso aparece em destaque.

<sup>10</sup> Trata-se de um registro acerca do modo como será feito o processo terapêutico da pessoa.

e aos mercados que marcou o fim dos governos absolutistas, mas a exigência de uma nova lógica governamental marcou o dever de criar e organizar a liberdade<sup>11</sup>.

Tal premissa no campo das terapêuticas recusa qualquer vestígio de confinamento. Ao contrário disso, o ideal do *cuidado em liberdade* presa, entre outras questões elementares na relação entre o profissional e o paciente, pelos deslocamentos dos *usuários* entre um equipamento e outro, e também entre a rua e a *rede*, para fazer menção ao público específico deste trabalho. Para o caso do atendimento dos consumidores de drogas em situação de rua, leva-se em conta que a pessoa seja conquistada pela equipe (como dizem), seja convencida a buscar o tratamento e a permanecer no serviço ao seu critério. O “serviço é porta aberta”, para usar uma expressão recorrente. Por isso, as estratégias de *cuidado* para este público visam envolver a população de rua na *rede*, deixá-la *livre* para entrar e sair dos serviços, mas sempre buscando monitorar seus passos.

Os impasses em produzir um *cuidado em liberdade* revelam ainda que o construir da *rede* é perpétuo. E é esse motor que nos permite chegar a uma formulação do que seria a gestão no mundo da Saúde Pública. Para eles, é gestão intersetorial, em *liberdade*; é um tipo de administração que deixa os movimentos seguirem seus *fluxos*<sup>12</sup> mas pretende não deixar que nada se perca. *Cuidar*, portanto, são práticas que longe de visar à cura, buscam antes administrar fenômenos da vida, com aparatos que os perseguem também nos registros e nos territórios.

Esta etnografia visa explorar o universo da Saúde Pública com a curiosidade de quem busca verificar mais atenta e analiticamente o solo de onde brotam certos princípios: de direitos universais, de humanização, de *liberdade*, de democracia e cooperação. O que procurei fazer na tese foi uma reflexão sobre os impasses políticos das novas formas de governar usuários de drogas não apenas com punhos cerrados da punição; são agora os impasses de governá-los com mãos mais humanistas, com todas as controvérsias que o termo implica em sua concretização prática.

Este tipo de análise ilumina alguns dilemas administrativos de como investir em tentativas de *universalizar* a saúde quando a lei precisa ser inventada numa constelação de entidades, muito dispersas, com baixa interlocução entre si, como ocorre nos

---

<sup>11</sup> Cf. Aula 24 de janeiro de 1979. In: Foucault (2008b).

<sup>12</sup> *Fluxo* é um termo utilizado nos sistemas de saúde para expressar os movimentos que ocorrem na *rede*. Ele será objeto de reflexão e análise.

sistemas de saúde. Ademais, uma etnografia com tais proposições coloca à prova o modo como trabalhadores que estão na linha de frente das burocracias realizam concretamente as políticas públicas, não na dimensão dos ideais universalizantes formulados em leis, embora eles sejam fundamentais para compor as práticas de *cuidados*, mas a política realizada no encontro cara a cara com pessoas escondidas entre escombros. A rigor, é neste encontro que o público alvo das políticas é selecionado, os preceitos universais são formulados no senso prático, alguns tipos de vínculos são criados, os serviços são oferecidos de acordo com as circunstâncias, e assim, nessa composição de preceitos normativos e criatividade se produz política pública de acordo com as ocasiões.

## **Da rua ao crack e à porta da *rede*: tecendo contatos e o percurso da pesquisa**

Fui levada às portas da *rede* de saúde de São Bernardo do Campo, em meados de 2011, buscando entender o que se passava naquele momento em que na fala pública especulava-se muito que destino deveriam ter pessoas que faziam o uso do crack em espaços públicos. Instigava-me saber porque a aparição de um discurso hostil sobre o crack havia arrastado toda a discussão da rua para um outro terreno. Por esses tempos, depois de uma guerra declarada ao crack, a figura do morador de rua foi irremediavelmente associada à degradação do uso de drogas: figura do *nóia*, zumbi, público-alvo dos grandes projetos de saúde, população a ser combatida e *cuidada*, ao mesmo tempo.

Anos antes, quando comecei em 2007 a fazer minhas primeiras incursões em campo nas ruas da cidade de São Carlos (SP), enfrentei a dificuldade de ordenar analiticamente uma imensidão de denominações que abrangiam muitas experiências de rua: mendigos, povo de rua, andarilhos, vagabundos, trecheiros, pardais e, finalmente, seu vernáculo governamental, população de rua. Procurei refazer o percurso do debate público que levou tantas vidas de rua à assunção de um novo sujeito político (“a população em situação de rua”), seguindo os caminhos já antes trilhados por De Lucca (2007, 2015) e Frangella (2004), mantendo a importante interlocução com outras

pesquisas interessadas nas novas condições sociais e políticas dos habitantes de rua (Oliveira 2012, Pereira 2013, Barbosa 2007).

Naquele momento, ainda era evidente nas ruas de uma cidade do interior paulista a heterogeneidade de processos de subjetivações que, por um lado, versava para uma lógica nômade e outra sedentária das experiências de rua – para tanto, as categorias nativas *trecheiros/pardais* ressaltavam a partição destes modos de vida, sem contudo deixar de considerar um leque de particularidades. Por outro lado, outras denominações subjetivas eram produzidas a partir de conhecimentos apreendidos para se *virar* na rua, táticas estas que abrangem, entre outras coisas, o modo como se usa as instituições de acolhimento, como se faz o consumo das drogas, as relações de amizade e de proteção que se estabelecem nas ruas e nos serviços assistenciais. Por todas essas diferenciações que marcavam compreensões de mundos e escolhas políticas nada banais, escolhi finalmente tratá-las como *trajetórias* de rua - no plural - (Martinez, 2011a, 2011b), a fim de preservar as muitas expressões que a rua evoca.

Prestes a concluir a pesquisa de mestrado, notícias sobre uma suposta epidemia do crack tomaram as manchetes dos principais jornais de circulação nacional, e foram seguidas pelo espetáculo de operações policiais violentas na “terra do crack”, pelas descrições de horror e degradação humana dos usuários da “nova” droga. Os *nóias* passaram a compor uma imagem chocante para se anunciar publicamente o uso de drogas nas ruas brasileiras. Se momentos antes minha atenção voltou-se para compreender o que o múltiplo revelava sobre a rua, agora interessava saber o que a construção de uma figura homogênea fazia aparecer. Foram notórias as mudanças que cravaram de forma crucial o imaginário da rua: o crack colonizou o debate público sobre a situação de rua, criminalizando-a por um lado, precarizando-a ainda mais, por outro.

Algumas transformações muito fundamentais nos assuntos de Saúde Pública estavam em curso neste momento. Também o destino das terapêuticas entrou no horizonte das pautas em debates. As internações involuntárias e compulsórias também ganharam destaque inusitado no enredo em que elas apareciam. Para alguns de seus defensores, as internações oferecem uma resolutividade ao problema do crack. Para outros, elas atentavam aos direitos mais fundamentais do ser humano. Na mesma balança pesavam de um lado os incentivos e ataques às Comunidades Terapêuticas, do outro, mais reivindicações antimanicomiais e algumas resistências aos novos modelos

terapêuticos vigentes na Saúde Pública. Ademais, os investimentos em saúde em meio à “guerra ao crack” marcaram a promessa de uma ampla reorganização do setor, com os planos nacionais voltados aos usuários de drogas<sup>13</sup>.

Também na época eu havia feito pesquisa de campo em um CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social) para população de rua da cidade. Chamava-me já a atenção o fato de como a publicização dos assuntos sobre droga e rua pressionavam equipes de governo (prefeito, assessores, secretários, coordenadores de assuntos específicos, chefes de divisão e funcionários dos serviços) a reagirem ao “problema” que em São Carlos passou a ser equacionado da seguinte maneira para a administração pública: deixar a pessoa na rua é sinal de improvidência. A mídia local insistia em notificar nas primeiras páginas a problemática circulação destas pessoas nas ruas, insinuando o fracasso do poder público em lidar com tais questões.

Ganhou também um destaque especial na mídia local a demolição de um barracão numa importante avenida de São Carlos, onde viviam cerca de 40 pessoas: usuários e revendedores de pequenas quantidades de drogas, profissionais do sexo e moradores de rua. Esta cena de uso de drogas ganhou ampla visibilidade após inúmeras denúncias feitas pelos moradores das imediações e pela incessante exposição da mídia local, gerando críticas contundentes ao poder público pela falta de iniciativa em incidir em questões desta ordem. Foi com uma operação de intervenção incisiva ministrada por corporações policiais e diferentes secretarias de governo que o desarranjo desta cena de uso de droga terminou na expulsão das pessoas que ali conviviam, no encaminhamento de alguns deles para serviços assistenciais e na demolição do barracão. Para a equipe de governo, tais medidas representaram a “retomada do controle público daquele território”.

Esse tipo de ação pública fazia ressoar o pânico generalizado que o consumo de drogas nas ruas passou a provocar desde que assuntos de violência e exclusão urbanas foram levados a um beco sem saída: o crack. A máxima “*tem que tirar da rua*” que parecia tão urgente naquele momento me levou, junto a alguns outros pesquisadores, a tentar entender as implicações de tais providências (Martinez *et al* 2014).

---

<sup>13</sup> Três projetos nacionais consecutivos marcaram os investimentos mais urgentes no setor: 1) *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (2010)*; 2) *Plano Emergencial de Ampliação ao Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (2011)*; 3) *Crack, é possível vencer (2011)*.

Impressionava-me observar os deslocamentos cada vez mais urgentes, mais volumosos, por vezes desastrosos, mas, num dado momento, imprescindíveis de tornar a rua um objeto de “intervenção”. Não me restava dúvida de que o crack, na sua formulação como um problema de governo, havia disparado uma corrida de medidas intervencionistas nos mais variados setores da sociedade. Com essas perguntas em vista, propus um projeto de doutorado sobre as políticas para usuários de drogas no modelo de intervenção do Consultório de Rua. Minhas questões iniciais eram compreender como algumas técnicas de históricos tão inovadores como o da Redução de Danos e o do Consultório de Rua têm migrado cada vez mais para o campo das políticas estatais, fazendo funcionar intervenções mais íntimas nos espaços da cidade.

A minha proposta em examinar um tipo de governo da população de rua andava par a par com um interesse em refletir sobre a forma como alguns modos de vida mais precarizados liberaram políticas que de um ponto de vista a faz viver, de outro, controla suas forças seja pela aniquilação, pela contenção ou até o excesso de assistência. Esta dicotomia de expansão e retração de algumas vidas é particularmente evidente no Brasil entre pessoas com transtornos mentais (cf. Sartori 2010, 2011, 2015; Silva 2005, 2013), entre adolescentes em conflito com a lei (cf. Feltran, 2011, Munhoz 2013a). Em bairros pobres das grandes capitais é explícito o excesso de assistência e de policiamento (em São Paulo; cf. Georges, Santos 2013; Galdeano 2013; Batista 2015; no Rio de Janeiro cf. Postigo 2014; Motta 2014, Cunha, Mello 2011). Na rua, o estatuto liminar das vidas faz brotar um sem número de reivindicações políticas (De Lucca 2007, Melo 2011), de atendimentos psicológicos, de assistência e saúde (Adorno 2011, Martinez 2011) e as missões religiosas (Fromm 2014). Os habitantes de rua também modularam novas ações políticas da assistência nos anos 2000 (Oliveira 2012, Pereira 2013), o seu trânsito pela cidade e o uso de drogas nestes espaços reordenaram o policiamento no centro de São Paulo (Canônico 2015, Rui 2012a), suas experiências radicais com a droga assumiram um tipo de corporalidade que permitiu gerar aparatos de eliminação e de ajuda (Rui 2012b, 2014)<sup>14</sup>.

Cercam este *corpus* de problematização certas racionalidades investidas sobre um universo amplo de populações vulneráveis. Estudos sobre o biopoder iluminam a

---

<sup>14</sup> Nestas abordagens não se toma como premissa a rua como um objeto de estudo, nem se procura achar explicações dos fatores que levaram pessoas à “situação de rua”. Diferente disso, tais pesquisas sugerem um ponto de vista positivo, com isso, mostram, cada qual à sua maneira, o que rua “produz” em matéria de conhecimento, política, subjetivações, serviços, polêmicas e debates. Uma compilação foi feita por Rui, Martinez e Feltran (2016, no prelo).

transversalidade de tais práticas. Foucault (1976) eliminou a hipótese repressiva do poder, para, no lugar, specular as tecnologias que investem diretamente sobre um conjunto dos processos de vida (*idem.*, 2008b [1979]). Essa abordagem de uma racionalidade de poder levou outros autores a mostrarem que suas ressonâncias produziram no contexto do neoliberalismo novas configurações das administrações de inseguranças e a incorporação de políticas sociais no mundo do trabalho (Lazzarato 2011), ou a disseminação de *expertises* da subjetividade em campos clínicos, ocupacionais e educacionais (Rose 1999), e também se investigou como o saber médico-psicológico proporcionou um código científico de objetivação das diferenças para reagrupá-las no seio de populações portadoras de *riscos* (Castel 1981).

Essa perspectiva transversal do poder permitiu-me formular a hipótese de que os dispositivos de assistência eram mais expressão de uma racionalidade do que a assunção de um poder localizado numa instituição. Meu interesse de pesquisa era investigar que tecnologias e lógicas faziam do Consultório de Rua um equipamento de saúde com tamanha capacidade de transversalidade, ao mesmo tempo em que me permitia recuperar os discursos sobre a questão das drogas e do *cuidado*.

Soava inovador o fato de uma clínica ambulante (um consultório em movimento) percorrer caminhos à pé, à beira do rio, em escombros de lugares abandonados, canos de esgoto, qualquer lugar onde moradores de rua ocupassem. A implantação dos Consultórios de Rua indicava que um novo ciclo era inaugurado no coração da administração pública<sup>15</sup>.

No ano de 2011, poucos municípios brasileiros já haviam implementado os serviços do Consultório de Rua (mais tarde a grafia o alterou para “na rua”)<sup>16</sup>, embora já liberados os primeiros montantes de investimentos do plano emergencial de ampliação aos serviços para população de rua, do Ministério da Saúde. São Bernardo do Campo destacava-se nos projetos políticos no âmbito da saúde, contando com parte significativa dos militantes da luta antimanicomial. Ali o Consultório na Rua, recém-inaugurado em 2010, fazia parte do movimento de expansão dos demais serviços de

---

<sup>15</sup> A este respeito, Cefai (2013: 266-267) nos mostra que, na França, o problema do morador de rua imprimiu uma marca indelével na esfera da ação pública e conduziu os dispositivos de regulação e de intervenção do Estado em direção ao modelo dos *maraudes*, serviços de atendimentos aos moradores de rua por meio de rondas, como o Samusocial.

<sup>16</sup> Sobre a conjuntura de transformação de Consultório de rua ver Capítulo 3.

saúde mental da cidade, cuja promessa marcou o plano de governo do prefeito Luiz Marino em seu primeiro mandato (2009-2012).

A minha entrada em campo ocorreu no ano de 2011. Entrei em contato com a coordenadora de Saúde Mental de São Bernardo do Campo por e-mail e depois por telefone. Expliquei rapidamente meu projeto de pesquisa. Muito interessada no que eu tinha a dizer, Suzana prontamente agendou uma visita.

Muitos textos acadêmicos reservam para este momento um espaço para explicitar as “negociações de campo”. Tive muitas, como todo pesquisador e pesquisadora, sobretudo porque tive que providenciar muitos documentos e ter meu projeto aprovado pelo “comitê de ética” em pesquisa, algo demorado e trabalhoso. Tive também que seguir o tempo das organizações burocráticas e de insistir em romper certas vezes os formalismos da dinâmica institucional. Apesar disso tudo, todas as minhas insistências e os meus pedidos incansáveis tiveram retornos positivos. Por isso digo que muitas portas permaneceram abertas para a realização desta pesquisa.

Na minha primeira visita ao município, a coordenadora de Saúde Mental daquela época me recebeu numa tarde de segunda-feira, abrindo as “portas” de uma *reunião do colegiado*, onde fui apresentada aos coordenadores de cada dos serviços de saúde da cidade<sup>17</sup>. Suzana, a coordenadora, apresentou-me a Davi, o responsável pelo Consultório na Rua. Depois das apresentações de toda a cúpula de gestores do município, falei das minhas indagações de pesquisa, mais do que das minhas proposições. Levei a eles a pergunta que me perseguia: como o problema do crack teve uma repercussão tão significativa em diversos setores? Suzana já me adiantou: *aqui não estamos interessados em crack, estamos interessados em saúde*. Logo de cara já fui advertida de que os empenhos deles não corroboravam para essa ideia alarmista que o crack trazia em si; seus empenhos eram outros bem diferentes, bem mais interessantes, ao meu ver.

A *reunião do colegiado* seguiu por horas em torno de uma temática predominante: a *rede*. Indagava a coordenadora: *porque a Saúde Básica não está conversando com o Consultório na Rua? Temos que afinar a comunicação entre os serviços senão como a gente constrói essa rede?* Questões mais técnicas sobre mapas

---

<sup>17</sup> Estavam presentes gestores responsáveis pelas seguintes unidades de saúde: Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade de Pronto atendimento (UPA), Hospital Municipal Universitário, Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Infantil, Consultório de Rua.

dos territórios, uso dos recursos para fazer ações conjuntas, preparação dos cursos de capacitação multiprofissionais, entre outros temas, me mostravam que para além do Consultório na Rua, todos os demais serviços buscavam uma prática transversal. Se esperava deparar-me com um modelo de gestão capilar que eu supunha ter no Consultório na Rua, encontrei algo de revelação bem mais instigante: o modelo de gestão intersetorial, cuja forma e materialidade é exprimida na *rede*.

Durante oito meses acompanhei a equipe do Consultório na Rua em praticamente todas as atividades de sua rotina de trabalho. Além das *ações* nas ruas, ainda pude acompanhar todas as reuniões nas quais eram discutidos os *casos* e a organização do trabalho (reunião de equipe, passagem de plantão e as supervisões clínicas), também pude acompanhar as reuniões intersetoriais (supervisões institucionais, reuniões de território, reunião de educação permanente) e os cursos de capacitação.

Imaginei também que a maior parte do tempo estaríamos a equipe e eu rodando a cidade sob o veículo ou mesmo a pé, tentando fazer algum tipo de aproximação com as pessoas em situação de rua. Em lugar disso, passamos muitas horas dentro do escritório, no barracão do escritório central e em salas de reunião planejando as *ações*, estudando os *casos*, articulando as parcerias. Poucas pessoas eram trazidas fisicamente das ruas para os serviços de saúde, mas de modo algum isso significava que elas não estavam *enredadas*, pois elas passavam a existir ali em forma de *casos*. Traziam, isso sim, materiais biológicos para os exames laboratoriais, números, papéis, planilhas, histórias etc. E assim pessoas também ganham vida e materialidade nos equipamentos, e um aglomerado de *ações* fazem as *redes* serem costuradas.

No Consultório na Rua, passei a ser bem aceita pelos profissionais por alguns elementos que criaram uma empatia entre nós. Primeiro porque eu já tinha um conhecimento prévio sobre Redução de Danos e também porque defendia abertamente a luta antimanicomial. Com isso, marquei de forma clara meu posicionamento político entre eles, algo que para esta conjuntura de campo era decisivo para abrir as “portas” da pesquisa. Segundo porque, nas intervenções que faziam em cenários de uso de drogas, eu procurava seguir os conselhos passados para toda a equipe a respeito da maneira mais adequada para entrar em contato com aquele público. Portanto, esforcei-me, fazendo intermináveis perguntas, para entender como deveria ser a postura por eles esperada de um profissional nos contextos daqueles encontros. Aprendi um pouco como

ser uma redutora de danos, por assim dizer. Em terceiro lugar porque minha formação em Ciências Sociais me colocava como peça chave na equipe como “gente dos papéis”. Minha habilidade na escrita e minha paciência em passar horas em frente ao computador organizando informações de toda ordem me permitiram colaborar na elaboração de apresentações institucionais do Consultório na Rua - na ocasião em que Roberto Tykanori visitou o município como coordenador de Saúde Mental do ministério -, na elaboração de planilhas de produtividade e de gráficos, na correção de textos informativos, na compilação de bibliografia sobre saúde mental e até na revisão de trabalhos acadêmicos dos profissionais da equipe. Além disso, imagino que eu tenha colaborado efetivamente para planejar as ações da equipe, ajudando-os a pensar os *encaminhamentos*, as estratégias de aproximação, etc.

Tendo em vista que grande parte do empenho dos profissionais do Consultório na Rua é fazer *articulações*<sup>18</sup> com outros serviços, a pesquisa de campo junto a eles revelou-me uma perspectiva bastante motivada a visualizar nos aparatos assistenciais os elementos, os pontos de engates e os modos para atar os nós da *rede*.

Assim, discutiam com muitas doses de humor e de criatividade os meios de promover encontros e conexões entre os agentes da *rede* (profissionais, usuários, documentos e tudo mais). No escritório do Consultório na Rua, afixaram na parede mapas dos serviços de modo que pudessem formular um desenho das *articulações*. As pilhas de papéis eram cuidadosamente organizadas pelo oficial administrativo, que não cansava de lembrar os demais da importância de preencher corretamente as planilhas de *campo*, pois são essas informações que contabilizam o trabalho da equipe (geram os “números”); aconselhava também que os recados fossem bem guardados, sem eles a informação não é passada pra frente, ela se perde.

As ideias para inventar uma gestão em *rede* mal cabiam naquele escritório apertado. Os profissionais promoviam rodas de samba às sextas-feiras, batizada de *Redusamba*, na intenção de convocar todos os profissionais da *rede*, usuários já *enredados*, moradores de rua abordados pela equipe, para um fim de tarde lúdico e tão propício para as conexões de todo tipo. Reformaram um barracão para fazer dele um espaço de reuniões da equipe, mas também o local das oficinas, do samba, dos ensaios

---

<sup>18</sup> A articulação é o termo usado para denominar um tipo de parceria entre os serviços. Por ter um sentido específico entre os atores da pesquisa, a expressão virá em destaque em todo o texto.

do Bloco de Carnaval, das sessões de cinema (*Reducine*), do Bingo, das festas de aniversário e dos almoços para toda a *rede*. Era o espaço com “portas abertas”.



**Figura 1** – Foto do barracão no escritório central.



**Figura 2 – Redusamba**

Também planejavam buscar pessoas em lugares escondidos e longínquos, atravessavam a cidade, levavam os *kits saúde* para as pessoas de rua como forma de ativar junto com os artefatos uma vinculação. Era a própria *rede* que carregavam naquele automóvel, nos produtos do *kit*, nas planilhas. E voltavam das ruas com histórias a serem contadas ao restante da equipe, histórias essas que virariam um *caso*. Retornavam com papéis de *encaminhamento*, com números das planilhas com os quais faziam surgir no papel, no escritório e no sistema informatizado as pessoas por eles abordadas. O Consultório na Rua faziam as coisas circularem da rua para a *rede*, da porta de um serviço ao outro, de um serviço levavam de volta à rua, e por aí segue os *fluxos*.

Para que eu mesma pudesse transitar por outros pontos, e com isso entender como era formulada as parcerias e o *cuidado* intersetorial para os usuários de drogas, bati na porta do CAPS AD onde encontrei, uma vez mais, as portas abertas para a realização da pesquisa. Leila, a coordenadora do serviço, sugeriu que eu acompanhasse

o *fluxo* interno do serviço, observando o movimento que os sujeitos realizam dentro daquele equipamento. Assim, permaneci mais quatro meses acompanhando a rotina de trabalho dos profissionais, onde pude apreender, agora com uma perspectiva das micro-relações, a lógica que produz a subjetividade dos *usuários*.

O município onde foi realizada esta pesquisa destaca-se em âmbito nacional por algumas nuances que particularizam o cenário das políticas públicas em saúde mental da cidade. Primeiro porque São Bernardo do Campo concentra gestores de trajetórias bem consolidadas no movimento da luta antimanicomial, originário no final dos anos 1980 na cidade de Santos - um dos movimentos de base responsável pela Reforma Psiquiátrica. Portanto, a orientação política de grande parte dos gestores da saúde mental do município está inspirada no modelo terapêutico com base na inserção comunitária, um modelo que visa romper com o tratamento em confinamento. Segundo porque, faz parte ainda desta orientação o projeto político de *humanização*<sup>19</sup> do sistema de saúde que visa melhorar a produção de saúde e a produção de sujeitos tomando por base princípios igualitários (e não hierárquicos) nas relações entre profissionais e *usuários*, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde. Terceiro porque os altos investimentos repassados pela União colocam um imperativo aos gestores municipais para consolidarem uma *rede* que serviria de modelo para a saúde mental, levando-se em conta que estrategicamente São Bernardo do Campo é a cidade onde nasceu o Partido dos Trabalhadores, e agora lhe serve de “menina dos olhos” do partido.

Por toda a conjuntura, as políticas de saúde mental de São Bernardo do Campo ganham um destaque especial no cenário público à medida que representa os esforços de um conjunto de gestores e de políticos para que se consolide um modelo de *rede* de saúde sob os desígnios antimanicomiais, comunitários e *humanizados*.

Da vivência que tive e das conexões que estabeleci com os trabalhadores e *usuários* da *rede*, com moradores de rua, com os saberes, com a cidade de São Bernardo do Campo, tracei um novo horizonte de análise sobre aquilo que eu conjecturava ser uma “gestão” da saúde. Minha bagagem teórica de clara inspiração nas discussões sobre

---

<sup>19</sup> No campo da saúde, uma política transversal é também reivindicada por atores ligados aos movimentos da antipsiquiatria, chamada de humanização da saúde, instituída legalmente em 2004 como uma política nacional (SUS/PNH 2004). Esta última reivindica a mudança na condução das práticas de saúde, invertendo a equação na qual o usuário deixa de ser um “cliente” do sistema e passa a ser compreendido como sujeito participante do processo de produção de saúde, além de modificar toda a relação entre os trabalhadores e os processos de trabalho. Cf. Benevides & Passos 2005; Reis et al 2004; Lancetti 2009.

o tema da governamentalidade, ministradas por Foucault entre 1975 -1979<sup>20</sup>, havia me levado à *rede* com uma hipótese apressada sobre a contribuição dos aparatos de saúde nos governos de uma população. De fato, deparei-me com uma ideia de governo, mas não era facilmente encaixada nem mesmo em uma boa definição de teórica. Era uma ideia nativa de gestão.

Por tudo isso, optei em fazer uma abordagem antropológica da *rede* a fim de compreender como os elementos analíticos deles ressoavam na Antropologia, e não o caminho inverso – apurar em campo a manifestação dos nossos construtos.

## **Posturas e escolhas metodológicas**

Uma noção que se encontra no centro do pensamento moderno, a ideia de rede tem sido empregada em toda parte, no mundo empresarial, em políticas públicas, em estudos de diversas áreas. A princípio, a imagem que a noção de rede endossa entre nós é a de uma malha vasta estendida sobre territórios citadinos, nacionais e até transcontinentais, cujos pontos de articulação atribuem às conexões o seu caráter mais contemporâneo: a possibilidade de engendrar trocas globais. Essa noção é hoje um lugar comum nas análises das sociedades contemporâneas, pois consolida um paradigma da globalização através do qual se efetiva uma noção muito recente sobre as chamadas “sociedades complexas” de que os sistemas amplos de trocas comerciais e simbólicas é a característica mais marcante de um novo modo de experimentação do mundo.

Redes são boas para pensar discursos da modernidade, mas não na perspectiva de buscar explicações demasiado globais sobre o capitalismo, nem sobre sistemas “complexos” de troca, como o fez Castells (1992) numa análise dos sistemas de interação social de amplo alcance, em que sujeitos participam de trocas econômicas e culturais em escalas internacionais. Não é por esse caminho que enveredo minha análise. Tampouco mobilizo a rede como aporte metodológico para falar de relações do tipo globalizadas.

---

<sup>20</sup> Refiro-me aos cursos *Em defesa da sociedade* (1975-76), *Segurança, território e população* (1977-78) e *Nascimento da biopolítica* (1978-79).

A *rede* de saúde, na especificidade do objeto para o qual lanço luz, tem a sua materialidade. Busquei preservar nesta etnografia a potência da *rede* em servir como conceito para a organização dos processos de trabalho nos sistemas de saúde. Por essa razão, ela deve ser apreendida não apenas no nível local, na tentativa de buscar na escala micro a garantia de uma abordagem antropológica. Aliás, a redução da escala observável resolve parcialmente o problema da descrição, pois parece ser mais factível apurar o micro e não o macro. Entretanto, não é no olhar local em que residem as marcas do experimento antropológico. É postura política que assegura um trato epistemologicamente positivo do saber nativo. Por isso, procuro demonstrar como trabalhadores e gestores da saúde elaboram uma teoria da rede.

Para não correr o risco de recair em traduções conceituais totalitárias - aquelas que buscam trazer para o universo científico a elaboração conceitual nativa, conferindo-lhe sentidos e noções próprias do analista -, irei tecer a rede sobretudo com os conceitos deles, lançando mão das minhas ferramentas conceituais para criar diálogos, não para traduzir. Por outras palavras, irei inventar uma etnografia.

Essa escolha implica, antes de tudo, esclarecer que há uma teoria nativa da rede, cujos conceitos, metáforas e noções são por eles mobilizadas para dar conta de inventar uma gestão intersetorial, ou também como a chamam, a intersetorialidade. Cálculos das ações são elaborados pelos trabalhadores, mapas mentais são feitos para identificar as parcerias, cartografias são desenhadas para localizar os equipamentos e os impactos das ações nos territórios, *softwares* procuram interligar ponto a ponto da *rede* para otimizar as trocas e imaginar uma *rede* unificada, enfim, há um sem número de recursos para inventar um modo de trabalho intersetorial.

Tendo tudo isso em vista, é preciso esclarecer que não foi de minha escolha recorrer aos cálculos, às cartografias, aos mapas mentais e a outros recursos externos ao universo dos trabalhadores da saúde de forma que tais instrumentais pudessem auxiliá-me na análise do material de pesquisa. Não busquei tais ferramentas analíticas para poder verificar *post factum* o que fazem os nativos para atarem as parcerias e as cooperações no sistema de saúde. O que procurei fazer foi descrever e analisar as estratégias de que os trabalhadores e gestores do SUS lançam mão para realizar uma gestão da saúde sob os desígnios da intersetorialidade. Essa é a primeira consideração importante para explicitar os procedimentos etnográficos aqui adotados.

Mas como toda descrição é sempre carregada de análise e de bagagem teórica, seria desonesto e insuficiente afirmar que bastaria recorrer aos conceitos nativos para que o texto se isente das críticas mais severas da autoridade etnográfica. Strathern (2006) nos lembra que a escrita etnográfica é um esforço para criar mundos observados, através de “um meio expressivo (o texto escrito) que estabelece suas próprias condições de inteligibilidade” (p.47). A invenção dos mundos observados se dá, como Strathern assinalou, pela criatividade da linguagem, que é o nosso recurso, mas não sem seus perigos e limitações. Descrições são seletivas mas, apesar disso, a linguagem confere ao texto escrito uma legitimidade. A antropóloga esclarece que essa contradição entre a seletividade do que é observado e criado e a formatação final do texto, como se fosse um universo bem acabado, é inerente à linguagem etnográfica. Em suas palavras: “Por linguagem, incluo aqui as artes da narrativa, a estruturação de textos e tramas, e a maneira em que aquilo que é assim expresso chega sempre numa condição de algo acabado ou completo (holístico), já formado, uma espécie de composição” (2006, p.47).

Com essa recomendação em vista, de que um texto etnográfico é apenas uma composição, recorri a outras ferramentas conceituais próprias do meu universo, não para oferecer explicações daquilo que os nativos são incapazes de notar. Tampouco pretendi elaborar uma explicação da *rede* que eles sequer pretendiam fazê-la, ou pretendiam e não puderam realizá-la. Ao contrário disso, procurei neste texto recuperar alguns conceitos e discussões da Antropologia para buscar o solo epistemológico de onde nascem e estão assentadas as práticas de saúde, por onde circulam as noções, a que outros saberes elas se ligam e que relações de forças são travadas no seio destas práticas.

Criar diálogos entre conceitos nativos e antropológicos se presta, antes de tudo, como Strathern já nos alertou, não a descrever o mundo observado mas a criar versões deles na escrita. Ademais, fazer conceitos viajarem de um canto a outro nos impõem um exercício de autocrítica a respeito do lugar em que falamos e as condições em que produzimos verdades etnográficas.

Rabinow (1986) nos avisa dos perigos de uma ciência puramente interpretativa e da soberania do autor representante, numa crítica explícita aos hermenêuticos. Para ele, que buscou saídas para o debate pós-moderno americano em sugestões já colocadas por Foucault (1971), novos experimentos textuais podem abrir possibilidades analíticas. Entretanto, as análises que pretendem ser reflexivas, buscando identificar as condições

de produção do conhecimento, de acordo com as recomendações do autor deveriam levar em conta a conjuntura socio-histórica dos discursos a partir da qual procura localizar autores em instituições, em cenários de negociação e em um regime epistemológico. É por essa via que o autor nos traz a consciência dos limites da relação entre o leitor e o autor, das relações de dominação que ocupa o pesquisador, da fragilidade de um discurso legitimado pela objetividade científica e os efeitos das assimetrias de poder na escrita.

Por tudo isso, *redes do cuidado* foram compostas por reflexões minhas e deles, por recursos conceituais antropológicos e nativos, por bagagens teóricas de minha escolha e preferências teóricas que subsidiam tantas lutas deles (antimanicomiais, psicanalíticas, esquizoanalíticas, antifascistas, humanistas e tantas mais). Esta é a segunda advertência deste experimento etnográfico.

Minha tarefa se inicia na tentativa de elucidar uma teoria da rede. Para ser entendida em seus sentidos mais vivificantes do cotidiano, para ser inventada etnograficamente, a *rede* deve ser explicada por aqueles que sem folga buscam tecê-la concreta e conceitualmente. Segui minha análise por esse caminho.

A noção de *rede* é utilizada pelos trabalhadores e gestores da saúde como um recurso para elaborar um modelo morfológico das parcerias e cooperações no âmbito do sistema público de saúde. Portanto, esse primeiro uso é metafórico para pensar a gestão da saúde. Entretanto, seu uso também pode ser analítico, quando a *rede* é utilizada para explicitar “como” cada *articulação* deve ser feita para otimizar os processos de trabalho. E a partir deste uso analítico, eles passam a elaborar quais são os melhores métodos para extrair o máximo de potencialidade dessas parcerias, até que se produza um *cuidado integral*. Esse tipo de *cuidado* indica que todos os equipamentos assistenciais que poderiam participar de um *caso*, ofereceram serviços adequados para *cuidar* da pessoa em suas mais variadas dimensões, assim, a pessoa em tese é *cuidada* em todos os aspectos previstos pelo sistema de saúde.

Estas técnicas que buscam maximizar o trabalho intersetorial são em certa medida incentivadas pelo princípio da integralidade, arregimentado entre outros quatro princípios constitucionais do SUS (a universalidade, equidade, descentralização e participação social). A integralidade versa sobre um entendimento mais ampliado de saúde (cf. infra Capítulo 1.2), a partir do qual o ser humano para ser pleno em saúde

deve ser compreendido em suas mais diversas esferas (sociais, emocionais, afetivas, econômicas, etc.).

O uso da ideia de rede feita no campo da saúde traz algumas semelhanças com a discussão inaugural de Barnes (1954) sobre redes na Antropologia. O antropólogo partiu da mesma preocupação morfológica para explicar as relações sociais, que a rigor, são fatos empíricos. Muito influenciado pelo método indutivo de Radcliffe-Brown, o antropólogo recuperou a ideia de que redes são feixes de relações, embora Barnes tenha feito ponderações fundamentais quanto ao método funcional-estruturalista e tenha avançado no debate crítico sobre ação e estrutura, cujo enfoque teórico era reordenar os estudos das chamadas sociedades complexas.

Até a década de 1960, alguns antropólogos esforçaram-se por descrever a estrutura social como uma rede de relações. Esse método indutivo fora aplicado apenas para sociedades “simples” (de pequena escala), porque se acreditava que ali os grupos seriam estáveis e de fácil apreensão empírica. Barnes (1954) recupera os aspectos morfológicos do funcional-estruturalismo mas os transporta para contextos e problemáticas de sociedades contemporâneas, nas quais aglomerados de indivíduos não formam grupos permanentes, como é o caso dos contextos urbanos. Deste modo, Barnes estava mais implicado em compreender o modo como as relações sociais conectam um indivíduo ao outro do que compreender que tipo de estrutura social essas relações compõem.

O conceito de rede utilizado por Barnes apoia-se na aplicação de métodos matemáticos com o objetivo de trazer mais dinâmica à observação de relações interpessoais concretas que vinculam uns indivíduos aos outros, muito influenciado também pela “teoria da ação” de matriz weberiana e de uma microsociologia. Este tipo de abordagem buscava averiguar os laços sociais entre os indivíduos, como forma de explicar a ação social e os motivos pelos quais um indivíduo faz uma ação e não outra.

A abordagem processualista liberou uma nova senda de estudos urbanos sobre mercado, família, manutenção de valores, circulação de bens. Tal influência marcou o trabalho da antropóloga Bott (1957) sobre famílias inglesas de um subúrbio de Londres. Estudos como estes se debruçaram sobre as ações sociais, ou os processos sociais, e não sobre uma suposta ideia de estrutura social dos grupos. Poucos anos mais tarde, Mitchell (1974) comenta sobre a popularização da ideia de rede na Antropologia, apesar

de que ele nos mostra, lembrando as palavras de Barnes (1972), de que não haveria uma “teoria da rede”, apenas um método para averiguar a qualidade das relações em contextos em que não há a formação de grupos fechados, mas uma conexão entre pessoas diversas.

No campo da saúde, a rede serve também como modelo para encontrar uma morfologia da gestão intersetorial. Assim como procurei assinalar acima com os processualistas da Escola de Manchester, a ideia de rede é boa para apreender certos tipos de relações em organizações segmentares, nas quais não se formam exatamente grupos. Também notei em campo que é empregado um uso conceitual e analítico da rede para pensar como serão as *articulações*. Por isso entendo que o uso feito de rede no setor da saúde em muito se assemelha à abordagem processualista, embora existam diferenças importantes entre eles. É preciso salientar quatro ponderações em relação à noção de rede dos processualistas ingleses e ao uso de *rede* na gestão da saúde.

A primeira ressalva vem a calhar com uma crítica já feita ao uso da rede pela Escola de Manchester, que confere excessiva centralidade ao sujeito, a partir do qual a rede é desenhada. Em minha análise, não haveria sentido montar as conexões da *rede* a partir de uma única pessoa, nem mesmo a partir de pessoas apenas. Isso porque o trabalho intersetorial não depende exclusivamente de sujeitos empenhados em fazer parcerias uns com os outros. É preciso bem mais do que pessoas para costurar uma *rede*, e essa fala é recorrente também entre os trabalhadores do SUS. A gestão da saúde em *rede* requer a mobilização de muitas coisas para ser colocada em funcionamento: pessoas, normas e leis, muitos documentos, dinheiro e recursos materiais, saberes, artefatos tecnológicos, reivindicações e muito suor.

Tendo essa particularidade em vista, não se pode afirmar que o trabalho intersetorial no campo da saúde é feito por “alianças” entre pessoas somente. Não são apenas relações interpessoais que ligam um ponto ao outro nessa *rede*; artefatos (como documentos dos mais diversos e materiais biológicos levados aos laboratórios para análise clínica) também podem servir como pontos de engate, isso porque relações são atadas a partir dos profissionais e também desses objetos. Um documento passado à frente estabelece uma *articulação* entre dois equipamentos, ele cria uma demanda de serviços. Uma amostra de sangue de uma pessoa em situação de rua levada por um profissional até o laboratório produz vínculo dos serviços de saúde com a rua.

Uma boa imagem que os trabalhadores da saúde utilizam para especificar a natureza das trocas, que de forma alguma se reduz às relações do tipo interpessoais, é a noção de *fluxo*. Dizem que o trabalho em *rede*, para tornar-se efetivo, precisa abrir *fluxos*. Essa noção remete à movimentação de tudo que está agregado na gestão em *rede* (gente, registros, informações, afetos, objetos e tantas outras mais). *Fluxos*, portanto, são canais de troca, são vazantes por onde passam muitas coisas. Uma noção como essa indica que a *articulação* de *redes* do *cuidado* não depende apenas de relações estabelecidas entre pessoas. As *articulações* podem ser feitas através de documentos, de *encaminhamentos* de pessoas, de *casos*, de exames, etc.

Essa primeira ponderação nos leva a uma segunda, derivada da mesma problemática em torno do grande enfoque dado ao indivíduo: os processualistas ingleses ocuparam-se em compreender a função dos papéis sociais atribuídos aos indivíduos, que são para eles os pontos de engate da rede de relações. Pois, se nos sistemas de saúde os pontos de *articulação* das parcerias não são apenas pessoas, seria inútil tentar buscar o papel social delas na gestão intersetorial. Não se trata de entender apenas a performance dos atores no cotidiano de trabalho. Esse tipo de análise nos levaria a recair numa perspectiva ego-centrada, digamos assim, e daríamos mais importância aos indivíduos nos aparatos intersetoriais de *cuidado* e menos atenção à potencialidade dos artefatos técnico-burocráticos em produzir as parcerias, em atar os nós das relações.

Para evitar esse tipo de abordagem e para dar a ênfase analítica necessária aos artefatos burocráticos na administração da saúde das pessoas, é preciso entender também os tipos de relações que um documento ou outro recurso tecnológico é capaz de articular parcerias no âmbito das *redes* do *cuidado*.

A terceira ressalva diz respeito ao fato de que a ideia de rede, por ser mais um procedimento metodológico do que uma teoria em si entre os processualistas ingleses, era empregada pelos antropólogos para esquematizar os laços e as ações sociais dos atores por eles observados. A rigor, entre eles, a rede só existia para o analista e não para os nativos. Nessa abordagem, não era trazida à tona pelos antropólogos que imagem ou que cálculos fariam os nativos sobre suas conexões sociais. Assim, a rede era útil para que o analista verificasse *a posteriori* certas continuidades no padrão de relação entre os atores, mas essa abordagem desconsidera um aspecto que eu procurei enfatizar: as abstrações feitas pelos atores do setor da saúde do que seria uma *rede*.

Procurei mostrar (cf. infra Capítulo 5.1) como os mapas mentais esquematizados pelos atores são importantes para inventar uma morfologia da *rede* e como o uso desses esquemas ajuda em sua costura. Mais do que isso, os mapas mentais por eles elaborados são úteis para calcular a abrangência das relações e tornar visível quem e o que deverão entrar na parceria para que um tipo de serviço intersetorial seja prestado e um *caso* seja manejado. Esses mapas mentais são esforços empenhados pelos atores para calcular a direção e as possibilidades dos *fluxos*, a depender do *caso*. Mapas como esses são chamados de *fluxogramas*, e são geralmente estudados e memorizados pelos profissionais para saberem em que direção encaminhar o *caso*, por isso lhes servem como mapas mentais.

Mas também é certo que não basta *encaminhar* documentos, objetos ou pessoas a um equipamento e deixá-las que lá se percam num emaranhado institucional. Portanto, essa seria a quarta ressalva metodológica que gostaria de pontuar quanto ao uso morfológico da rede, que em certos aspectos se assemelha a teorias citadas alhures mas se difere em outros, como esse que irei pontuar melhor adiante. Se os pontos da *rede de cuidado* não são simplesmente pessoas (os egos da rede), também não basta substituí-las por entidades institucionais (os equipamentos de saúde propriamente). Afirmo isso porque os equipamentos em si são por mim entendidos como um composto de gente, normas, leis, saberes e documentos.

Não basta dizer que uma *rede* é um conjunto de equipamentos, pois esses precisam ser articulados para de fato produzir processos de trabalho intersetoriais. São muitos os esforços para fazer com que um ponto da *rede* se ligue a outro. Se há uma miríade de elementos que servem de matérias conectivas, os equipamentos de saúde, deste ponto de vista, seriam aglomerados, nunca um ponto enrijecido.

### *Aglomerados: tecendo casos, parceiras e redes*

A noção de aglomerado é minha, ela se distingue da boa metáfora e do conceito de *rede* feita pelos trabalhadores e gestores do SUS. Com ela, pretendo estabelecer uma analogia que visa esclarecer ao leitor não apenas a complexidade dos equipamentos de saúde, mas também, como se dá o tecer da *rede* pelos seus atores. Essas serão as questões debatidas adiante.

A princípio parece óbvio afirmar que uma entidade organizacional é composta por muitas coisas, entretanto, aprendemos com os trabalhadores empenhados em articular *redes* que as ligações não ocorrem entre instituições propriamente. Elas são, como já anunciei antes, um composto de coisas. As conexões ocorrem de fato com visitas presenciais, com telefonemas, com emails, com os vínculos que o trabalhador de um serviço faz com o outro, enfim, há inúmeras possibilidades de se conectarem uns aos outros. São pessoas de carne e osso, são documentos materiais que produzem os vínculos, nunca uma instituição abstrata.

Na etnografia de Catarina Vianna sobre um sistema de cooperação internacional de combate à pobreza, para não enrijecer os pontos deste emaranhado amplo e não tratá-los como instituições ou como simplesmente o “terceiro setor”, a antropóloga chamou as ONGs de “entes técnico-burocráticos”, para sinalizar que cada ponto de cooperação é um centro formado de artefatos heterodoxos (2010: 142). A proposta da antropóloga é oferecer uma abordagem que não resvale numa ideia de totalidade destas entidades, mas esta abordagem procura “ênfatizar o carácter relacional dos atores que por meio da mobilização de saberes técnico-burocráticos conectam-se em emaranhados institucionais” (*ibid.* : 30).

O mesmo se passa na *rede* de saúde. Sem mirar um ponto específico dentro do aglomerado, o nó não é enlaçado. Este tipo de negligência, de não tornar óbvio o fato de que uma entidade é um compósito, impede que o trabalho intersetorial possa seguir. Por outras palavras, na prática, os serviços não se conversam, não se enxergam, no limite, a *rede* está fragilmente articulada. Pelas formulações deles, não basta lançar um *usuário* na porta do serviço, afinal, no aglomerado ele se perderá. É preciso, ao *encaminhá-lo*, abrir um *fluxo*, quer dizer, desobstruir um canal, liberando essa vazante para trocarem informações, para planejarem *ações* conjuntas (se necessário), para discutirem os *casos* de modo interdisciplinar e intersetorial.

Um dos impasses de sistemas em *rede* efetua-se precisamente na dificuldade de enxergar os pontos dela ou enxergar certas coisas que estão aglomeradas num dado local. Para atar os nós das parcerias é necessário enxergar com mais exatidão que ponto precisamente fará o engate – que documentos específicos precisam ser feitos para firmar uma parceria, a quem entregá-los, que profissional irá receber a pessoa *encaminhada*, onde discutir os *casos* conjuntos, com quem e de que maneira. Portanto, trata-se, em um

primeiro momento, de um exercício de “desagregar” os equipamentos em suas matérias de composição para se conseguir visualizar como as conexões poderão ser feitas.

Como entendo que cada aglomerado (cada equipamento) é composto por muitas matérias, cada um deles participa de maneira peculiar na gestão *integral* da saúde. Por essa razão, cada equipamento visa *cuidar* dos sujeitos ao seu modo. É a junção desses modos de *cuidar* feitos de maneira esparsa na *rede* que permite tratar do sujeito em sua integralidade. Por esse motivo veremos ao longo da tese o funcionamento de dois serviços voltados para o *cuidado* dos consumidores de drogas (cf. infra Capítulo 3 e Capítulo 4).

Espero ter deixado claro até o momento que não pretendo fazer uma análise das instituições. Interessa-me pouco saber sobre o funcionamento interno delas. O enfoque que eu busco dar é para a lógica que visa operacionalizar a gestão intersetorial da saúde, ou melhor, o modo como se visa ordenar por meio de uma *rede* a produção do *cuidado*. Com essa preocupação em vista, não bastaria substituir equipamento por aglomerado, pois não se trata de afirmar unicamente que as instituições são um universo à parte. Se assim não fossem, tantas pesquisas não teriam sido dedicadas a entendê-las por dentro.

É preciso levar em conta que o modelo intersetorial busca propor uma alternativa para a dissolução de grandes centros institucionais. No caso específico do campo da saúde, estaríamos diante de reivindicações para Reforma Psiquiátrica, cujo principal argumento é o fim dos manicômios e do modelo de confinamento. A disseminação de pequenos centros terapêuticos, como é proposto pelos reformistas, prevê também uma estrutura mais horizontalizada no setor, e a imagem da *rede* colabora exatamente para a morfologia dessa proposta político-institucional.

Essa transformação organizacional não exige apenas a proliferação de muitas instituições, como forma de substituir um centro institucional altamente centralizado e hierarquizado, como seria o modelo dos hospitais psiquiátricos. A mudança sinaliza também a transformação nas tecnologias do *cuidar* e, no limite, nas tecnologias de governar. Portanto, a disseminação de pequenos centros vem acompanhada de novas concepções de gestão, como venho assinalando até o momento.

Uma gestão intersetorial caracteriza-se por certas nuances que reforçam determinados contrastes entre os sistemas mais fechados e os mais abertos, os mais centralizadores e os mais descentralizadores, os mais hierarquizados e os mais

horizontalizados. Essas nuances intersetoriais aparecem, sobretudo, na incorporação do princípio de *liberdade* no modelo de gestão. Para o nosso caso, isso implica em dizer que uma gestão intersetorial precisa promover condições para que pessoas, objetos e informações possam circular de um canto a outro. E a ideia de uma *rede* que faz os *fluxos* circularem marca bem essa exigência incorporada.

Diante disso, os aglomerados, mesmo em suas particularidades que os distinguem, são centros que organizam de um modo ou de outro um tipo de *cuidado* dentro dos desígnios da *liberdade*. Eles mais parecem centros de ressonância, de onde convertem os inúmeros agenciamentos que por eles passam em *cuidado*. Mais do que isso, os aglomerados se equiparam aos centros de ressonância uma vez que disseminam políticas oficiais decididas por instâncias deliberativas de governo, a partir das quais criam diretrizes políticas (ou também os chamados planos nacionais) para serem aplicados por todos os demais centros que compõem o Sistema Único de Saúde.

Na análise dos aglomerados, ao atravessar os centros, de um canto a outro, nota-se que em cada um deles o *cuidado* é figurado de modo distinto. Cada centro faz ressoar de um modo diferente os projetos político-terapêuticos. No limite, os princípios mais elementares do SUS, os conceitos vagamente definidos nas políticas nacionais, a interpretação das leis e dos princípios democráticos, tudo isso que sustenta o projeto político do sistema de saúde são disseminados pelos centros de ressonância mas sempre contando com a criação dessas noções em cada um desses centros (cf. infra Capítulo 1.3).

Ainda que no plano prático as normativas previstas nas leis ganhem sua concretude, e no limite elas sejam inventadas nas ações, esses conceitos delimitados nos textos jurídicos e nos planos nacionais tendem a uniformizar as práticas de *cuidado*. Mas a uniformização é promovida não apenas pela sua função de prescrição, mas pela aspiração de certos textos jurídicos de tornar alguns preceitos universais (como o direito, a equidade, a intersetorialidade, e mesmo a rede). Por isso entendo que os universais das normas, diretrizes e leis - aqueles que compõem os planos nacionais, os princípios do SUS e as normativas dos equipamentos - viajam de um centro a outro, eles ressoam em vários cantos, onde encontram outros elementos no plano prático e partir desse encontro é que se faz a política pública.

Mas como descrever etnograficamente o modo como os centros de ressonância operam nos sistemas de saúde? Se a noção de *rede* traz uma analogia poderosa para pensar o modo de organização dos processos de trabalhos e do tipo de gestão que é eleita no campo da saúde, a noção de aglomerado, como já anunciei, também oferece uma imagem de como os nós da *rede* são tecidos.

Se afirmei antes que os equipamentos de saúde não são pontos enrijecidos (uma instituição fechada) mas sim um aglomerado de matérias, é porque quando um *caso* é criado no equipamento, não é a instituição toda que se debruça sobre ele, mas apenas parte dos profissionais, dos saberes, dos objetos e das intenções. Para o caso específico dos usuários de drogas em situação de rua, a *rede* os envolve não apenas quando são puxados para dentro de um equipamento, mas quando *casos* são criados a partir daqueles que são atendidos pelos serviços. E quando *casos* são criados, a *rede* se tece; forma-se um aglomerado em torno dele. É assim que os nós da *rede* são formados: a partir de *casos* que produzem um aglomerado de pessoas, recursos, normas, saberes, técnicas, papéis. Tudo isso é mobilizado para produzir um *cuidado*.

*Redes* são alinhavadas a partir da criação de *casos*, por meio dos quais são realizadas no cotidiano associações muito pontuais (entre pessoas e artefatos tecnológicos), associações essas que vão *enredando* os *usuários* no sistema de saúde. Mais do que isso, as *redes* costuradas nas particularidades das ocasiões dependem dos universais previstos em leis e portarias para serem inventadas, justamente porque eles trazem elementos importantes para que a gestão intersetorial possa ser inventada no cotidiano. Sem a força dos universais do direito à saúde, da integralidade, da equidade, da intersetorialidade e tantos outros, as práticas de *cuidado* não seriam inventadas.

O trabalho do Consultório na Rua esclarece bem o fato de que seus profissionais vão tecendo as parceiras, abrindo *fluxos*, encaminhando papéis, gentes e partes de gente (amostras de sangue, de urina, de escarro, nomes nas planilhas, número de documentos de identificação, entre outros), tudo isso vai sendo composto com os preceitos das leis, princípios e normativas. *Redes* são ativadas e produzidas neste jogo de costuras, numa composição criativa de todos esses elementos.

A ideia de aglomerado permite também colocar em perspectiva a *rede* deles. É esse conceito que me auxiliou lançar luz sobre a lógica que ordena a noção de gestão no campo da saúde. Com isso, procuro esclarecer que em cada *caso* criado o que está em

jogo não é buscar a verdade por trás dos diagnósticos, ou resgatar os desejos do paciente, nem avaliar se um plano terapêutico foi eficaz ou não, ou se um procedimento de trabalho produziu os resultados esperados. Os aglomerados criados a partir dos *casos* oferecem uma analogia para entendermos o seguinte: a lógica de operacionalização das *redes* coloca em perspectiva uma gestão equiparada ao que Foucault, em uma série de escritos dedicados ao tema da governamentalidade, teria chamado de governo dos corpos, dos indivíduos e das populações.

O sistema de saúde, ou ainda as *redes de cuidado*, operam na lógica de aparatos de governamentalidade, cuja noção desenvolvida por Foucault (2008a, 2008b) ele entende que governar não significa forçar que os sujeitos façam o que os governantes desejam, mas implica em regular suas condutas, regular e administrar pessoas à luz de certos princípios e objetivos<sup>21</sup>. De forma resumida, Foucault (2008b) descreve que a governamentalidade é um conjunto de procedimentos, técnicas, saberes, cálculos e táticas.

Ao dizer que os aglomerados, os centros de ressonância no campo da saúde, operam na mesma lógica dos aparatos de governamentalidade procuro, antes de tudo, identificar o solo epistemológico sobre o qual se assentam tais práticas, sinalizando certas relações de poder subjacentes a elas e os efeitos possivelmente produzidos a partir delas.

Desta perspectiva, de uma gestão que em certa medida preocupa-se com a administração pessoal com a finalidade de introduzir princípios de virtude e de ordem aos sujeitos, é preciso esclarecer que qualquer ponto de vista apresentado nos *casos* ressaltará nos sujeitos *cuidados* os aspectos relevantes para uma gestão interessada na regulação de seus processos da vida. Ou melhor, nos *casos* apreende-se um ponto de vista governamental da vida, e não outro. Com isso, pretendo esclarecer que não trago nesta escrita o ponto de vista das pessoas abordadas pelos profissionais do Consultório na Rua, nem dos *usuários* atendidos no CAPS AD. Ainda que as suas pulsões, suas histórias, queixas e questionamentos sejam objeto de análise (cf. infra Capítulo 4), isso tudo é interpretado à luz do projeto terapêutico empunhado pelas equipes de

---

<sup>21</sup> Basta ver como o governo das almas, institucionalizado pela igreja católica, conduziu por quase 15 séculos (desde o século 2 a.C até o século 18 d.C) as relações em torno da salvação das almas, da servidão (em relação à lei) e da verdade, revelada pelo pastor. Cf. Aulas 8 de fevereiro, 15 de fevereiro e 22 de fevereiro de 1978. In: Foucault (2008a).

profissionais, por isso revela uma vez mais uma lógica de gestão subjacente aos aparatos de governamentalidade.

Lançando um olhar sobre estes empreendimentos que almejam idealmente “produzir saúde e direitos”, como dizem, busco entender antropológicamente uma lógica de gestão, ou ainda, um tipo de governo. Seguindo meus propósitos de fazer uma abordagem antropológica da *rede*, pretendo contribuir com uma etnografia das ações para a produção do que chamamos hoje *cuidado* intersetorial. Os elementos apresentados nesta tese permitem iluminar os impasses políticos das novas formas de governar populações não apenas com punhos cerrados da punição, são agora os impasses de governá-las com mãos mais *humanistas* e braços mais acolhedores.

Este tipo de análise clareia ainda, em alguns pontos, os dilemas administrativos de como alçar a *universalização* da saúde, e faz aparecer também os desafios técnicos de que saberes e que tecnologias precisam ser recuperadas para que um “sistema de saúde” crie condições de *liberdade* nas práticas de *cuidado*.

## Os capítulos

A etnografia das *redes* do *cuidado* foi arquitetada em três partes, além da introdução (com as advertências metodológicas pontuadas anteriormente e a descrição das condições em que realizei a pesquisa de campo) e as considerações finais. Na primeira parte, composta por dois capítulos, analiso o aparecimento e a construção conceitual da noção de *rede* no campo da Saúde Pública. Nestas páginas procuro vascular um dado lugar e um certo tempo em que brotou um *corpus* de conhecimentos e de práticas no setor da saúde que são tomados como parâmetros para uma gestão intersetorial. Documentos oficiais são os materiais utilizados nos primeiro e segundo capítulos. Eles materializam os debates e as ações que fizeram surgir no texto jurídico (em portarias, decretos e diretrizes nacionais) uma noção de *rede*.

Ao debruçar-me sobre tais documentos, procuro problematizar o modo como as orientações normativas e legislativas, produzidas em certas instâncias do aparelho de Estado, dão respaldo conceitual às práticas de trabalho dos profissionais que se encontram nas franjas dos serviços estatais. A rigor, documentos oficiais criam

princípios que pretendem padronizar conceitualmente as práticas de *cuidado*, sem eles o alinhamento dos serviços não aconteceria e o trabalho intersetorial tampouco seria possível. Entretanto, procurarei mostrar na segunda e terceira parte da tese o modo como as diretrizes normativas destes documentos, apesar de orientar as práticas de trabalho dos profissionais, elas são inventadas no cotidiano. Com isso, procuro problematizar o modo como a implementação das políticas públicas depende tanto dos preceitos universais e uniformizantes dos textos normativos, quanto de outros elementos que emergem no cotidiano, num jogo dinâmico que caracteriza a lógica de produção das políticas públicas.

No capítulo 1, retrocedendo um pouco na conjuntura em que apareceu uma arquitetura em *rede* na Saúde Pública, analiso os elementos de um discurso que se formou em torno de um projeto de *universalização* da saúde, segundo o qual atrelou a ideia da expansão dos serviços públicos, já apontando para as *redes* de saúde locais, a uma estratégia de reorganização política e democratização do Estado. Aqui veremos os efeitos produzidos de uma aspiração universalista da saúde, a partir da qual produziu uma ideia de direito, uma política social da saúde e uma nova cultura organizacional na administração pública, portanto, uma nova forma de governar a saúde de uma população.

No capítulo 2, depurei as linhas que teceram uma ideia de *rede* para usuários de drogas, já inicialmente elaborada uma década antes, mas que ganhou uma conotação bastante ambivalente no momento em que o crack tornou-se um problema de governo. Contrasto o entrelaçamento de medidas tanto de *cuidado* quanto de repressão que culminou numa ideia intersetorial de administração das drogas e de seus consumidores, tecendo o caráter mais contemporâneo da gestão das drogas. Uma trama de acontecimentos em torno das drogas produziu centelhas por toda parte: desmonte dos aparatos manicomiais, uma ideia de epidemia, anúncios de guerra, reorganização dos setores assistenciais e novos conhecimentos.

Na segunda parte, farei uma incursão por dois aglomerados da *rede*, dois equipamentos voltados à população de consumidores de drogas, a partir dos quais mostrarei como os *casos* criados articulam de todos os cantos uma série de técnicas, documentos, estratégias, gentes e afetos e assim, noções de *redes* e de intersetorialidade podem ser construídas pelos profissionais. No capítulo 3, apresento uma etnografia das *ações* no Consultório na Rua, descrevendo os esforços da equipe para encontrar seu

público em lugares muito remotos, criar *vínculos* e *enredar* pessoas em situação de rua nos serviços de saúde. Esta equipe de trabalhadores esforça-se para abrir *fluxos* entre a rua e os equipamentos da *rede*, por isso o acompanharemos em suas incursões nas cenas de uso de drogas e pelos demais serviços, para compreendermos que estratégias, planejamentos e inventos eles mobilizam para fazer uma gestão intersetorial da saúde em seu público-alvo de atendimento.

No quarto capítulo, o CAPS AD é analisado, na economia geral da *rede*, como o local do tratamento, onde os *usuários* para lá *encaminhados* são organizados em coletivos, são *cuidados* individualmente, suas demandas são *escutadas*, seus *desejos* são testados. Ali notam-se que ferramentas terapêuticas e que saberes são mobilizados para produzir subjetividades novas e testar nos *usuários enredados* suas capacidades disciplinares, para, enfim, serem devolvidos à *sociedade*, como dizem. Assim é figurado o *cuidado* neste ponto da *rede*.

Na terceira parte, apresento os empreendimentos para medir, avaliar e calcular a saúde. Procuo explicitar a elaboração morfológica e conceitual da *rede* dos trabalhadores e gestores da saúde. Com isso, veremos como se dá a gestão da saúde no mundo dos registros. Os artefatos técnico-burocráticos articulam pontos fundamentais da *rede*, por isso dediquei parte considerável do texto. No capítulo 5, partindo do problema dos cálculos administrativos, mostro os esforços registrados em documentos para organizar o planejamento da *rede*, para enxergar as parcerias potenciais, para seguir os rastros dos movimentos de tudo que nela circula. Sem os documentos, uma gestão com doses equilibradas de *liberdade* e de controle seria inviável. Eles são artefatos dos governos, instrumentos de cálculos, ferramentas de visibilidade. Mais do que isso, procuro mostrar neste capítulo como documentos, *softwares* e alguns empenhos de profissionais articuladores da *rede* buscam soluções para o problema da comunicação em serviços intersetoriais. No limite, procura-se organizar os *fluxos* de informações para que os profissionais consigam enxergar os demais pontos da *rede* e o trabalho intersetorial possam ser efetivado.

No capítulo 6, mais inscrições materiais configuram a dimensão do cálculo impregnada na gestão em *rede*. Aqui as cartografias servem de instrumento para ordenar os serviços de saúde nos territórios, para planejar o modelo de expansão das *redes* e para *territorializá-las*, como dizem. Neste capítulo veremos o modo como o espaço é concebido, produzido e ordenado num projeto sanitário, levando em conta um método

utilizado na Saúde Pública para planejar o crescimento organizado das *redes* e também para conhecer o local. Esses espaços sanitários só passam a existir à medida que são submetidos às contínuas leituras de dados, coordenadas, referenciamentos, alguns elaborados por sofisticadas ferramentas tecnológicas (*softwares*, sistemas de navegação), outros mais artesanais, como caminhadas pelos bairros, e, enfim, a elaboração de relatórios.

Por fim, arremato a discussão com as considerações finais. Em síntese, os capítulos traduzem as conexões que pude e consegui atar com o material de pesquisa, com conceitos dos operadores da *rede* e com as minhas referências analíticas para compor linhas de análise.

# **PARTE 1**

## ***AS REDES NA GESTÃO ESTATAL DA SAÚDE***

# Capítulo 1 – A *universalização* da saúde: o modelo das *redes* na expansão do SUS

O projeto de *universalização* da saúde marcou as políticas assistenciais da década de 1980, período em que se discutia a reorganização política e a democratização do Estado. No projeto assistencial da saúde, as *redes* locais contribuiriam com um modelo organizacional segmentar, descentralizado, não hierarquizado e submetido ao regime de auditoria; por essas características, elas viabilizariam a alternativa que atendia aos preceitos democráticos e humanistas reivindicados desde a constituição do Sistema Único de Saúde. O objetivo deste capítulo é analisar os elementos de um discurso que se formou em torno do projeto *universalização* da saúde, segundo o qual atrelou a ideia de expansão dos serviços públicos a uma estratégia de reformulação democrática das políticas estatais.

Nestas páginas, e as que seguem no segundo capítulo, irei verificar o solo referencial sobre o qual emergiu a noção de rede no campo da saúde, e sobre quais debates e confrontos nasceram os primeiros esboços de uma ideia de gestão intersetorial. Não vasculho esta conjuntura para recompor os acontecimentos em argumentos que possam conferir uma inteligibilidade histórica às *redes* de saúde. Com outra intenção em vista, procuro, a partir da aparição de uma ideia de gestão intersetorial na administração pública, examinar as conexões que ela permite fazer com os enunciados de lutas e de reivindicações, com os elementos de reforma, com os princípios que as figuram ainda hoje.

Na economia geral de uma etnografia da *rede* do *cuidado*, investigar a produção de conceitos tão centrais como este em instâncias estatais nas quais são deliberadas as diretrizes políticas de uma gestão intersetorial é fundamental para iluminar um dado lugar e um certo tempo em que brotou um *corpus* de conhecimentos e de práticas no setor da saúde, cujo princípios em certa medida deveriam balizar conceitualmente as ações dos trabalhadores e gestores do SUS, muito embora as diretrizes políticas padronizadas no texto jurídico é sempre inventada no cotidiano.

Movimentos da Reforma Psiquiátrica e dos trabalhadores da saúde já traziam alguns dos enunciados fundamentais dos discursos ideológicos do SUS, como a ideia da *universalidade, igualdade e equidade*, os princípios basilares da Saúde Coletiva<sup>22</sup>; tais noções somaram forças na construção de um ideário moderno para o Estado, ao final do regime militar e no início do debate sobre a redemocratização do país. Com isso, sugiro que estes discursos de luta ajudaram a compor uma ideia de expansão da saúde, de modernização de Estado e de formulação de um campo ideológico da Saúde Coletiva.

O argumento segue em três frentes analíticas. Na primeira parte irei analisar o modo como foi pensado o projeto de ampliação dos serviços de saúde. Veremos que em meio às reivindicações de reforma sanitária e de privatização da saúde, culminou uma política assistencial neoliberal. Na segunda parte, busco analisar como a saúde veio a ser uma exigência para a administração pública. E na terceira parte, veremos como as *redes* de saúde apareceram como uma nova cultura organizacional dentro da qual trouxeram respostas técnicas para a viabilização da expansão do SUS, sem deixar de considerar os aspectos locais dentro de um projeto nacional de amplo alcance.

Busco vasculhar as arenas políticas dentro das quais emergiu a noção de *rede* no setor público da saúde para compreender a forma como tal modelo colaborou para uma gestão estatal da saúde dentro da égide dos direitos humanos, tal como é concebida atualmente e tão evidente na orientação das práticas dos trabalhadores da saúde.

## **1.1 – A expansão da saúde: uma ideia de modernização**

O processo de redemocratização do país foi marcado pela emergência do enunciado da democracia e dos direitos humanos. A reformulação do pacto democrático estruturou-se numa tríplice transformação: a definição de um novo padrão de desenvolvimento<sup>23</sup>, um novo arcabouço jurídico-institucional e a mudança de um

---

<sup>22</sup> A Saúde Coletiva difere da noção de Saúde Pública por ser um movimento sanitário de caráter social, a partir do qual procura integrar noções sociais, econômicas e ambientais com as políticas de saúde.

<sup>23</sup> Em 1948, foi criada a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, em cuja organização foram reunidos nomes do pensamento desenvolvimentista latino-americano como o argentino Raul Prebisch, os brasileiros Celso Furtado e Maria Conceição Tavares.

padrão de política social, de acordo com o que nos mostrou Mendes (1995), Cohn & Elias (1996) e Cohn (2001). Não cabe no escopo desta pesquisa investigar todas as frentes de mudanças, interessa-me saber o que se passou em alguns setores das políticas sociais.

Os resultantes que derivaram destas proposições de reforma alastraram-se em lugares muitos difusos, sobretudo em setores sociais. No que toca à crise do sistema penitenciário, a enunciação reformista garantiu a expansão humanista e democrática da segurança pública<sup>24</sup>. O movimento sanitário brasileiro, em suas articulações com outros movimentos sociais nas décadas de 1960, 1970 e 1980 (cf. Amarante 1995, Birman 1992, Bezerra Jr 1992), participou da reconfiguração das políticas públicas de saúde, reivindicando a incorporação dos direitos humanos nos assuntos assistenciais. Os preceitos dos direitos humanos ajudaram a dinamizar o projeto de expansão da Saúde Pública, confundindo-se com o próprio processo de criação do SUS, como mostram Neves & Massaro (2009).

Entendo o processo de transformação da Saúde Pública brasileira, cujo marco principal é criação do SUS, como um dos discursos da modernidade suscitados no processo de redemocratização do país. Irei analisá-lo na chave da modernidade em função do apelo aos direitos humanos que orientaram o novo projeto assistencial, marcando uma divisão emblemática no discurso dos trabalhadores da saúde a respeito de um modelo antigo precarizado e um presente resguardado pelo direito. Por essa assimetria produtora de duas discursividades que se competem, busco entendê-las como as marcas de uma ideia de modernidade, apoiando-me nos pressupostos de uma antropologia mais interessada em compreender o moderno como discurso.

Antropólogos têm discutido a retórica do moderno desde a década de 1980, quando Rabinow (1986, 1996) problematiza a modernização da vida e propõe uma antropologia da razão, abordando a ciência dentro das relações de poder e saber. Etnografia da vida em laboratório, como a de Woolgar e Latour (1986), lança uma reflexão sobre ciência, razão, verdade e sociedade. Uma antropologia simétrica, preconizada pela tese de Latour (1994 [1991]), inaugura uma abordagem antropológica da modernidade, na qual o moderno assinala duas assimetrias: uma ruptura na passagem regular do tempo e um combate no qual há vencedores e vencidos (1994 [1991]: 15).

---

<sup>24</sup> Uma pesquisa sobre o tema tem sido desenvolvida pelo antropólogo Adalton Marques, no âmbito de uma tese de doutorado.

Essas teorias ratificaram a ideia de que modernidade, como nós a conhecemos, é invenção discursiva respaldada em padrões epistemológicos e princípios ético-políticos. É neste pressuposto em que me baseio para avançar na análise sobre a importância que os direitos humanos assumiram no projeto assistencial da saúde pós-redemocratização do sistema político brasileiro.

As marcas da modernidade impõem-se de diferentes formas e em diferentes âmbitos como um valor central nos nossos tempos. Notam-se essas modulações modernas em processos organizacionais arcaicos, como o campesinato, com as marcas da industrialização e burocratização; a urbanização seria, por exemplo, a sua distinção demográfica; a meritocracia e o igualitarismo os sinais éticos modernos, o racionalismo e o cientificismo suas marcas epistemológicas. Esses sinais indicam, como disse Faubion (1988: 365), que a modernidade é recoberta por ambiguidades ontológicas, ela indica uma noção intercambiável e instável de modernidades possíveis. Por esses inúmeros diacríticos que marcam o mundo moderno, o antropólogo entende que a modernidade é apenas multidimensional.

Se o moderno é modulado por insígnias, como um projeto nacional de saúde engendrou expressões da modernidade? As marcas dos novos tempos aparecem no campo da saúde, conforme já anunciei, com a ampliação da gestão estatal sanitária, no qual a saúde passou a ser uma exigência incontornável para os governos: ela é um direito universal.

Essa formulação foi elaborada dentro de debates em instâncias políticas deliberativas, nas quais foram convocados atores de diferentes setores para proporem os rumos que tomaria este setor. Ganham força dois projetos sanitários, ideologicamente contraditórios: por uma via, atores ligados aos movimentos sociais reivindicavam a Reforma Psiquiátrica, tomando por base as exigências antimanicomiais; por outra, tramitavam conexões entre políticos, empresários ligados às corporações médicas e seguradoras e, insuspeitamente, sindicatos, que esboçavam um projeto privatista para a saúde.

O primeiro projeto traz uma noção *universalista* da saúde, de onde provêm seus princípios ideológicos basilares. A privatização da saúde, entretanto, modulou um projeto assistencial neoliberal no qual o público de atendimento do SUS passou a ser as classes mais empobrecidas. Veremos como a composição de dois projetos sanitários

antagônicos e concorrentes culminaram na formação atual do SUS, cujo público incluído nos atendimentos são setores de mais baixa renda.

### 1.1.1 - O projeto da Reforma Sanitária

Ao final dos anos 1970, ativistas pela luta popular do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) já traziam a discussão sobre cidadania no campo da saúde e reivindicavam mudanças nas formas de assistência prestadas pela administração pública (Amarante 1995). No início dos anos 1980, em meio à eclosão da crise da previdência social, convocou-se a *VII Conferência Nacional de Saúde* (CNS), com o objetivo de propor um ambicioso projeto de rede básica, denominado de *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde* (PREV-SAÚDE), juntando ações de diferentes ministérios, cujo resultado foi a criação da *Comissão Interministerial de Planejamento* (CIPLAN). A primeira versão do projeto, que foi engavetada pela CIPLAN, incorporava as diretrizes de organismos internacionais e do movimento sanitário, como fruto da transição democrática, com viés de elaboração tecnocrática (Mendes 1995: 35).

A Conferência seguinte, realizada em 1986, contando com importantes figuras ligadas aos ministérios, assessoria do Ministério da Saúde, assistentes jurídicos, docentes, Confederação de bispos, conselhos nacionais de direitos, Associação médica brasileira e Institutos de planejamento, todos já colocavam em pauta a exigência dos direitos no campo da saúde. O desdobramento imediato do evento contou com um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela *Comissão Nacional de Reforma Sanitária*, que passou a se constituir como um instrumento político e ideológico, confluindo significativamente na elaboração do preceito de que a saúde é um direito *universal*<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> O termo aparecerá em destaque em razão da crítica que irei elaborar ao longo do capítulo. Os “universais” na tradição ocidental, segundo a crítica que Jullien (2009 [2008]) faz, surgiu no pensamento grego como conceito, mas também como modo de encarar a realidade. Para o nosso caso, cabe uma reflexão acerca do ideal da *universalidade* da saúde, por um lado, e da pretensão à *universalidade* do direito. É por esta vertente que irei traçar minhas reflexões.

Na Constituição de 1988, duas concepções de saúde aparecem como as bases conceituais de um novo projeto nacional assistencial. A primeira formulação inverte a noção de saúde como antítese da doença, de modo que, numa concepção mais ampliada, a saúde aparece, segundo o relatório final da VIII CNS, como “resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1987: 382). Se antes a ideia de saúde estava centrada nos fenômenos biológicos do indivíduo, identificados pela categoria doença, agora ela é formulada como resultante e indicador dos demais campos econômico, social e individual. Tal concepção convoca a articulação de políticas sociais e econômicas para um grande projeto de cunho reformista. É o que nos mostra o excerto do pronunciamento de Hélio Pereira Dias, assistente jurídico e assessor do Ministério da Saúde:

Saúde para todos é, por conseguinte, um conceito global cuja aplicação exige o emprego de esforços na agricultura, na indústria, no ensino, nas habitações e nas comunicações, tanto como na medicina e na saúde pública. A assistência médica não pode, por si só, levar a saúde a uma população faminta que vive em favelas. Uma população sujeita a essas condições necessita de um modo de vida totalmente distinto e novas oportunidades de alcançar um nível mais elevado. Quando um governo adota a **saúde para todos** se compromete a fomentar o progresso de todos os cidadãos em uma ampla frente de desenvolvimento e está resolvido a estimular a cada cidadão para conseguir uma melhor qualidade de vida. O ritmo que o progresso siga dependerá da vontade política. (BRASIL, 1987: 69-70, grifos do autor).

Essa compreensão ampla da saúde, cuja noção é elaborada de forma articulada às demais dimensões sociais, alterou o modo como se concebe a sua gestão estatal. Um breve sobrevoo sobre a literatura da Saúde Pública antes da reforma sanitária nos mostra que a intervenção estatal até os anos 1990 restringia-se às medidas de saneamento das cidades (Cunha 2005), do controle de epidemias e das normas de higiene (Donnangelo 1976). A interferência estatal no atendimento médico individualizado era mais restrita, já atualmente, houve uma generalização deste tipo de *cuidado*.

À medida que é instituída a *universalização* do atendimento, a ampliação da assistência médica individualizada torna-se mais difundida, sobretudo com a

implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), de acordo com o que colocam Costa e Nascimento (2009). A intervenção estatal no âmbito da saúde modificou-se com a alteração de sua concepção, de modo que no antigo modelo, a doença era o foco das intervenções - essa seria uma das características que diferencia o campo da Saúde Pública do doravante campo da Saúde Coletiva. Como mostram os autores acima citados, no modelo centrado na prevenção e promoção da saúde, passou-se a considerar a comunidade e o indivíduo em seu meio, por isso a incorporação do adjetivo “coletiva” demarcou a transformação na nova abordagem das políticas sanitárias.

É por esta reformulação conceitual da saúde, cujas referências de intervenção passaram a ser os indicadores sociais, que o Programa Saúde da Família (PSF), baseado na medicina comunitária, tornou-se a “principal estratégia para a reorientação do modelo de organização da atenção à saúde no país” (Nascimento e Costa 2009: 72). Com essa concepção de saúde como resultante dos demais âmbitos da vida, uma nova superfície de atuação abre-se para o poder público, e uma outra dimensão política da saúde passa a ser levada em conta.

A discussão levantada na literatura antropológica sobre o espaço político da saúde é retomada por Fassin (1996: 205), na qual ele argumenta que a gestão da saúde é objeto de transformação histórica. O domínio autônomo da saúde aparece no mundo ocidental moderno no entrecruzamento do campo político e do médico, e sua gestão coletiva tem, para nós, a forma de “um controle crescente exercido pela política que toca na reprodução humana e através do qual o Estado tira parte de sua legitimidade”. A saúde, portanto, é objeto de governo, sua gestão além de política é institucionalizada. A versão contemporânea da saúde mostra que houve uma redefinição do seu espaço político, presente desde os gregos, se seguirmos as teses de Foucault (1984 trad.[1984a], 1985 trad. [1984b]). O governo da saúde, na Grécia antiga, exprimia-se na ideia de preservação da forma física (*dietética*), no controle das vontades e dos apetites (*ekrateia*), essas operações morais e físicas estavam relacionadas diretamente ao poder político para o governo e a boa direção do sujeito. Governo de si e não da esfera pública, portanto.

Ainda que a medicina moderna pareça estar voltada apenas ao indivíduo, Foucault (2009b [1979]) nos mostra que apenas um de seus aspectos valoriza a relação médico-paciente, em outros, ela é uma prática social de organização urbana. Na França, ao fim do século XVIII, aparece uma medicina social centrada no desenvolvimento das

estruturas urbanas, por um lado, e na regulação de uma população operária emergente. Uma medicina urbana com métodos de vigilância, de higiene pública e de esquadramento ordenava a circulação do ar, da água, dos meios de existência. Já no modelo inglês de medicina social, o objeto de medicalização foram os pobres e a força de trabalho, nos mostra o autor (2009b [1979]: 94-96), com o controle de vacinação e a localização dos lugares insalubres. Essas políticas sanitárias marcam a emergência de um modelo assistencial ainda presente em nossos tempos, quando vemos uma série de dramas individuais serem gerenciados na esfera pública: os serviços sanitários e sociais são hoje autorizados a entrar nos domicílios, a intervir no círculo familiar, a julgar os métodos educativos dos pais, a mapear os lugares vulneráveis.

Intervenções estatais cada vez mais capilares surgiram no modelo assistencial brasileiro com a instituição do SUS, cuja estratégia fundamental teve como diretriz uma medicina comunitária apoiada numa concepção de saúde como ponto nodal das demais esferas do indivíduo, como já vimos. A entrada dos agentes de saúde na vida privada abre a possibilidade para o poder público atuar não apenas nos limites da saúde, mas no desenvolvimento de outros programas sociais, conforme relatam Cohn et al. (2009: 151). Entretanto, o funcionamento de uma nova gestão da saúde marca a ambivalência provocada pela expansão do campo de atuação do Estado. Os autores comentam a respeito do papel fundamental dos agentes comunitários de saúde (ACS) nas políticas: “(...) atuando como possível mediador entre essas esferas [pública e privada], o ACS tornou-se uma peça chave para se compreender como se manifestam, simultaneamente, nessa relação, ações de caráter normatizador e emancipatório” (*ibid.*: 143).

A segunda concepção na nova Constituição acompanha as exigências liberais modernizantes; ela resgata a ideia de que saúde é um direito de todos. A saúde, entretanto, não carrega uma pretensão à universalidade, como nos parece atualmente, mas o direito é que possui um vetor universalizante. A assunção do *universal* na modernidade assume, segundo o filósofo Jullien (2009 [2008]: 14), o exemplo legítimo, na forma dos direitos humanos, do incondicionamento absoluto de seu dever-ser universalizante – “é transponível à ordem dos valores e do político”. Ou ainda, o *universal* nomeia um *a priori* e “estabelece uma norma absoluta para a humanidade” (*op.cit.*).

Numa decomposição genealógica, Jullien resgata o sentido de *universal* no plano jurídico, no qual assume a concepção de cidadania; na filosofia, ele é *logos*, o

fundador do lógico; e no seu aspecto teológico, aparece na versão de amor (*agapê*). Para a discussão sobre os direitos, Jullien nos mostra que por meio deste valor instaurou-se a ideia de cidadania entre os romanos antigos, entre os quais nasce a primeira experiência de globalização, não como uniformização dos modos de vida, mas procede como um amálgama dos povos, ideias, costumes e religiões, em escalas muito vastas, que sob o status de *cidadão romano* eclode uma mesma forma institucional e jurídica (2009 [2008]: 64).

Convém dizer que do *universal* derivam outros dois conceitos. Disseminado pela globalização como *uniforme*, ele não se origina da razão, mas de uma ordem mercadológica; sua racionalidade é econômica e repousa-se na imitação – a *uniformização* dos códigos, das leis, das medidas (*id.ibid*: 30). Sobre o *comum*, que não é lógico como o *universal*, nem econômico como o *uniforme*, este é político à medida que evoca a ideia de partilha ou pertencimento, sua vinculação não ocorre na abstração mas na experiência: “o comum é aquilo que temos parte, que é partilhado e do qual participamos”, como aquilo que nos faz pertencer a uma *pólis*, uma espécie de comunidade (*id.ibid*: 36). Eis a tríplice articulação dos conceitos-chaves dos quais a cultura ocidental dispõe para pensar suas semelhanças e diferenças.

Quando a *universalidade* da saúde desponta como enunciado seja na forma de ampliação dos aparatos de governo, seja na forma jurídica do direito como *universal* (as duas expressões que recuperei até o momento), os sistemas de saúde mais legítimos da época já estavam privatizados, as classes mais favorecidas já tinham acesso aos serviços, apenas os mais empobrecidos encontravam-se fora dos desígnios constitucionais. O que ocorre, entretanto, é que, para além do discurso do *universal*, não houve uma *universalização* do acesso aos serviços de saúde naquele momento, apenas a inclusão de uma classe muito empobrecida nestes aparatos.

Veremos a seguir em que medida a privatização junto à expansão da saúde pública delineou uma *universalidade* excludente.

### 1.1.2 - O projeto médico privatista

Outros trabalhos já se dedicaram a investigar as interfaces do público e privado na assistência à saúde. Telma Menicucci (2003), por exemplo, retoma os projetos

assistenciais desde os anos 1960, recompondo a trajetória da Saúde Pública na relação com o privado sempre em aperfeiçoamento e institucionalização – essa “dependência de trajetória” (2003: 25), como chama, constituída por arranjos e padrões institucionais já preexistentes estruturaram o comportamento político dos atores e influenciaram na condução das tomadas de decisões. Faveret e Oliveira (1990) também buscaram explicações sobre a expansão da assistência privada diante de um projeto público sanitário. Não convém mapear tais processos em conjunturas mais remotas para o caso desta pesquisa. Meu objetivo é delinear apenas um panorama da conjuntura dos anos 1980, período em que disputavam dois modelos assistenciais da saúde e a medicina privada ganhava força, de modo que seja possível compreender o motivo pelo qual a reivindicação de uma assistência *universal* no SUS não se realizou empiricamente. A discussão que pretendo fazer focaliza na crítica a uma *universalidade* excludente que culminou no SUS em resultado do processo de privatização da assistência.

O setor privado em serviços de saúde gozou de grande autonomia administrativa, apesar dos repasses financeiros estatais, até a década de 1980. Sem um sistema centralizado e bem consolidado de saúde, a privatização dos serviços ocorreu através de seguradoras de saúde, cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo (Mendes 1995, Menicucci 2003). Assim, no final dos anos 1980, como resultado da falta de políticas articuladas em Saúde Pública, ficou consolidado o projeto médico neoliberal composto por três subsistemas: o de alta tecnologia, de atenção médica supletiva e o público. Os dois primeiros eram coordenados pelo setor privado, que entre a década de 1960-1980, foram mantidos com recursos públicos via financiamento INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), através dos fundos de investimentos de previdência das grandes empresas estatais - Banco do Brasil, Petrobrás, Caixa Econômica Federal (Mendes 1995: 61).

Esse sistema privado, composto por hospitais e policlínicas especializadas (centros de alta tecnologia), centros e postos de saúde (atenção supletiva) passou por um acelerado processo de modernização tecnológica, ao receber investimentos de produtores de equipamentos biomédicos, tecendo neste domínio uma articulação política com as elites médicas, setores modernos produtores de bens e serviços de saúde, tais como as indústrias farmacêuticas, laboratórios, empresas de equipamentos hospitalares etc. No setor privado concentrava-se a maior densidade tecnológica e os maiores gastos com saúde, segundo Mendes (1995: 61). Na década de 1990, ali eram

investidos mais de 30% dos recursos públicos do SUS, para atender entre 2 a 3% da população brasileira.

Além do alto investimento tecnológico e dos subsídios indiretos do Estado no setor privado, o modelo médico privatista fortaleceu-se com a incorporação do convênio entre empresas e seguradoras de saúde, garantindo um subsídio governamental para o custeio de uma assistência antes financiada pelas empresas (Menicucci 2003: 83). Nessa época, os planos de saúde compunham a agenda de negociação dos sindicatos e a pauta de reivindicação do operariado mais bem organizado, sobretudo parcela dos trabalhadores urbanos das atividades industriais pertencentes ao setor mais dinâmico da economia - exportador, automobilístico, bens de capital etc. (cf. Elias 1996; Mendes 1995). A maior parte dos convênios médicos até o final dos 1980 era feito por empresas em contratos com cooperativas médicas (i.e. Sistema Empresarial Cooperativo Unimed), medicina de grupos, planos de administração (feitos pela própria empresa) e seguro-saúde (oferecidos por bancos como Bradesco Seguros e Itaú Seguros). Menicucci (2003) mostra que estes convênios garantiram o incentivo dado pelo governo para a diferenciação dos padrões de assistência à saúde, contribuindo para o fortalecimento e consolidação de um sistema de saúde supletivo.

Nos anos 1980 é trazido para o centro do debate o tema da reforma do Estado e da eficiência das ações governamentais. A conjuntura de incerteza quanto aos rumos da reforma estatal, a crise econômica e a descontinuidade e mesmo o recuo em investimentos sociais - seja na manutenção, seja na ampliação de serviços - explicam em grande parte o aumento da clientela nos serviços privados de saúde. Um efeito perverso da *universalização* do sistema de saúde somado ao fato de que os setores privados já estavam em franco crescimento, foi o baixo investimento no setor público e o estrangulamento da oferta de serviços de boa qualidade.

Tal fato fez com que o SUS passasse a ter como público-alvo grupos de baixa renda, os quais mais tarde foram classificados, num novo regime de racionalidade do *risco* (cf. Castel 1981, Rose 1998), como grupos de mais “vulnerabilidades”<sup>26</sup>. A existência de um setor privado moderno e com elevado grau de autonomia e um setor

---

<sup>26</sup> A noção de *vulnerabilidade social* aparece nos anos 1990 na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS/1993), reaparece com certas modificações na Política Nacional da Assistência Social (PNAS/2004) de modo muito incerto e multifacetado, operacionalizando um linguagem científica, política mas também normativa. Exemplo de uma análise das dimensões da categoria vulnerabilidade social na política assistencial brasileira ver BREDA 2013.

público fragilizado pela má qualidade dos serviços conformam o que Eugênio Mendes (1995) chama de uma “universalização excludente” propulsionada pelo imperativo da expansão do SUS. Enquanto o modelo médico privatista, por receber altos investimentos, oferece serviços especializados em saúde, o SUS destina-se a oferecer fundamentalmente a assistência básica de saúde, sendo o setor público responsável pelos serviços da atenção primária, geralmente incorporador de tecnologias de baixo custo.

O que se passou no processo de construção do SUS, após a Constituição de 1988, é que por força de uma legislação *universalizante*, responsável pela elaboração de um projeto de desenvolvimento nacional com investimentos em saúde, seus efeitos produziram a multiplicação de mais equipamentos, levando em conta a exigência da ampliação do SUS. Contudo, suas modalidades assistenciais, mais básicas e comunitárias, são discriminatórias à medida que estes serviços com baixo orçamento, pouca especialização tecnológica e má qualidade são destinados como serviços assistenciais aos pobres, não às demais classes sociais.

A crítica que cabe ser feita visa explicitar o contraste evidente entre uma *universalidade* forte e propositiva anunciada como promessa de um projeto de expansão da Saúde Pública e a *universalidade* fraca e discriminatória que se sobressai nos modos de funcionamento do SUS desde sua implementação até os dias atuais. O sentido forte do *universal* resvala na ideia de que além da pretensão em abranger “todos”, esses cidadãos contemplados são “iguais”. Nos textos constitucionais vigora como proposição das políticas redistributivas a noção de *equidade*, fazendo valer o postulado da isonomia no sistema jurídico<sup>27</sup>. Tomada como um dos princípios do SUS, a ideia de igualdade nos coloca frente às questões importantes, uma vez que diante deste princípio central em nossos tempos, o discurso da igualdade parece fazer valer como triunfante uma reparação social que se dá pela via da inclusão de pessoas pobres nos sistemas de saúde. Mas há ainda alguns aspectos perversos na inclusão por igualdade.

Jullien (2009 [2008]) nos mostra que a igualdade, incorporada nos direitos do homem, beneficiou-se de uma sacralização que a edificou. Nascida de uma abstração ocidental, do “mito do indivíduo e da relação contratual associativa” (: 148), a ideia de uma igualdade absoluta nos envolve num inquérito com relação a este *universal*. Sobre uma certa “natureza humana”, numa crítica muito pertinente feita pelo filósofo, esses

---

<sup>27</sup> “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”. art.5/1988.

direitos nos seduzem com pressupostos rapidamente aceitos pela razão, embora estejam desprendidos de qualquer conjuntura cultural ou histórica, isolados de qualquer ideologia que o dissimule. É por essa força de verdade que o direito do homem vaga transculturalmente sem condicionantes, sem equivalentes, sem interpretações possíveis, sem ajustes conceituais que permitam abrandar noções válidas apenas na lógica cultural.

Não obstante, há ponderações a serem feitas. Jullien (2009 [2008]: 148) coloca com cautela que sobre esse dever-ser imprescritível dos direitos humanos o *alcance negativo* (“contra o que” eles se lançam) é mais vasto do que sua *extensão positiva* (“daquilo a que” aderem), isto é, os elementos que os definem conceitualmente são mais restritos (ainda que loquazes) em vista dos protestos contra os quais se lançam para pôr um fim ao inaceitável. Trazendo a discussão do filósofo para o debate jurídico que envolve o projeto assistencial da saúde, o *alcance* da igualdade é ampla o suficiente para abranger diferenças de naturezas muito diversas, enquanto que sua *extensão* restringe-se a uma ideia de homem no limiar da existência, essa última condição que se sobressai perante as demais. Neste ponto, resguardada uma condição limite do “humano” na jurisprudência, a qual se sobrepõe às outras, faz diferença, de um primeiro ponto de vista, salvaguardar os serviços de saúde para classes sociais que historicamente tiveram pouco, ou quase nenhum, acesso aos benefícios de políticas estatais. Restringir um serviço do Estado em função da classe social, raça, gênero, sexualidade, religião, ou quaisquer outras condições, seria uma afronta à razão do *universal* da equidade.

No âmbito das práticas assistenciais à saúde, o que se produz em nome deste *universal*? O discurso da *equidade* vale-se de uma retórica abrangente da inclusão, sobretudo ao incluir pessoas que estiveram excluídas historicamente da assistência pública. Sabe-se que com a expansão dos equipamentos assistenciais, o princípio *universal* de que “todos têm direito à saúde” tem aqui como efeito o argumento inafiançável de levar tais direitos aos que não conseguem acessá-los. Mas há implicações desta expansão em nome da *universalização* da saúde aos pobres. Cobra-se regularização de documentos, a atualização das vacinas, a frequência escolar das crianças, a participação em programas sociais de transferência de renda, o uso regular dos medicamentos e os demais condicionantes que conformam uma série extensa de práticas profissionais voltadas à tentativa de minimizar, quiçá solucionar, problemas bem demarcados pela diferenciação de classes sociais.

A bem da verdade, é por essas justificações da *universalização* que o mundo público invade pouco mais a vida privada, por essas alegações passaram a ter importância pública as refeições que certas famílias fazem, a quantidade de açúcar e gorduras ingeridas, como dormem ou como se banham. Não teríamos aqui uma sequência de proposições fundamentadas na conservação de uma “igualdade excludente”?

Alguns autores também se indagam sobre as interferências políticas e estatais das práticas de *cuidado* na produção das subjetividades coletivas, levantando críticas agudas às contradições de um *humanismo* atrelado à laminação das máquinas de Estado e de governo. No campo de problematização traçado por Neves e Massaro (2009), os processos de estatização são imbuídos pelo primado da conservação, e também singularização, eles “regulamentam, modulam e controlam os modos de vida e do viver, desde seus aspectos biológicos aos da produção da subjetividade” (2009: 511), e cujas interferências se fazem em processos que podem tanto expandir a vida extensivamente, quanto constrangê-la, em direção a uma nova modalidade de “polícia médica” (2009: 511).

Lancetti (2009), num texto sobre humanização e biopoder, referindo-se ao encontro do poder público nas esferas privadas no contexto de profusão de um *humanismo*, faz uma provocação ao caráter paradoxal do encontro, retomando a primeira experiência no Brasil em nome da humanização, quando o jesuíta padre José de Anchieta criou sua escola de catequização dos modos de vida Tamoio<sup>28</sup>. O autor confere ao humanismo o perverso aspecto de pacificação e docilização de indígenas, cujo discurso operava com fim de segregar e homogeneizar, resultando em extermínio massivo dos índios.

Estes autores se confrontam com o nebuloso conceito do humanismo, reconhecendo que ele está no fio da navalha das políticas de saúde, ainda que reconheçam que para construir um sentido forte para ele, o que veio a ser chamado de política de humanização da saúde<sup>29</sup>, é preciso um trabalho de conexão com as forças

---

<sup>28</sup> Uma releitura das cartas e crônicas da Guerra dos Tamoio, à luz da literatura antropológica ameríndia, foi feita por Perrone-Moises e Sztutman (2010), num esforço para compreenderem o que significariam as experiências de alianças, oposições e guerras ocorridas entre grupos tupis da região de São Vicente com portugueses e outros grupos tupi de Bertioga até Cabo Frio (conhecidos como Tamoio) com colonos franceses.

<sup>29</sup> Consolidada em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu como um alinhamento conceitual que deveria traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre usuários,

coletivas e com os movimentos sociais. Aqui, eles, e outros pares defensores de uma política de humanização do SUS (Benevides e Passos 2005a, 2005b; Reis et al 2004), apostam na afirmação do entrelaçamento entre a gestão e atenção, incitando práticas de produção de saúde que driblem a degradação e o enfraquecimento do “caráter inventivo do trabalho em sua potência de produção de autonomia e protagonismo na lida cotidiana com a variabilidade constitutiva dos processos da vida” (Neves e Massaro 2005: 512).

Se na disputa entre um projeto de reforma sanitária e uma medicina privatista parece soar uníssono o coro de uma *universalidade* forte (equitativa, participativa e democrática), em outro plano que não ideológico, o verdadeiro triunfo parece ter sido de uma política assistencial neoliberal, dentro da qual só sobreviveu a *universalização* fraca e excludente – um tipo de assistência discriminatória que faz uma gestão individualizada das disparidades<sup>30</sup>, atenuando-as a fim de não cristalizar segregações irreduzíveis.

A ideia em mostrar a junção de uma política assistencial com outra liberal também já foi esboçada de outro modo por Campos (2007), quando ele argumenta que o modelo privatista-liberal e o modelo público universalista só existe como recurso metodológico para separar valores distintos, enquanto que na prática encontramos a mescla, “compondo elementos originários da tradição dos sistemas públicos com outras pró-mercado, o que produz uma tensão permanente entre estatização e privatização da atenção e da gestão à saúde” (2007: 1867). Menicucci (2003), ao fazer um estudo sobre a dualidade entre o privado e o público no sistema de saúde brasileiro, articula seu argumento a respeito da composição atual do SUS mostrando que foi um padrão de

---

trabalhadores e gestores do SUS. Esta mudança imporia alterações no modelo de atenção e na gestão dos processos de trabalho. Seus princípios norteadores são definidos segundo o texto da PNH (BRASIL, 2004a : 1): a) valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão; b) fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional; c) apoio à construção de redes cooperativas; d) construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos; e) co-responsabilidade destes sujeitos nos processos de trabalho; f) fortalecimento do controle social com caráter participativo; g) compromisso com a democratização das relações de trabalho.

<sup>30</sup> Lazzarato (2011) faz uma análise sobre o neoliberalismo argumentando que a lógica dos governos neoliberais deixou de operar como nas sociedades disciplinares, para as quais os marcadores inclusão ou exclusão funcionavam como marcos nocionais de replicação dos padrões de *normalidade*. Governos como os dos nossos tempos operam menos por *divisão* do que por *modulação* das divisões (2011: 27, grifos do autor); não pretendem reconduzir à norma, mas consolidar uma *multiplicidade* de “normalidades”, modulações estas que se efetivam no aprofundamento da individualização. Uma tendência nas políticas sociais em individualizar as “diferenças”, não para suprimi-las, mas para promover ainda mais as forças da concorrência, acabam por fragilizar o indivíduo, constituindo um espaço político e econômico dentro do qual “eles possam assumir *individualmente* os riscos” (id.: 22). Gestão diferencial das desigualdades é o que Lazzarato (2011: 28) entende por essa atualização do neoliberalismo numa versão mascarada por um discurso anticoncorrencial.

entrecruzamento de ambos os setores, desde a década de 1960, que compuseram os interesses e a concentração de recursos políticos da atenção à saúde no país e não de uma tendência atual à privatização.

A conjugação de disputas políticas entre movimentos sociais e parlamentares, trazendo certos aspectos do discurso humanista para a proposta de reforma, as forças do mercado adiantando-se frente ao atraso do Estado em matéria de políticas de saúde, as tendências de um governo neoliberal para os novos Estados-providência; essas linhas de força, especialmente entre as décadas de 1980 e 1990, delinearam uma composição assistencial neoliberal do SUS. Nele confundem-se controle e autonomia, direitos e discriminação, lógica social e empresarial, interesses públicos e privados, não em dualismos conflitivos, mas num híbrido.

## **1.2– A saúde como assunto governamental: o Estado provedor de cidadania**

O enunciado da saúde como direito, no caso brasileiro, trouxe alguns efeitos de *universais*, concordando com Jullien quando ele afirma que o direito revela-se pouco na aspiração pela sua legitimidade, mas precisamente em assegurar seus efeitos, porque o vetor universalizante é da ordem do operatório, é funcional e não nocional, diz o autor (2009 [2008]: 151); seus efeitos se prestam a agir incondicionalmente sobre toda situação dada. Na primeira parte do capítulo busquei argumentar acerca do modo como a ideia de *universalização* liberou um processo de expansão dos aparatos de gestão estatal, alterando a própria concepção de saúde no âmbito jurídico.

O corolário dos direitos humanos trouxe como segundo efeito, na conjuntura de redemocratização no Brasil, a exigência do direito à saúde como um assunto governamental. Com este enunciado, a sua formulação é de um valor supremo e inscreve, de vez, a saúde no domínio público. Nos textos jurídicos, a gestão da saúde passaria ser feita pelo Estado, pois além de um direito do cidadão, ela seria dever estatal. Contra ideia de um Estado centralizador, que marcou a administração pública até a década de 1980, a nova gestão estatal da saúde seria realizada pelos sistemas

locais, essas pequenas unidades compósitas do SUS. Eles operariam, portanto, como microesferas governamentais. A experiência de Estado deste período seria então marcada pela profusão da maquinaria estatal, ou ainda, pela fragmentação da administração pública.

Não pretendo objetificar o Estado, nem tomá-lo como domínio autônomo, dotado de uma representação singular, tampouco pretendo fazer uma teoria do Estado. Apenas dedico-me a tarefa de compreender seus efeitos, seguindo os conselhos de Foucault (2008b) em suas questões de métodos:

não se trata de deduzir todo esse conjunto de práticas do que seria a essência do Estado em si mesma e por si mesma. Estado não tem essência. O Estado não é um universal. O Estado em si não é uma fonte autônoma de poder. (2008b: 105)

O enfoque do autor, em vista de uma recusa em teorizá-lo, era compreender práticas de governo que transpassam pelas instituições estatais, e não o inverso: investigar práticas criadas pelo Estado. Em razão disso, Foucault entende o Estado apenas como uma referência (um marcador) constante dos processos que o atravessam. Partindo deste ponto, para ele, o Estado “não é nada mais do que o efeito móvel de um regime de governamentalidades múltiplas” (2008b: 106).

Retomando o aviso metodológico de Foucault, de que o Estado não é um dado histórico que opera com um dinamismo próprio mas ele é o efeito das mudanças das práticas de governo, para não recair numa análise das instituições, estarei atenta às práticas de governo, estas sim são dotadas de uma racionalidade.

O que há de novo em matéria de governança no debate brasileiro sobre a reforma do Estado e as novas práticas de saúde? A incorporação do direito à saúde no governo anunciava uma nova racionalidade de gestão neste setor, acompanhada de transformações mais profundas no âmbito jurídico, político e econômico, os quais marcaram alguns dos traços da democratização do Estado. O pronunciamento de José Sarney, presidente da república em 1986, momento em que foi realizada uma importante Conferência de Saúde (CNS), esclarece o fato de que o direito à saúde enquanto exigência nos governos marcava um novo desafio para os assuntos de governança:

A Democratização, portanto, do setor de saúde é um compromisso do governo (...) a necessidade de promover sua difusão, sem privilégios e limitações, reclama uma nova racionalidade para o setor de saúde, adaptando-o à organização de uma sociedade justa e de uma sociedade democrática (BRASIL, 1987: 27).

Nem a unificação dos sistemas de saúde locais, nem a expansão deles, cujas características marcam as linhas diretivas do SUS, seriam exatamente a novidade no setor da Saúde Pública, uma vez que anteriores à criação do SUS já existia o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - Decreto 94657/87). O que se sobrepõe neste momento, exigindo também uma nova concepção de saúde, é o fato das políticas sanitárias estarem inscritas no âmbito social. Mostrei na primeira parte do capítulo que a nova concepção de saúde é uma fusão de outras dimensões da vida do sujeito, portanto, uma espécie de plano de referência no qual faz aparecer combinações de uma série de outros elementos, que não são estritamente sanitários, econômicos ou individuais. O projeto de *universalização* da saúde anunciaria também uma política social, como mostra o discurso do presidente na sessão solene da conferência:

O governo, que fez da opção social sua meta prioritária, portanto, tem a obrigação de fazer da saúde dos cidadãos um bem tutelado pelo Estado e pela sociedade. O governo, que colocou o bem-estar da sociedade acima de quaisquer outros interesses, tem o dever de zelar pelas condições de saúde física da população. Esse é o sentido da minha presença neste Encontro. (BRASIL, 1987: 29)

Levando em conta que do ponto de vista de uma Antropologia da política importa saber como as práticas de saúde ajudaram a compor esse cenário de reforma estatal, meu argumento segue em mostrar que a participação de alguns atores sociais, dentro e fora das instâncias de debate e deliberações jurídicas, somou força na configuração das novas práticas de governo, a saber, estes atores ajudaram a compor uma nova prática de Estado, cujo encargo seria agir sobre o social.

Como entendo que o Estado é um efeito de outras razões e práticas que o atravessam, a ideia de que o Estado moderno e democrático é por excelência o órgão provedor da cidadania é expressão máxima de todos os efeitos de lutas e racionalidade governamentais que se iniciaram no Brasil desde a década de 1930, quando as políticas sociais foram incorporadas nas pautas do Estado, mas ainda não haviam sido *universalizadas*. O que se vê, portanto, no enunciado de um Estado provedor da cidadania são os efeitos da *universalização* das políticas sociais e a incorporação de um dever estatal em ampliar direitos.

Retomando a questão colocada no início desta sessão. Como o sentido de Estado moderno, entendido nesta conjuntura como uma máquina de distribuição de serviços sociais, altera a experiência estatal nas mais variadas dimensões burocráticas? Entendo que esses enunciados alteram a performance de governo. É possível rastrear os movimentos de uma nova configuração de governo no campo da Saúde Pública acompanhando a profusão da maquinaria estatal na forma dos sistemas locais de saúde. Como resultado desses vetores reformistas e modernizantes, surgem como alternativa ao antigo vilão centralizador, os sistemas de saúde locais, portadores mesmo do ideário dos novos tempos. Múltiplos, descentralizados, lócus de cidadania, da medicina comunitária e *humanizada*, da Saúde Coletiva; os sistemas locais também prenunciam, junto com outros enunciados, um Estado moderno, decomposto em pequenas formações estatais segmentares. Por essas razões, veremos a seguir as *redes* de saúde entrando em cena na conjuntura de reforma do Estado como o modelo político-administrativo que melhor respondia às exigências da *universalização* da saúde.

### **1.3– As redes locais**

A *universalização* da saúde exigiu a produção de um aparato de gestão múltiplo e capilar que adaptasse sua estrutura organizacional ao novo projeto de Saúde Pública levando em conta dois fatores: a concepção ampliada de saúde (o cuidado no âmbito social) e a pretensão de um projeto para todo território nacional (com o caráter de amplo alcance territorial ao mesmo tempo em que adentrasse nas porosidades dos territórios).

O modelo de gestão em *rede* abrangia tais condicionalidades, ainda que para colocá-lo em funcionamento fosse necessário produzi-lo no âmbito jurídico e adaptá-los às realidades locais. As *redes* exigiram dos gestores brasileiros o desafio de criar um conjunto de infraestrutura adequada, adotar técnicas novas, fazer escolhas conceituais, abrir novos campos de trabalhos, enfim, mobilizar de um canto e de outro os recursos para colocar em funcionamento uma nova gestão da saúde.

Uma gestão em *rede* não é criada apenas com decreto e repasse financeiro para a abertura de centenas de instituições. Ter mais serviços e mais equipamentos é uma das etapas de feitura das *redes*, entretanto, a ampliação da cobertura social da saúde precisa ser acompanhada por uma administração que não reproduza a antiga lógica dos serviços de emergência (isto é, atender apenas os casos graves que batem à porta), nem reitere uma gestão centrada num institucionalismo isolado. Uma gestão que se pretende intersetorial e articulada, que tem como finalidade priorizar a prevenção e o tratamento do sujeito em suas mais diversas esferas, precisa adotar uma nova cultura administrativa.

O aparato técnico que contemplaria todas essas dimensões em questão seria a *rede*. Minha intenção é fazer uma abordagem antropológica da *rede*, cuja discussão já foi anunciada de forma mais sistemática anteriormente (cf. supra Introdução). No âmbito da reflexão deste capítulo, irei recuperar seus indícios enunciativos em conteúdos normativos das leis.

O termo *rede* foi utilizado em certos textos normativos para definir um conjunto de serviços semelhantes; a sua composição denomina-se Redes de Atenção à Saúde (RAS): “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010). Esta noção remete às chamadas “redes temáticas”: *Rede de Atenção às Urgências e Emergências*, *Rede Cegonha* (modelo de assistência à gestante e à criança), *Rede de Atenção Psicossocial* (com serviços voltados às pessoas com transtorno mental e os serviços focados em usuários de drogas), *Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência*.

Experiências esparsas em alguns municípios marcaram as tentativas de colocar em funcionamento o modelo intersetorial, organizando algumas “redes temáticas”. A

Secretaria de Saúde de Minas Gerais instituiu um plano de ação prioritário para os anos de 2003/2010, implementando quatro delas: a rede de atenção à mulher e à criança, às doenças cardiovasculares e às diabetes, aos idosos e às urgências e às emergências (Marques et al 2010). No estado do Ceará, uma experiência pioneira marcou a constituição de sistemas microrregionais de saúde (Mendes 2011: 67), enquanto que em Curitiba, uma rede foi montada para atenção à mulher e à criança, no programa “Mãe Curitibana” (Jimenez et al 2001).

Entretanto, este tipo de *rede* não contempla integralmente a *universalização* da saúde no plano organizacional. Primeiro porque tais *redes* eram apenas incentivos locais e não o reflexo de uma política estruturante. Segundo porque a inovação desta forma de governo requer *redes* transversais, não temáticas. De outro modo, refiro-me a uma ideia de transversalidade que exige o entrelaçamento de diferentes serviços e atores num dado território. A proposta de produzir um *cuidado* intersetorial não se realiza na montagem de *redes* especializadas, uma vez que estas são homogêneas. Uma nova gestão do cuidado requer *redes* heterogêneas que enlacem os territórios. As *redes* temáticas são mais pontuais, organizam-se por uma classificação de conteúdos, já as *redes* transversais atravessam e concatenam todo o repertório da gestão da saúde. É um aparato de gestão em sua dimensão mais ampla que ocupa o lugar da novidade na Saúde Coletiva.

O primeiro desafio seria montá-las juridicamente. A ideia de *redes* de saúde soa com novidade na década atual, embora sua aparição no Brasil date a Constituição de 1988, quando o SUS surge juridicamente. Ali o sistema de saúde é concebido como uma rede integrada, regionalizada e hierarquizada de ações e serviços (art.198). Também desponta a defesa das *redes* na Lei Orgânica da Saúde (Lei n.8080/90), em cujo texto aparece a “possibilidade de arranjos organizacionais para as redes regionais através de consórcios inter-municipais e distritos de saúde (...) como forma de integrar e articular recursos para aumentar a cobertura das ações de saúde” (art. 10).

Pouco foi feito nos anos que seguiram sua normalização constitucional. Em 1993, com a aprovação da portaria da Norma Operacional Básica (NOB 1993) são regulamentadas as instâncias intergestoras na esfera estadual e federal, além de institucionalizar o repasse de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os estados e município (repasse “fundo a fundo”), garantindo, com isso, os mecanismos legais para o financiamento das ações em saúde e a descentralização efetiva da

administração dos equipamentos. Três anos mais tarde, uma nova portaria (NOB 1996) aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde tendo em vista uma preocupação visível com o funcionamento desordenado das “partes” do SUS. Com a introdução da *Programação Pactuada e Integrada das Ações de Saúde* entre os municípios, mediada pelos estados e pelo Ministério da Saúde, o objetivo era alinhar as responsabilidades dos municípios, os papéis de cada uma das esferas de governo, reordenar as ações dos estabelecimentos do sistema de saúde municipal. Como vemos, as *redes* não nascem prontas, elas são a materialização de inúmeras ações precedentes cujos esforços são em direção a unificação de unidades estatais menores.

Se as leis viabilizaram a uniformização das *redes* ao menos em sua estrutura jurídica, ainda faltava alinhar os propósitos a que estes aparatos se destinam: o seu público-alvo, suas prioridades, seus princípios. Outro momento importante no processo de feitura das *redes* foi marcado com o *Pacto pela Saúde* (Portaria n.399/GM) em 2006, quando o SUS expandia carente de articulações substantivas nas três esferas de governo. Ali é retomado com vigor o tema da regionalização, constituindo um conjunto de compromissos sanitários derivados da análise da situação epidemiológica do país e das prioridades definidas pelas instâncias de governo. Ele é subdividido em três componentes: o *Pacto pela vida, em defesa do SUS* e o *de gestão do SUS*.

Mais embasado em dados estatísticos, o *Pacto pela vida* apressa as políticas sanitárias aos setores que mais crescem em complicações de saúde (idosos, mulheres com câncer de mama e de colo do útero, crianças recém-nascidas, gestantes, populações com dengue, tuberculose e hanseníase). Já o *Pacto em defesa do SUS* envolve ações concretas e articuladas entre as instâncias federativas para reforçar os princípios constitucionais do SUS como política de Estado, isto quer dizer que esta proposição enaltece o caráter suprapartidário deste projeto. O *Pacto de gestão do SUS* estabelece as responsabilidades de cada um dos parceiros das diferentes esferas de governo, cuja definição clara contribui para tornar efetiva uma gestão compartilhada.

O sentido do *Pacto* é estabelecer os assuntos *comuns* que dizem respeito à gestão da saúde, isto quer dizer que no projeto faltavam partilhar um sentido de saúde para todas as *redes*, os mesmos objetivos em vista, a mesma cultura organizacional; tudo isso havia sido previsto em lei visando à uniformização do SUS. O *Pacto*, porém, invoca a noção de partilha de ideias, seu apelo é político - é o que Jullien (2009 [2008]) qualifica de *comum*. O conceito deriva do *universal* abandonando a razão apriorística, ele

aumenta não em valor mas em perspectiva. Recuperando o sentido de *comum* entre os gregos, “de que toda *pólis* é uma comunidade (*koinomia*)”, Jullien entende que ele enraíza-se na experiência. O *comum* pode aumentar a experiência em extensão e intensão.

Com essas noções em vista, entendo que o *Pacto* tem o apelo do *comum*, tal como o filósofo retomou na genealogia dos universais, uma vez que se diferencia da proposição da lei. Como sua força é de alargar a experiência partilhada extensiva e intensamente, a ideia de *pactuar* a “defesa” dos princípios e a “gestão” do SUS reclama por uma aliança entre todas as partes, entre todos seus os participantes.

Há diferenças substanciais entre a lei que decreta e o *Pacto* que convoca. A sua distinção é para Jullien um deslocamento de perspectiva entre o *universal* e o *comum*: da moral para a política ou, para retomar os termos precedentes, do ponto de vista da *prescrição* (decretação) para a *participação* (2009 [2008]: 40). Não basta prescrever a lei para que o governo em *rede* se coloque em funcionamento, pois artes de governar não nascem da jurisprudência; apoiam-se nela, certamente, mas não é seu instrumento principal.

O projeto de *universalização* da saúde é idealizado a partir de uma estranha equação em cuja conta haveria de equilibrar certos paradoxos: o Sistema Único de Saúde deveria ser unificado em suas diretrizes conceituais e operatórias, ao mesmo tempo em que precisaria ser adaptado às particulares locais<sup>31</sup>. Coloca-se em pauta a custosa harmonização entre o nacional e o local, a unificação e a descentralização – uma conta que parece não ser zerada nunca. Contudo, para o tratamento analítico que eu pretendo dar a essa questão, importa menos saber se as resoluções escolhidas foram eficazes, mais interessante é compreender o modo como a resolução desses impasses é inventada.

As *redes* deveriam fazer a integração de ações intersetoriais levando em conta uma concepção de saúde ampla e social, a partir da qual é feita a prevenção e inserção nos territórios. Neles deveriam ser partilhadas iniciativas e ações intersetoriais, juntando uma política uniformizada, vontade política *comum* e as especificidades locais. Para a resolução desta equação, o território municipal foi decomposto em *regiões de saúde*, essas unidades menores onde se deveria garantir a sua administração.

---

<sup>31</sup> O problema da escala será retomado no Capítulo 6, quando irei analisar as cartografias sanitaristas.

No *Pacto* foram estabelecidos os pressupostos da regionalização e os critérios objetivos para o reconhecimento das *regiões de saúde*. Segundo o que consta na NOAS, uma região é:

a base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando-se as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras [...] Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais (Portaria MS/GM n. 373).

Essas regiões foram decompostas em outras menores, definidas como *microrregiões*, estas sim efetivariam a dimensão local deste projeto nacional, onde as *redes* contemplariam todas as especificidades territoriais. Nas *microrregiões* realizar-se-ia o cumprimento dos princípios constitucionais do SUS, o ideal da *universalização* do direito à saúde, por assim dizer, com os aparatos assistenciais instalados nos micro-territórios<sup>32</sup>.

No projeto de *universalização* da saúde, um binarismo ressalta o impasse da escala: no âmbito das generalizações, das leis, dos planos nacionais e das diretrizes normativas é a lógica da padronização que se sobressai, ali também é o lócus da prescrição; já no âmbito local, é a especificidade que marca o desafio das administrações e a razão prática que se torna predominante.

É oportuno ressaltar que a dicotomia do local e nacional no SUS marca a lógica através do qual o Estado assinala as contradições de um projeto de amplo alcance, embora eu não a tome como fator de explicação do funcionamento das *redes*. Não atribuo a essa dicotomia as explicações dos empecilhos com os quais os gestores da saúde se deparam nos sistemas de saúde locais, pois não entendo que os conteúdos “nacionais” replicam-se simplesmente no âmbito “local”. Tampouco encaro os contextos “macros” como os mais relevantes, nos quais as práticas do “micro” são ajustadas.

---

<sup>32</sup> A produção destes territórios sanitários administrativos será discutida no Capítulo 6.

Essas questões tornam-se mais preponderantes em estudos de cooperação internacional ou de desenvolvimento, nos quais o problema da escala é central, assim como as composições e a contextualização de práticas que se encontram nesse trânsito. Exemplos de estudos que estiveram atentos às manobras de escala mas procuraram descrevê-las etnograficamente, encontramos no Brasil, numa etnografia de Catarina Vianna (2012) sobre emaranhados organizacionais de longo alcance de combate à pobreza, os quais se formam e se sustentam globalmente. E Letícia Cesarino (2014) aborda a noção de global em organismos multilaterais brasileiros em cooperação para o desenvolvimento de países africanos. Numa análise sobre projetos de reforma do setor público no Gana, Yarrow (2008) nos mostra que há um contraste entre o conhecimento do aldeão (o particular) e o conhecimento do técnico (o generalizável) mas são sempre evocados por uma variedade de atores e utilizados à serviço de muitas causas, por isso não são estáticos, mas relacionais. E na Indonésia, Anna Tsing (2005) nos mostra como os processos culturais de moradores da floresta tropical são compostos por conexões globais de mercados madeireiros, de movimentos ambientalistas e de ajuda internacional humanitária.

Os problemas enfrentados nas pesquisas acima em muito se assemelham aos que aparecem nos projetos de descentralização do SUS. Vale evocá-los não para sinalizar apenas uma dicotomia analítica pretérita, já bastante utilizada na Antropologia para demarcar a diferença do local e do global, mas antes para compreender os conflitos provocados no âmbito conceitual e prático de projetos de vasta abrangência, ou *universalizáveis*, como diria Jullien.

Anna Tsing ao fazer uma etnografia do global, nos mostra que os conceitos universalizáveis estão no coração dos projetos humanistas contemporâneos, mas não basta entendê-los como uma pura abstração iluminista. Se o filósofo Jullien buscou resgatar a genealogia dos universais, para entender os pilares conceituais sobre os quais a cultura ocidental pensa os contextos de diversidade cultural, Tsing oferece uma metodologia para apurar etnograficamente esses conceitos. Para a antropóloga, os *universais* operam no senso prático, por isso ela prefere dizer que a generalização a partir da qual o *universal* se expande como conceito é mais um engajamento universal, uma “conquista sempre inacabada, ao invés da confirmação de uma lei pré-formada” (2005: 20). Por não ser apenas um conceito, mas também uma aspiração, os *universais*

viajam através de contextos da diferença e são efetivamente formados nesses deslocamentos contextuais e em conjunturas particulares.

Mas a antropóloga também esclarece que os universalismos da ciência, do direito, do mercado, do progresso e tantos outros, serviram de esquemas ocidentais de colonização, por isso carregam uma profunda ironia: os *universais* estão simultaneamente implicados em projetos imperiais e em mobilizações libertárias para a justiça e o empoderamento. Por conta dessas variações inerentes à noção, Tsing afirma ser possível apreender os *universais* no senso prático. Para tanto, ela sugere que os *universais* são produzidos nas fricções. Longe de ser uma noção que remeta à resistência, a autora esclarece: “chamo de fricção as qualidades estranhas, desiguais, instáveis e criativas da interconexão da diferença” (2005: 17, tradução minha). A fricção aparece em zonas de engajamentos estranhos e as palavras significam algo diferente, mesmo quando as pessoas concordam ao dizê-las.

A metáfora da fricção dissolve a ideia de que os *universais* saem de uma escala global, onde são produzidos, e se assentem no local, onde são ajustados. Fricção é antes de tudo resultado de corpos em movimento que se tocam, por isso as aspirações universais viajam pelas conjunturas onde há diferenças culturais formando pontes, estradas, canais de circulação (2005: 21). Nessa linha argumentativa, Tsing nos lembra que *universais* devem ser apreendidos no nível prático, em conjunturas históricas locais e particulares, as quais lhes dão conteúdo e força (*op.cit*: 21).

Ao levar em conta a ressalva feita por Tsing para que o *universal* seja apreendido como um objeto etnográfico e não uma abstração, os princípios do SUS e as demais diretrizes normativas transformadas em lei teriam as aspirações *universais*, usando o termo da antropóloga, mas eles são efetivamente produzidos no plano prático quando são aplicados nas *microrregiões* do SUS, nos equipamentos de saúde, em cada ação dos profissionais. Apesar de uma diretriz nacional guiar o ritmo e o formato da expansão do SUS, o princípio da *universalização* do direito à saúde só se efetuará como política pública se nas ações cotidianas esses princípios forem inventados<sup>33</sup>.

Ainda que as diretrizes normativas dos sistemas de saúde padronizem o modelo de tratamento, e os princípios jurídicos do SUS orientem a prática profissional de modo

---

<sup>33</sup> Os princípios do SUS e a própria ideia de *cuidado* ganha conotações específicas dependendo da ação feita pelos profissionais. Os capítulos 3 e 4 mostram as nuances que cada princípio recebe nas ações da equipe do Consultório de Rua e do CAPS AD.

generalizado, é nos micro-territórios, no nível prático que tais conceitos ganham concretude. Embora o projeto de descentralização do sistema de saúde tenha padronizações próprias de um projeto de amplo alcance, é na administração de base, na lida com os usuários, nas recorrências que chegam à porta dos atendimentos, e outras tantas que os profissionais se dão conta numa visita domiciliar, numa caminhada pelo bairro, na escassez de recursos humanos e capitais; esses são os elementos que produzem no senso prático os *universais* desenhados nas leis e diretrizes.

Em outras palavras, a produção de políticas públicas (segundo os preceitos jurídicos e as normas previstas) ocorre mesmo dentro de certos limites operatórios, com ponderações às regras, com interpretações dos casos, com restrições das ações; estes movimentos da ordem prática são sempre casuais e contingenciais, arbitrários, muitas vezes, mas nunca se repetem da mesma forma.

Apesar de contrastar a ideia normativa de *redes* (prevista em lei) e os princípios jurídicos prescritivos com as aplicações práticas cotidianas deles, não compreendo esta divergência como um problema gerado pela oposição do macro (onde estariam as leis e a prescrição) e o micro (onde estaria a performatividade delas). Isso porque, como será melhor descrito adiante (cf. infra Capítulo 3 e 4), o micro depende da presença constante dos *universais*, sem eles o trabalho intersetorial não acontece, as *redes* não são tecidas. Diante disso, entendo que é essa tendência à uniformização ou à padronização dos *universais* que permite colocar em conexão práticas de *cuidado* intersetoriais.

Até o momento procurei mostrar os impasses de um projeto com engajamentos universais, tais como o de tornar a saúde um direito de todos. Numa certa instância deliberativa do Estado, as leis e os princípios jurídicos do SUS produzem aspirações à uniformização das *redes* e do próprio sistema de saúde. Leis e pactos têm a pretensão de alinhar princípios, trazendo o caráter uniforme que o sistema “único” de saúde pretende ter. A redução da escala administrativa e a criação de micros unidades colaboram para a aspiração *universal* deste projeto, fazendo com que as *redes* possam expandir-se por todo o território nacional. Contudo, os *universais* que orbitam em torno da saúde são efetivamente produzidos nos encontros contingenciais do dia a dia, mais do que isso as ações intersetoriais dependem dos *universais* para serem conectadas.

O segundo desafio do projeto de expansão do SUS seria adaptar a cultura organizacional às exigências democráticas, *humanistas* e modernas. Alguns especialistas em políticas públicas fazem ampla defesa do modelo das *redes* como alternativa a uma gestão administrativa descentralizada. Fleury & Ouverney (2007) retomam a emergência da noção de *redes* na gestão das políticas públicas e em especial da saúde no Brasil, afirmando que o conceito ganha relevância no âmbito administrativo como meio de tornar uma gestão mais democrática e descentralizada, processo este que ganhou força no período da democratização de alguns países da América Latina. Na mesma linha, outros autores mostram que na *rede* foi buscada uma estratégia de descentralização do SUS, de modo que o seu modelo propiciou a incorporação das heterogeneidades locais, trazendo diferentes conteúdos do território (atores/grupos de atores públicos e privados, suas relações e lógicas de atuação) para dentro do processo de *universalização* da saúde (Viana et al, 2009: 96).

No plano do debate público, a administração em *rede* foi cogitada como a alternativa que melhor atenderia aos preceitos democráticos, mas, em matéria de organização dos processos de trabalho, o que significa governar em *rede*? Eugênio Mendes (2011) compara o modo de funcionamento dos sistemas fragmentados de saúde, nos quais existem pontos de atenção à saúde, e as *redes*, cuja assistência é organizada por um conjunto coordenado de pontos de atenção. Num sistema do tipo piramidal e hierárquico, os níveis de atenção são classificados por níveis de complexidades crescentes, assim não se consegue oferecer uma atenção continuada. Para Mendes (2011: 51), tal visão fundamenta-se num conceito distorcido de complexidade, já que banaliza a atenção primária e sobrevaloriza as práticas que exigem mais densidade tecnológica. Já nas *redes* integradas, todas as partes envolvidas no sistema de saúde devem se comunicar; elas estão dispostas num território demarcado, tem como alvo uma população específica para sua atuação.

Num artigo em comparação do sistema piramidal e o sistema horizontal, Whitaker (1993) contrasta as duas estruturas, numa ampla defesa ao modelo das *redes* como suposta solução à democratização dos processos de trabalho na Saúde Pública. Ainda que discorde de uma abordagem excessivamente idealista do autor, o interessante a se notar são os contrastes por eles enumerados:

- a) Num sistema piramidal, os níveis hierárquicos são bem demarcados, a comunicação entre os níveis é comprometida, a organização depende de disciplina e comando, o caráter democrático do sistema depende do perfil de seus dirigentes.
- b) Num sistema em rede, os integrantes se ligam horizontalmente, não há um único centro, as tarefas são co-responsabilizadas e o caráter democrático é mais garantido num sistema multi-situado.

O modelo das *redes* parece ter alterado os padrões da administração pública em função de dois fatores que foram incorporados nas organizações: o aumento drástico da circulação de pessoas e coisas nas entidades e a ampliação das conexões organizacionais. Se numa entidade do tipo piramidal a circulação de informações, papéis, materiais e pessoas ocorriam entre as hierarquias internas, numa *rede* elas transitam por vários setores de diversas composições hierárquicas e de variadas entidades. No campo da saúde, o modelo piramidal reflete o conceito de instituição fechada, ao modo disciplinar, ou como sugeriu Goffman (1987 [1966]), são instituições totais. De acordo com sua análise, as prisões e os hospitais psiquiátricos são exemplos claros de lugares fechados e apartados da comunidade. Toda instituição, para ele, tem uma tendência ao fechamento, cujos “aspectos impermeáveis do estabelecimento” suprimem as distinções sociais dos internados.

Já o modelo em *rede*, uma vez mais pensando no âmbito das práticas de *cuidado*, rebate num modelo de gestão em *liberdade*, essas formas de controles que surgiram após a Segunda Guerra Mundial, período em que Deleuze (2008 [1990]) entende como a crise generalizada dos meios de confinamento. Na passagem das sociedades disciplinares para as sociedades de controle, como o autor as denomina, as formas de controle ao ar livre substituem as antigas disciplinas. Com a crise do hospital, em seu lugar, surgiram setorizações das mais amplas as quais marcaram o início de novas liberdades assim como compuseram meios de controle que “rivalizam com os mais duros confinamentos” (2008 [1990]: 219).

Para o caso específico da administração de uma *rede* de saúde, a circulação de pessoas aparece como seu caráter organizacional mais *humanista*; tal como foi

retomado no documento “Redes de produção de saúde”, no qual as *redes* aparecem como a novidade de uma nova cultura organizacional e um desafio para novos processos de trabalho:

Conceber a realidade em rede implica observar os acontecimentos focalizando as suas interligações e os efeitos que produzem cada ligação e que cada ligação produz; implica refletir sobre o papel de cada um dentro dos processos em curso. Por este caminho, vamos identificar que atores estão aí envolvidos, que negociações precisarão ser feitas, que lugares cada um desses atores ocupa no sistema de relações, que caminhos poderão ser percorridos. Os diversos atores devem constituir redes de cooperação sendo, ao mesmo tempo, apoiados e apoiadores do/no processo de produção de saúde. Nessa ótica, o profissional ou a equipe de saúde não são, portanto, os únicos responsáveis pelo processo de buscas para as saídas das dificuldades; a construção do novo passa, doravante, pelo encontro e criatividade das diversas subjetividades envolvidas. No limite, todo sujeito se encontra inserido numa rede de produção de subjetividade. Todo sujeito é um ser em conexão com outros seres e outras vidas. (Brasil 2009d: 26)

No âmbito dos processos de trabalho, o modelo em *redes* pressupõe uma série de sucessivos deslocamentos, modificações de percepções, atitudes, cultura e forma de atuar. Sistemáticamente, o documento (Brasil 2009d: 15-17) ressalta algumas das mudanças: a) as ações que se originam numa área ou num equipamento de saúde podem ser desenvolvidas transversalmente; b) ampliar a capacidade de comunicação entre os serviços; c) ampliar a *escuta* dos pacientes; d) construção coletiva dos casos; e) desenvolver processos de trabalho com equipe multidisciplinar. Veremos ao longo da tese como os trabalhadores enfrentam tais desafios.

Uma nova cultura organizacional urge da necessidade de incorporar a saúde como assunto de governo, junto a crescente demanda pela democratização do aparelho de Estado. As novas exigências no campo da administração da Saúde Pública brasileira no que tocam as formas democráticas de produzir os serviços são acompanhadas igualmente pela incorporação de práticas de prestações de conta e transparência pública (cf. infra Capítulo 5). Se as *redes* nos surpreendem com aspectos novidadeiros da governamentalidade, um conjunto de pesquisas sobre regimes de auditoria, editadas num livro pela antropóloga Strathern (2000), nos mostram que tais práticas

administrativas acompanham uma época de assuntos internacionais no Ocidente, período no qual os governos tem se reconfigurado por meio de um “verdadeiro exército de pesquisadores morais” (2002: 2).

Os procedimentos de avaliação, segue a autora, têm consequências sociais impactantes sobre a legitimidade dos governos, pois o uso inadequado dos recursos abala a moralidade da administração pública (2002: 2). No prefácio, a antropóloga sugere que em diferentes domínios os preceitos da economia e das práticas éticas são onipresentes em situações das mais diversas, elas compõem um campo abrangente de instrumentos institucionalizados. Se seguirmos os preceitos de práticas econômicas e de boas administrações em diferentes domínios, como sugere a antropóloga, veremos que eles estão disseminados numa linguagem de aspiração e de objetivos. Se tais práticas de contabilidade são observadas em conjunto, é possível delinear um quadro mais amplo o qual Strathern (2000) o compreende como um artefato cultural distinto, uma “cultura de auditoria”.

Os efeitos de um projeto de modernização e reforma que o campo da Saúde Pública brasileira passou não foram poucos, como vimos ao longo deste capítulo. Foram os empreendimentos adotados para formular uma gestão estatal da saúde. Soou como triunfo do progresso a expansão dos sistemas de saúde, que sob o ditame dos direitos humanos, foi chamada de projeto de *universalização*. A inscrição da saúde nos assuntos de governo é expressão de uma nova experiência de Estado. Seguindo uma proposta antropológica, procurei recuperar algumas conexões que atravessam o campo da Saúde Pública de modo que fosse possível, por esta perspectiva, notar a montagem de um quadro maior: a emergência de um governo do social que se realiza a partir da *universalização* dos direitos.

Procurei analisar o modo como o imperativo da universalização produziu diversos efeitos no setor da Saúde Pública. O primeiro deles é que a aspiração universalista da saúde desenhou esse *universal* na forma de um direito para todos. Essa nova ideia de direito marcou também a promessa de um governo mais democrático. Entretanto, na conjuntura político-econômica em que a saúde deveria ser ampliada como um direito de todos, apenas as camadas mais pobres sem cobertura desse direito, por isso entendo que ocorreu no Brasil uma *universalização* excludente.

Em seguida, mostrei como o projeto de *universalização* da saúde ajudou a compor também uma política social, conferindo ao aparelho estatal a ideia de que ele é o provedor da cidadania. Por fim, a *universalização* da saúde modificou também toda a cultura organizacional da administração pública e o modelo das *redes* parecia andar em sintonia com os preceitos democráticos do novo governo, em cuja gestão foi incorporada também a premissa da *liberdade*.

É certo que a *universalização* trouxe também um imperativo da padronização das normas e das práticas de saúde. O que eu procurei mostrar é que os preceitos *universais* do SUS viajam pelos contextos e podem ser apreendidos no plano prático, onde nota-se evidentemente tanto a tendência da padronização que os *universais* impõem quanto a criatividade e a resistência a sua prescrição. É nessas zonas de engajamentos estranhos e contraditórios que o *universal* nasce efetivamente; ele nasce de uma fricção, para usar a expressão de Tsing (2005).

Sem perder de vista que no projeto de *universalização* da saúde sobressaiu-se uma *universalidade* excludente e discriminatória, segundo a qual produziu uma inebriante visão de que era sinal de progresso social o fato de pessoas pobres terem o “direito” à saúde, levarei mais adiante no próximo capítulo um discurso de inclusão e “saúde para todos” que pesou sobre os usuários de drogas, num momento em que foi tomada como prioridade de governo a gestão estatal das drogas. Veremos a seguir como as *redes* para usuários de drogas foram produzidas para *cuidar* de uma população específica, cuja gestão tem sido tão debatida no Brasil há quase uma década inteira.

## Capítulo 2 – Entre o cerco e o *cuidado*: as *redes* para a gestão estatal das drogas

*Os homens entram em batalhas e perdem, e aquilo pelo que lutaram torna-se realidade apesar da derrota, e então acaba não sendo o que eles pensavam que fosse, e outros homens têm de lutar pelo que desejam, dando-lhe outro nome.*

*William Morris*

Há mais de três décadas, desde a Reforma Psiquiátrica brasileira, as *redes de cuidado* para usuários de drogas são debatidas na Saúde Pública e Coletiva. Se as *redes* de saúde surgiram como respostas técnicas para efetivar no âmbito organizacional a modernização do Estado, cuja máquina estatal deveria ser descentralizada e cujo campo de atuação seria o social (cf. *infra* Capítulo 1), o mesmo não se passou com as *redes* para a gestão das drogas. Ainda que o enunciado em defesa de uma saúde democrática e *humanista* tenha reformulado todo o campo da Saúde Coletiva no Brasil, o direito à saúde para usuários de drogas nunca foi questão muito bem delineada na administração pública. O consumo de drogas tem sido historicamente encarado como um problema de segurança pública e não como um assunto sanitário. A disputa entre a reivindicação de direitos e o acirramento das medidas punitivas para usuários de drogas ficou mais evidente nos dias de hoje - é a assunção desta ambiguidade das ações públicas que marca este problema na contemporaneidade.

Fundamentado num discurso de horror e sofrimento, protagonizado pela mídia e poder público, o enfrentamento às drogas nos anos 2000 no Brasil foi formulado a partir do discurso de epidemia. Se no campo da saúde uma locução *humanista* prevaleceu na formulação das políticas de *universalização*, este *humanismo* foi, em partes, vencido numa guerra cujo inimigo declarado é o crack. Contra seus usuários iniciou-se uma

espécie de cruzada. Sobre eles foram lançadas bombas, tiros, cercos, cavalaria, mas também orações, amparo, cuidados, redes - muitos empreendimentos políticos, religiosos, terapêuticos e policialescos.

Se quisesse recuperar a historicidade das *redes* para usuários de drogas, traçando uma análise diacrônica e identificando os aspectos mutáveis ao longo do tempo, iniciaria minha análise no exato ponto em que elas surgiram juridicamente, no ano de 2002. No lugar disso, entendo ser mais interessante olhar a cena em que se montou, ao final dos anos 2000, em torno do crack e, a partir dela, recuperar as linhas enunciativas que a atravessaram.

Busco neste capítulo compreender a convergência do enunciado da reforma manicomial, da guerra às drogas e da epidemia do crack em torno do problema da gestão dos usuários de drogas. É nessa cena que as políticas de saúde passaram a exigir a padronização de *redes* para usuários de drogas nos municípios, por exigência de diretrizes políticas nacionais.

Não diria que meus esforços versam sobre uma história dos acontecimentos, resgatando fatos dentro de uma perspectiva diacrônica. Tampouco busco neste capítulo um plano detalhado de descrição de registros que envolveram essa ideia intersetorial da administração das drogas e de seus consumidores, pois entendo que tal tarefa possa ser feita com a densidade que lhe é exigida na imersão das práticas de *cuidado*; a este respeito, o estilo narrativo de uma etnografia parece ser o melhor recurso analítico. Olhando para as inúmeras interpelações em torno do crack no final dos anos 2000, pareceu-me mais evidente que o trato contemporâneo desta questão se deu em reação aos demais setores, remanejando-os em outras alianças, estabelecendo outras concepções de direitos e de governança.

Portanto, minha tarefa é descrever, dentro de um cenário específico, o modo como algumas gotas de mercúrio foram se movendo, acoplando-se pouco a pouco, até formarem uma superfície, que é a cena atual das drogas na administração pública. Este método Donzelot (2001 [1980]: 13) chamou de “história da superfície social”, ou como chamou Deleuze (*id. ibid.*: 3), no prefácio, um método de gravura por meio do qual vai desenhando a montagem de uma nova cena, ao desenrolar gradualmente pequenas linhas, que formarão cada uma delas o entrecruzamento desta superfície. Donzelot se propõe a investigar a gênese do setor “social”, onde se remanejou a composição entre as

instituições, as relações entre o público e o privado, as alianças entre alguns campos; todos estes vetores encontram-se na família, é partir deste plano de descrição que o autor monta um mapa do “social”.

O exercício de depuração das linhas permite situar no presente os rastros dos movimentos de transformações, não numa contemplação passiva das mutações, mas de observação de alguns traços cujas forças motoras são suficientemente finas para fazerem aparecer o mecanismo produzido pela sua propagação. Donzelot (2001 [1980]) defende que esta historicidade recorre à teoria na medida em que ela resgata outra linha, e que esta última possa servir como narrativa para colocar em evidência “as peças de uma articulação enigmática” (*id.ibid*: 13). Vale assinalar que esta concepção de história, por estar mais atenta às estratégias, tem como ponto de partida um quadro de mutações e não um extrato de continuidade.

Levando em conta tais recomendações, neste capítulo procuro resgatar as linhas de forças que enlaçaram a concepção de *redes* para usuários de drogas. A implantação de aparatos de *cuidado* para esta população é hoje uma exigência de diretriz nacional, mas foram resultados de medidas emergenciais que reordenaram todo o cenário do setor público. Para chegar a esta cena atual, irei analisar três conjuntos de enunciados que a formaram. Num primeiro momento, analiso o movimento de desconstrução do paradigma *proibicionista* que seguia em curso pós reforma psiquiátrica e algumas retrações provocadas pelas tensões contra o fechamento dos leitos manicômiais ocorrido na câmara dos deputados, nos partidos políticos e na imprensa (Capítulo 2.1). Esses conflitos gerados pelo enfraquecimento de uma cultura psiquiátrica culminaram numa insurreição midiática (Capítulo 2.2), a partir da qual se passou a polemizar a experiência pública do consumo de drogas. É a figura ultrajante do *nóia* que foi trazida à cena. Em seguida, irei analisar o contra-ataque do governo federal lançando mão de uma batalha à suposta epidemia do crack (Capítulo 2.3). E, por fim, analiso, a partir do programa *Crack, é possível vencer*, o cenário que se formou diante de tantos embates, cuja cena coloca à mostra uma ideia de gestão intersetorial das drogas (Capítulo 2.4). Sem olhar retrospectivamente para as tramas em torno das drogas, ao longo dos últimos 35 anos, não é possível deslindar os agenciamentos que ligaram os pontos de engate das *redes* para usuários de drogas.

As *redes* para esta população efetivaram-se como política governamental num jogo de interesses em torno do direito e da punição. A sua dualidade é ainda mais

acentuada do que as demais: as mesmas *redes* que acolhem, também cercam esta população, para não fugir dos termos bélicos que podem ser bons para pensar esse caso. Embora as motivações em defesa das *redes* de saúde estejam arraigadas nos direitos humanos, a sua implementação como estratégia governamental para a gestão das drogas foi fortemente interpelada pelas orientações antidrogas, cujo paradigma é conhecido como *proibicionista*.

Antes de seguir, alguns esclarecimentos sobre o *proibicionismo* devem ser feitos. Partindo do princípio de que se consolidou um ponto de vista do enfrentamento às substâncias psicoativas denominadas contemporaneamente como “drogas” (cf. Vargas, 2001; Fiore 2013), e que tal questão passou a ser tratada como um problema social e sanitário, alguns pesquisadores engajados no tema (Labate et al. 2008: 24) esclarecem que o paradigma *proibicionista* veio a ser uma “resposta estatal hegemônica à questão das ‘drogas’ no mundo contemporâneo”, delineando tanto ações jurídicas como públicas de repressão e interdição às drogas, quanto um tratamento bélico para o problema. Além das orientações de enfrentamento que ditam a atuação do Estado em relação às substâncias ilícitas, Fiore (2012) nos mostra que, para o caso brasileiro, a política *proibicionista* está calcada em duas premissas que compuseram o alicerce de todas as motivações antidrogas no país: primeiro que o uso de drogas é necessariamente danoso, por isso não pode ser permitido; em segundo lugar, a melhor forma de combater as drogas é o Estado perseguir e punir seus produtores, vendedores e consumidores (2012: 10). A conformação deste modelo combativo tem desdobramentos mais vastos do que as ações públicas e os textos legislativos podem alcançar; ele alastra-se por todos os cantos numa gramática repressiva.

## **2.1 – Vetores de desmonte dos aparatos psiquiátricos**

Mostrei em momentos anteriores (cf. supra Capítulo 1.1) a trajetória político-jurídica da Reforma Psiquiátrica no Brasil, quando recompus um panorama geral do modo como as questões técnicas de uma nova proposta de Saúde Pública e Coletiva foram debatidas em algumas instâncias do Estado. Nesta sessão, irei refazer o exercício cartográfico focalizando os aparatos psiquiátricos para os consumidores de drogas, de

modo que no lugar dos entraves entre um projeto sanitário *universalista* e um neoliberal privatista, seja possível visualizar os embates entre investimentos contra as drogas (e por consequência contra seus consumidores) e outros pelos direitos dos usuários.

Com a aprovação do projeto de lei n.3.657/89 de Paulo Delgado (PT/MG), regulamentaram-se os direitos do doente mental ao tratamento e indicava-se a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados. Passaram-se 12 anos até que se consolidasse um novo modelo assistencial de saúde mental, tornando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) as unidades oficiais do SUS<sup>34</sup>. Mas apenas um ano depois, em 2002, o tratamento para os usuários de drogas foi vinculado aos novos equipamentos da Saúde Pública, quando se instituiu, por meio de uma política nacional, os CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD).

A discussão aberta em Assembleia Legislativa desde a década de 1990 sobre a reestruturação dos modelos de tratamento psiquiátrico colocava em cheque um paradigma combativo à psiquiatria e à proibição das drogas, em vigor na legislação brasileira desde os anos 1920, quando se estabeleceu um regime punitivo para os consumidores de substâncias ilícitas e o tratamento psiquiátrico para a correção moral destes sujeitos (cf. Adiala, 2011; Moreira, 2015). A extinção em curso dos aparatos da psiquiatria, montados desde início do século XX, abalaram consideravelmente os projetos políticos e econômicos dos manicômios.

Se os debates sobre a *universalização* da saúde ganhavam força na arena pública, somado aos movimentos da luta antimanicomial, cujas alianças permitiram que uma abordagem *humanista* fosse agregada às políticas públicas destinadas à saúde mental, o mesmo não ocorreu com o debate sobre as drogas. Não cabe ao escopo desta pesquisa restituir um panorama de repressão às drogas no cenário brasileiro, alguns destes levantamentos bibliográficos já foram feitos com êxito (Venâncio e Carneiro, 2005; Machado e Miranda, 2007; Adiala, 1996; Andrade, 2003).

A análise que proponho tem como ponto de partida a década de 1990, a partir da qual busco traçar alguma sincronicidade entre as ações de reorganização do setor psiquiátrico e as ações de repressão às drogas. Não pretendo fazer uma associação causal estrita entre ambas, embora a “guerra ao crack” certamente tenha sido motivada pela conjunção de alguns desses fatores. Minha intenção é delinear os contornos de dois vetores de forças: um de dissolução dos aparatos psiquiátricos e outro de ascensão da

---

<sup>34</sup> Projeto de lei n.10.216/2001.

represália aos usuários de drogas, de modo que este último acoplou-se aos setores que mais apoiavam a decadente psiquiatra para forjarem uma ideia alarmista de epidemia do crack. Meu argumento é que este campo de força configurou uma concepção particularmente peculiar do papel do Estado no governo das drogas.

Se a gestão da loucura vinha sofrendo sucessivos deslocamentos desde o início dos anos 1990 (tal como o desmoronamento do sistema hospitalocêntrico através de leis e portarias, redirecionamento financeiro para o investimento de novos centros assistenciais comunitários, a criação de uma nova modalidade de convênio chamada de cogestão<sup>35</sup> e a instauração de uma frente parlamentar da Reforma Psiquiátrica), se alguns desses vetores direcionaram os antigos loucos, doravante “pessoas com transtornos mentais”, para um novo território governamental e político, os agenciamentos em torno das drogas produziram ainda mais repressão e moralização de seus consumidores; eles produziram *nóias*.

Desde o tempo da Reforma Psiquiátrica, quando uma série de atores provocou uma rachadura no paradigma da loucura, a partir do qual se desdobrou a produção de uma gestão estatal da saúde mental, poucos princípios *proibicionistas* foram contestados, salvo algumas exceções. Ao contrário, neste período, os dispositivos antidrogas também vinham se fortalecendo. Em 1993, foi criada no Ministério da Justiça a *Secretaria Nacional de Entorpecentes*, cujas atribuições seriam fiscalizar a execução das normas estabelecidas pelo *Conselho Federal de Entorpecentes* (CONFEN), acentuando a vigilância e repressão do uso de substâncias consideradas ilícitas. Para tanto, a Secretaria deveria articular órgãos da Vigilância Sanitária (Ministério da Saúde), da Receita Federal (Ministério da Fazenda), da assistência social (Ministério do Bem-Estar Social) e do Conselho Federal de Educação (art.3º lei 8.764/93).

Em 1998, após uma assembleia geral da ONU (UNGASS), na qual foi deliberada uma medida de combate mundial às drogas, o CONFEN foi transformado em *Conselho Nacional Antidrogas* (CONAD) e foi criada uma Secretaria Nacional (SENAD), transferindo ambos os órgãos do Ministério da Justiça para a Casa Militar da Presidência da República.

Quatro anos mais tarde, o SENAD mobilizou diversos atores envolvidos para discutir a criação de uma *Política Nacional Antidrogas* (PNAD). Quando o presidente

---

<sup>35</sup> Sobre o cenário das novas alianças entre governo e entidade não governamentais no modelo da cogestão, sugiro a abordagem antropológica de Sartori (2015).

eleito Luiz Inácio Lula da Silva assumiu seu primeiro mandato, ele apontou a necessidade de integrar as políticas públicas e estreitar as relações com a sociedade e a comunidade científica. Em 2004, foi realizado um realinhamento e atualização da política no âmbito de um Seminário Internacional, com participação popular e embasamentos epidemiológicos mais atualizados. O antigo texto jurídico passou a chamar-se *Política Nacional sobre Drogas* e não mais “anti drogas”.

Nesse momento, começou-se produzir uma torção em direção à assistência no campo da saúde mental, tomando como parâmetro de gestão a ideia da integração setorial ou do *cuidado* intersetorial. O *Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas* (SISNAD), criado em 2006, é exemplo desta dobra, pois com ambas as medidas, mudou-se o direcionamento das políticas para os consumidores - na prática, passou-se a considerar a aplicação de medidas de reinserção social e de prevenção aos consumidores de drogas, não apenas as punitivas.

A lei n.11.343/2006 tratou de diferenciar judicialmente a figura do traficante e a do usuário/dependente. Com o amparo desse texto legislativo, foi instituído que o usuário de drogas deveria ser encaminhado para serviços de tratamento e não para o encarceramento. Embora tenha sido esboçado um sistema diferencial do criminoso e do doente, o impacto desse novo procedimento legal tem sido bem polêmico e pouco efetivo. É o que revela uma pesquisa sobre os efeitos práticos da nova lei na capital carioca (Grillo et al, 2011: 137-142): na ponta do sistema de justiça, os policiais intensificaram as abordagens seguida de agressão física, humilhação e hostilidade. Notou-se também o aumento das negociações com usuários flagrados, mas sobretudo, a divisão decisiva entre a tipificação do traficante e do usuário, feita pelos policiais na abordagem, favoreceu práticas de extorsões para forjarem o delito.

Numa outra direção e lugar, o movimento da redução dos leitos psiquiátricos seguiu em ritmo lento, embora algumas medidas incisivas têm garantido a desconstrução gradual dos dispositivos de confinamento. Conhecida como a *Lei da Reforma Psiquiátrica* (lei n.10.216/2001), este projeto redireciona grande parte dos recursos financeiros das instituições manicomiais para a nova *rede* de saúde mental. E ainda, para forçar a redução deste tipo de equipamento, houve a diminuição do repasse de verbas para hospitais de maior porte – acima de 160 lugares<sup>36</sup>. Para transformar, a longo prazo, os hospitais de grande porte em estabelecimentos menores, ficou instituída

---

<sup>36</sup> Cf. Duarte e Garcia, 2013: 45.

uma meta de redução anual dos leitos, cujo processo ficou conhecido como *Política de desospitalização*.

Apesar dos esforços em extinguir progressivamente os dispositivos manicomiais do SUS, Duarte e Garcia (2013: 42) mostram que grande parte dos leitos concentrava-se em hospitais privados e não públicos. De acordo com Kilsztajn et al (2008: 2357), em 2004 mais de 78,8% dos leitos ocupados pelo SUS eram privados, para esses não havia medida alguma de intervenção.

Na mesma direção, foi instituído o *Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Psiquiátricos* (PNASH) estabelecendo critérios técnicos de vistoria dos hospitais: avaliavam-se a estrutura física das unidades hospitalares, a equipe técnica, os projetos terapêuticos, prontuários e alimentação<sup>37</sup>. No que toca os procedimentos legais para a internação, as negligências médico-jurídica não eram poucas: pacientes internados com diagnósticos quaisquer, sem acompanhamento de profissionais capacitados e sem plano de tratamento. Para ordenar esse setor tão leniente com a burocracia médica, algumas medidas tornaram as internações mais criteriosas, como a Portaria 817/2002 que inclui nos procedimentos hospitalares a regulamentação dos diagnósticos referentes à intoxicação por uso de álcool e outras drogas. E, ainda, a Portaria 2.391/2002 regulamentou o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV), definindo os critérios e mecanismos de acompanhamento sistemático do Ministério Público.

No período de uma década, com tantos esforços de desconstrução dos dispositivos da loucura, seja com a fiscalização dos serviços psiquiátricos, seja com regularização de procedimentos médicos claros a respeito dos diagnósticos e da internação e a pressão para a extinção progressiva dos leitos, entre os anos de 2002 e 2011 foram fechados mais de 19 mil leitos psiquiátricos<sup>38</sup>, metade do montante existente.

Em contrapartida à redução das vagas em hospitais psiquiátricos, começou-se a publicizar um problema antes pouco mencionado: o abandono a que estariam sujeitas as pessoas com transtorno mental fora das instituições de confinamento. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), junto a outras três federações médicas brasileiras,

---

<sup>37</sup> Os hospitais que tiveram baixos indicadores de qualidade necessitavam readequar os critérios para uma segunda vistoria ou então eram descredenciados do Ministério da Saúde (cf. Brasil 2003b).

<sup>38</sup> Estes dados foram apresentados no artigo de Duarte e Garcia (2013), no qual avaliam a trajetória de redução dos leitos no Brasil. Entretanto, a fonte original da citação provém do Sistema de Internação Hospitalares/SUS.

reagiu contrariamente com uma espécie de dossiê de avaliação<sup>39</sup> dos novos aparatos implantados pelo SUS. Insistindo na desassistência dos doentes, o relatório advertiu que o ritmo do fechamento dos leitos é mais voraz que a criação da *rede* de assistência e que o financiamento retirado dos hospitais psiquiátricos não estava sendo direcionado para o novo modelo. Reivindica-se ali o retorno de terapêuticas, por eles chamadas de, verdadeiramente científicas: a dependência química tem “diagnóstico, explicação genética, etiologia e fisiopatologia próprias”<sup>40</sup>, é uma doença crônica semelhante às “diabetes, hipertensão e asma”<sup>41</sup>, enquanto que no modelo “capiscêntricos”, tal como foi designado na contraofensiva, a dependência química era tratada como um problema social e não como de saúde. A crítica seguia numa acusação de retrocesso científico:

Criou-se e fez-se funcionar uma estrutura dispendiosa caracterizada pela desmedicalização, estrutura especialmente criada para a reabilitação psicossocial de psicóticos crônicos, uma minoria de casos no universo dos pacientes psiquiátricos, promovendo assim a desassistência e o **retorno a uma fase equivalente à fase policial e religiosa da assistência ao doente mental**. Na verdade, vem sendo promovida a exclusão sem muros e sem tratamentos de muitas pessoas dependentes ou incapacitadas. Principalmente porque qualquer programa de assistência psiquiátrica que seja desvinculada da rede geral de assistência médica finda por se fazer estigmatizante e excludente (ABP, 2006: 21, grifos meus).

Entretanto, a reação mais incisiva ao desmonte dos aparatos psiquiátricos veio da Câmara dos Deputados. Alguns projetos de leis já se desenrolavam no Congresso há anos, como o pleiteado por Givaldo Carimbão (PSB/SE), no qual se retomava a necessidade de acirrar a repressão do tráfico de drogas, e o de Demóstenes Torres (DEM), sobre a retomada da internação compulsória para os consumidores de drogas. No ano de 2010, quando os leitos psiquiátricos haviam sido reduzidos pela metade, foi aprovada a PL n.7663, de autoria do deputado federal Osmar Terra (PMDB/RS), cujo projeto assegurava quatro pontos contrários ao processo de desconstrução da cultura psiquiátrica: o financiamento do Governo Federal às comunidades terapêuticas; a

---

<sup>39</sup> Cf. Associação brasileira de psiquiatria et al. *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil*. 2006.

<sup>40</sup> *Ibid.* p. 43.

<sup>41</sup> *Ibid.* p. 43.

internação compulsória ao dependente químico sem que ele ou o juiz autorize; estabelece também novos parâmetros que diferencia o usuário do traficante; prevê penas maiores aos traficantes de entorpecentes que são considerados mais danosos, como o crack.

Em resumo, as políticas antidrogas retomaram fôlego neste momento para reerguer equipamentos psiquiátricos em obsolescência, embora as conexões desta vez não tateiem mais no campo das “pessoas com sofrimentos psíquicos”, porque o estatuto deles já estava bem assegurado em leis precedentes, mas buscou-se retomar esse agenciamento na figura do usuário de drogas, aquele que se encontra no interstício entre o doente mental e o criminoso.

## **2.2 – Um discurso epidêmico: a mídia na gestão do enfrentamento às drogas**

Um terceiro vetor que veio somar na corrente *proibicionista* predominante, embora abalada pela discussão do direito ao *cuidado* dos consumidores de drogas, veio amparada da mídia hegemônica. No final dos anos 2000, os jornais de mais ampla divulgação no Brasil passaram a investir na ideia de uma suposta epidemia do crack. Interessa menos, para esta pesquisa, saber se dados epidemiológicos corroboram para uma noção tão polêmica e desastrosa como a da epidemia. No lugar de buscar correlações quantitativas a este problema sanitário, será produtivo para os objetivos desta tese compreender o que se produziu em nome do advento de um flagelo social tão indecoroso. Vejamos as noções mobilizadas em torno da epidemia.

As manchetes de jornais passaram a ser preenchidas pelo exponencial aumento do consumo e venda de crack nas grandes capitais, reforçando a experiência de usuários de drogas que se proliferavam nas cidades. O excesso de atenção dada às pessoas que moram nas ruas, cuja existência passou a ser associada invariavelmente ao uso do crack, criou um alarde sem precedentes na sociedade: a assunção de uma experiência de consumo de droga infame, corporificada na figura repulsiva, desumanizada e degradante do *nóia*. Categoria produzida no momento em que passou a construir uma resposta

estatal para o problema do crack, o *nóia* veio a se tornar público com um bombardeio midiático a fim de disseminar o horror da depreciação do consumo do crack.

Motivada a examinar atenta e criticamente as representações midiáticas acerca de posturas sociais e morais condenáveis nesses usuários de droga, a antropóloga Taniele Rui (2013) mostra, entre outras reflexões, que as matérias de jornais generalizam e homogeneízam o *nóia* - embora em sua pesquisa de campo a experiência desses consumidores seja bastante rica -, reforçando a transformação de atos que marcam nesses consumidores a perda de “*todos os traços de humanidade*”:

Ao falar dos usuários de crack e daquilo que parece caracterizá-los, enfatiza-se tanto a descrição de traços e posturas corporais (...) quanto os atos “incomuns” que realizam (perder o emprego; prostituir-se em hotéis imundos e “até debaixo de árvores”, cobrar cinco reais pelo programa sexual; pagar um real pela tragada em um cachimbo já preparado; defecar na frente de todo mundo e deixar fezes humanas espalhadas pela calçada; fazer sexo em qualquer lugar; atacar os reclamantes de forma repulsiva: escarrando, abrindo suas feridas e vomitando em cima destes; fumando em tom desafiador debaixo de um chuveiro criado para afastá-los). (*id. ibid.*: 6)

O que se coloca nessa depreciação ultrajante dos usuários de crack é uma tentativa de, ao estampá-los nas primeiras páginas de jornais e revistas, colocá-los também na mira de um Estado punitivo. Junto aos *nóias*, outro grande investimento feito pela mídia hegemônica incitou a problematização dos espaços urbanos tomados pelas drogas, explorando a problemática ocupação em espaços supostamente poucos vigiados. A chamada “*cracolândia*” paulista, expressão pejorativa e ordinária comumente utilizada para se referir aos territórios de uso de crack, passou a ser alvo de uma excessiva publicidade e palco do que jornalistas retrataram como “*ensaio sobre a barbárie*”<sup>42</sup>, ou o habitat de quem experimenta o “*diário do inferno*”<sup>43</sup>.

A manutenção de um cenário alarmista e ameaçador formulado cotidianamente pelos jornais com a exacerbação de um cenário apocalíptico de depreciação, associado ao consumo deplorável do crack, em um espaço de tanta visibilidade abalou a administração pública de modo aterrador: por um lado reforçava-se a figura frágil do

<sup>42</sup> Cf. Carta Maior 31/10/2012. *Cracolândia: Ensaio sobre a barbárie* <http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Cidades/Cracolandia-Ensaio-sobre-a-barbarie%0a/38/15091>

<sup>43</sup> Documentário exigido pela TV Record no dia 16/04/2012. *Dr. Marcelo: diário do inferno*.

Estado em assumir posturas mais firmes sobre a gestão das drogas, conspirando para uma certa ingerência extensa e crônica do governo federal da época; por outro, forjava-se uma situação tumultuada de descontrole sobre uma certa população, um território e uma mercadoria.

Mobilizando uma linguagem sensacionalista, mais impactante do que informativa, a grande mídia passou a correlacionar a ideia de que o aumento do consumo do crack pelos *nóias* nos espaços urbanos configurava uma epidemia<sup>44</sup>. As manchetes passaram a veicular cenários de miséria do consumo da droga, cujo drama ganhou mais apelo quando eram mulheres grávidas em farrapos, crianças ou adolescentes com o cachimbo na mão, pessoas sujas aos trapos. É a figura do *nóia*, com um pouco menos de humanidade já tornados *zumbis*, a representação que foi construída pela imprensa sobre os consumidores de crack acometidos pela epidemia.

Nos Estados Unidos da década de 1980, Hart (2012) nos lembra que o uso do crack foi noticiado pela mídia estadunidense em proporções alarmantes, em cujas notícias tentava-se associações rápidas entre o “perigo da adicção” com uma guinada ao crime e sinalizavam histórias aterrorizantes de uma substância que causava vício imediato (2012: 295). O presidente americano Ronald Reagan, em declaração pública, pediu o compromisso da nação para livrar a América das drogas, cujo apelo ficou conhecido como o *Mês da consciência do crack/cocaína*. E o antropólogo Bourgois (2003), que defende uma análise de inspiração etnográfica para iluminar certos aspectos problemáticos sobre abordagens epidêmicas em estudos estatísticos, nos lembra os efeitos dessa exposição midiática: o crack definitivamente apartou os espaços urbanos (: 32).

Bem sabemos que para toda polêmica há sempre uma trama por trás dela e seus propagadores. Casos semelhantes de como podem ser produzidos dilemas sociais nos ajudam a entender que o discurso midiático tece grandes enredos. Fassin (2003) mostra que houve na França, no final da década de 1980, um aumento súbito dos casos de intoxicação por chumbo em crianças, fato que estremeceu o governo francês por ser considerado um quadro epidêmico. Entretanto, as análises do antropólogo revelam que a construção social da epidemia, explicada pelos agentes sociais pelas condições

---

<sup>44</sup> Apenas para se ter uma breve noção do bombardeio midiático, uma pesquisa estatística feita por Nappo et al (2012: 1645), nos primeiros cinco meses de 2011, usando a ferramenta “Google Alert”, foram encontradas 852 matérias sobre drogas no Brasil, sendo que 833 delas tratavam apenas sobre o crack.

insalubres das moradias, confrontava com a realidade clínica ou epidemiológica, cujos relatórios enumeravam outras fontes de intoxicação, tais como o manuseio de materiais impressos, incêndios de baterias, envenenamento da água e do ar, fatores esses que traduzem a hesitação quanto ao papel das habitações (2003: 145-146). De qualquer modo, tanto as dimensões clínicas quanto sociais, para o autor, são eminentemente políticas: primeiro porque sem os agentes sociais, o problema de saúde não seria reconhecido, segundo porque são necessários instrumentos médicos para apreensão dos fenômenos sanitários.

Importa notar que no caso analisado por Fassin, a epidemia do saturnismo foi produzida como um problema de saúde em função da difusão de conhecimentos práticos para o controle epidemiológico. Construiu-se outra concepção desta doença graças aos “artesãos da saúde pública” (2003: 152), este conjunto de atores que passaram a veicular a ideia de epidemia. O que o autor nos mostra é que ao falarem do novo problema de saúde, a concepção da doença é que foi transformada.

A conformação de uma ideia de epidemia do crack liberou uma disparada discursiva de autoridades políticas, gestores públicos, acadêmicos, ativistas, membros de entidades religiosas e filantrópicas. Mas a mutação não ocorre apenas na ordem discursiva, ela incita uma série de medidas de toda ordem, repressora, vigilante, combativa, salvacionista e humanitária. Membros de secretarias municipais, de associações religiosas, de movimentos populares e de sindicatos, saíram às ruas na *Marcha contra o Crack*<sup>45</sup>. Uma Missão da Igreja Batista convocou membros evangélicos para o projeto conhecido como *Cristolândia* com o objetivo de converter usuários de drogas na região da Luz (SP), lançando, o que a antropóloga Deborah Fromm (2014) chamou de *cosmopolítica* evangélica. As reações ao problema do crack mobilizaram a sociedade de modo geral; elas têm ocupado as manchetes dos jornais por anos seguidos.

O discurso da calamidade provocada pela epidemia, propagado sobretudo mas não só, pela mídia hegemônica, é eloquente em sugerir que, por conta de uma situação em descontrole, justificam-se intervenções urgentes, até coercitivas se preciso, em um público específico apontado nos jornais como os portadores do “mal do crack”. Esse

---

<sup>45</sup> Cf. G1 16/04/2013. *2ª Marcha Contra o Crack e Outras Drogas reúne lideranças no AC* <http://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2013/04/2-marcha-contra-o-crack-e-outras-drogas-reune-liderancas-no-ac.html>

tipo de retórica ajudou a recuperar e legitimar as intervenções terapêuticas mais repressivas, como as internações compulsórias.

Algumas operações espetaculares em cenários de uso de drogas apareceram com vigor e violência neste momento. Elas expuseram de modo bastante dramático, graças à cobertura midiática incessante, a performatização do poder repressivo do Estado, ao relacionar a sua eficácia com a contabilização das apreensões das drogas e de traficantes, os encaminhamentos aos serviços de saúde e a quantidade de internações compulsórias realizadas. A espetacularização deste procedimento jurídico, administrativo, médico e policial tão extremo marcou, por exemplo, a “Operação Sufoco”<sup>46</sup>, em 2013, na chamada cracolândia paulista, para a qual foi firmado um termo de cooperação técnico assinado entre governo do estado, Tribunal de Justiça, Ministério Público Estadual e a Ordem dos Advogados do Brasil visando tornar mais rápido, por meio de uma equipe de “plantão” atuando no momento da operação, o encaminhamento de usuários de drogas para a internação compulsória<sup>47</sup>.

Se operações midiáticas desta natureza performatizam o poder estatal, cujas manifestações são distintas das ações cotidianas, como já vem mostrando alguns autores (cf. Rui 2013, Misse 2007, Galdeano 2009), a dramatização coloca em cena a força de dispositivos jurídicos que trabalham em favor de uma gestão combativa às drogas. Bravo (2002) chamou de “tribunais terapêuticos” esse modelo penal paradoxalmente chamado de “justiça terapêutica”<sup>48</sup> que radicaliza uma política de penalização crescente dos consumidores de drogas, ainda que coloque como alternativa ao encarceramento, o tratamento obrigatório.

A conformação de um “problema do crack” tem assumido uma efetividade marcante no que diz respeito ao controle e à gestão de pessoas em situação de rua e dos espaços urbanos. Os discursos em torno da epidemia movimentaram e articularam aparatos policiais, novas terapêuticas e uma gestão segregacionista da cidade. Vale lembrar que não é especificidade do urbanismo contemporâneo a organização das cidades ser modulada com base na profilaxia de certas doenças. Foucault (2008a,

---

<sup>46</sup> Uma análise o espetáculo policial na Operação Sufoco, cobertura midiática e direitos na cracolândia, ver Taniele Rui (2013).

<sup>47</sup> Cf. Agência Brasil. *Governo paulista faz acordo para facilitar a internação compulsória de dependentes químicos*. Disponível em <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-01-11/governo-paulista-faz-acordo-para-facilitar-internacao-compulsoria-de-dependentes-quimicos>

<sup>48</sup> Justiça terapêutica é um modelo implantado a partir da década de 1990 no Brasil que coloca como alternativa à penalização do consumidor de drogas o tratamento de saúde obrigatório no lugar do encarceramento.

2009b) resgatou os modelos de regulamentação urbana predominantes no século XVII na Europa pautado na lepra e na peste. O primeiro tomou como base o modelo médico da exclusão (afastar os leprosos), com o objetivo de purificar os espaços da cidade; já para a peste, baseada no parâmetro da inclusão, adotou-se a técnica da quarentena, de modo a individualizar os doentes e inspecioná-los.

Com este último modelo de epidemia, Foucault (2009b: 87) nos diz que se fixaram técnicas de esquadramento e inspeção dos fenômenos da cidade. Estas novas séries de intervenções têm por meta, nas análises do autor, tentar suprimir não apenas a doença, mas anular o contágio, regular a circulação do ar, da água e das mercadorias, verificar os vetores de transmissão. Dentro de uma perspectiva mais atenta às tecnologias de poder, para o autor é a questão precisamente do problema da cidade que “está no âmago desses diferentes exemplos de mecanismos de segurança” (2009b: 83).

Por meio de uma retórica alarmista justificou-se acionar um sistema de controle sobre uma população e um espaço, assim como foi possível recuperar a legitimidade do uso da força e das terapêuticas mais recentemente polemizadas. Feitas essas considerações, a construção social da epidemia de crack mobilizou ações públicas para a administração mais securitária e incisiva das cidades, seja com grandes demonstrações públicas de operações policiais, seja apreendendo grandes quantidades de drogas ou um número considerável de usuários e comerciantes. A dramatização da epidemia inevitavelmente exigiu respostas rápidas do poder público, ameaçado pela sua ineficiência estampadas nos jornais. É com a resposta do poder público frente à urgente devastação do crack, tema do próximo tópico, que se mobilizou uma retórica da guerra.

### **2.3 – Poéticas de uma guerra: o trato moral da urgência social**

Com os investimentos *proibicionistas* transbordando por todos os lados, na Câmara dos Deputados, as bancadas antidrogas haviam garantido a retomada do tratamento penal severo aos consumidores e a recuperação do financiamento para as comunidades terapêuticas. Junto a essa corrente somou-se o apoio incondicional das maiores corporações midiáticas alardeando um surto epidêmico, os organismos

internacionais investindo no acirramento de políticas combativas às drogas; por tudo isso as correntes antimanicomiais perderam fôlego. Diante de tanta exposição pública sugerindo a inaptidão do poder público em tratar a questão das drogas, no ano de 2009 o Ministério da Saúde lançou o *Plano Emergencial de Ampliação ao Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas*, com orientações para até o ano de 2011.

Chama a atenção a discursividade da emergência empregada no plano nacional como resposta aos contra-ataques feitos à equipe de governo do presidente Lula, em seu segundo mandato. Num texto sobre a temporalidade da ação pública para as urgências sociais, Gardella (2014: 22-23) mostra que a reação do poder público é guiada por precipitações dentro de um horizonte de curto prazo, seguida de crises imprevistas. Essas ações são moduladas por uma forte exigência de *reatividade*, isto é, a necessidade de reagir prontamente a um problema. Nessa trama de uma cronopolítica da urgência, como define o autor, as ações públicas reagem num frenesi errático, justamente porque se leva mais em conta a capacidade em fazer intervenções imediatas, para interromper o mais rápido possível o processo em curso, ao invés de considerar outras temporalizações a longo prazo.

É preciso recordar que as mesmas diretrizes políticas já haviam sido lançadas em 2004 com a política nacional de atenção aos usuários de drogas, embora neste texto se tenha enfatizado mais o quadro epidêmico da Aids e apontado o álcool como o grande problema sanitário. O novo plano, agora emergencial, decerto veio como uma contrapartida às novas exigências que sitiavam políticos e gestores, por isso a máxima da emergência como elemento discursivo com algum potencial ao apelo.

Nenhum anúncio fora do campo previsível foi dado nesta primeira resposta da gestão do presidente Lula. O ministro da saúde, José Gomes Temporão, anunciou no plano emergencial a justificativa para uma medida prioritária apontando um “*cenário epidemiológico recente*”, os dividendos políticos que abriram “*lacunas assistenciais*” em matéria de tratamento para grupos mais precarizados pelas drogas, e como resposta apontava a necessidade de “*intensificar as ações para promoção de saúde*” e o “*fortalecimento da rede de atenção à saúde mental existente*” (Brasil, 2009b: 3). Em meio aos agenciamentos de represália às drogas e os de enfraquecimento dos aparatos da loucura, a equipe de governo junto ao Ministério da Saúde situava-se neste segundo vetor, ao escolher, para este projeto de Saúde Pública, mostrar a “*face protetora do Estado*” (Brasil, 2009c: 3), como foi declarado pelo ministro.

Num momento de exasperação política, quando o ritmo ditado pela urgência social era frenético, a enunciação do Estado que conclama a sua face mais protetora sugere umnexo entre valores e sentimentos morais no coração da ação pública. Gardella e Cefai (2011: 23) nos dão pistas de que na urgência social a regulação pública das questões sociais é permeada por sentimentos morais. Justamente porque a assistência participa no mundo contemporâneo das ações públicas, e não mais da caridade, recrutou-se sentimentos (como a compaixão, o respeito e o reconhecimento) para a profissionalização da intervenção social. Os vocábulos morais impregnados na ação política não seriam impurezas nos ideais de democracia e de Estado, alguns antropólogos mostram que a linguagem do parentesco, do sangue e da honra embaralham as esferas do mundo da política (Herzfeld, 1992; Villela, 2010; Marques, 2002).

Mas Fassin (2012: 1-2) sugere que a ligação entre afetos e valores no universo político seria um novo paradigma de governo. Por outras palavras, o vernáculo contemporâneo da compaixão seria o “humanitarismo”, essa inevitável obrigação em ajudar que realocaria a moral na política dos nossos tempos. Os governos humanitários, expressão cunhada pelo autor, utilizam de linguagens preñes de afetos que tanto definem quanto justificam as práticas assistenciais dos governos. Por esse registro, as intervenções no continente africano passaram a ser endereçadas em conotações de ajuda ou de aflição a partir dos anos 2000. Fassin (2012: 165) mostra que a presença de crianças na problemática central da epidemia da Aids na África do Sul veio à tona sob a forma moral da inocência e da vulnerabilidade: o sofrimento da criança, que cristaliza o risco da transmissão; a infância abusada e o órfão -este último colocava em jogo o futuro do país.

Retomando a expressão alegórica da “*face protetora do Estado*”, a retórica mobiliza a discursividade humanitária, para usarmos a sugestão de Fassin, por meio de dois recursos morais. O primeiro sugere que o Estado, porque tem uma “face”, também possui um corpo, não um aparelho mecânico mas uma substância humanizada. A discursividade da personificação do Estado funcionaria como apelo para construir uma imagem moral, diante de uma conjuntura de enfraquecimento da legitimidade governamental. O segundo recurso retórico recompõe a questão da proteção social, que outrora era um dever estatal, num campo afetivo do *cuidado*. Com isso, a resposta veio a sugerir que as escolhas políticas para o problema do crack, neste primeiro momento, seriam humanitárias. O repertório do sofrimento e do apoio, acompanhado pelo dever da

compaixão, nas análises de Fasssin (2012: 2) protegem a vida política à medida que reservam sentimentos morais para qualificar questões concernentes à ação pública e racionalizar as escolhas feitas.

Empiricamente, estes primeiros investimentos em tons humanitários impuseram para algumas prefeituras o compromisso de criar serviços intersetoriais para a gestão do *cuidado* aos usuários de drogas, isto ocorreu devido ao repasse financeiro para governos municipais de 100 cidades<sup>49</sup>, que seriam os experimentos prioritários do plano emergencial. Este empreendimento político data o momento em que se passou a orquestrar ações articuladas entre diferentes equipamentos, ou ainda, a implementação necessariamente simultânea de vários serviços de saúde. Por outras palavras, nos municípios citados no plano, um CAPS AD deveria ser criado junto ao Consultório na Rua, também às casas de passagens, às moradias assistidas, aos leitos psiquiátricos em hospitais gerais etc. Estas diretrizes previam a criação de aparatos de *cuidado* com algum potencial para a articulação, por isso o tipo de gestão esperado por tais normativas é intersetorial. Eis aqui um esboço normativo das *redes* de *cuidado* para esta população, embora sua ampliação seja feita apenas um ano depois.

Ao mesmo tempo em que as equipes de governo apresentavam a face mais humanitária do Estado, estendendo as mãos do *cuidado*, com o outro braço também empunhavam bombas, esboçavam estratégias de combate e assinavam o decreto de uma guerra. Mãos protetoras de um lado, de outro, o punho armado. Em 2010, ao fim do mandato do presidente Lula, viria da Casa Civil o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack*, vinculando o SENAD ao gabinete de segurança institucional da Presidência da República. Apesar de serem mencionadas as medidas de prevenção às drogas e a defesa dos direitos dos usuários, a linguagem, como já vimos em momentos antes, é crucial nas escolhas morais feitas pelos governos.

A máxima dessa convocação bélica veio com uma estratégia de comunicação, no ano seguinte, no início do mandato de Dilma Rousseff, e o anúncio do programa *Crack, é possível vencer*. Em linhas gerais, o novo programa era uma versão ampliada do plano de enfrentamento, com a diferença que sua coordenação passou a ser no Ministério da Justiça, órgão ao qual a SENAD foi vinculada, e instituiu-se a pactuação dos entes federados junto ao “termo de adesão”, assinado pelos gestores municipais. Os recursos financeiros repassados da esfera federal para a municipal, assim como o cumprimento

---

<sup>49</sup> Além de todas as capitais brasileiras, também foram incluídas algumas cidades com mais de 250 mil habitantes, dentre elas São Bernardo do Campo.

das metas no âmbito dos municípios passaram a ser acompanhadas pelos Comitês Gestores Estaduais e Municipais, criados junto à adesão do programa.

Quando os primeiros investimentos políticos estatais conferiram às *redes* locais de saúde o alinhamento conceitual desta nova cultura administrativa, o *Pacto pela Saúde*<sup>50</sup> foi formulado para disseminar noções de direito na saúde, já previstas na carta constitucional (cf. supra Capítulo 1.1). Com Jullien (2009 [2008]: 36), vimos que o sentido do *comum*, derivado do *universal*, assenta-se sobre uma noção de partilha de ideias; ele convoca de um modo pacífico à participação (cf. supra Capítulo 1.3). Diferente deste sentido atribuído ao *pacto* das *redes* locais, o “termo de adesão”, ainda que seja um símbolo de cooperação entre parceiros, parece mais um “tratado”, uma vez que ele estipula uma relação jurídica do compromisso firmada entre os entes federados; primeiro porque a sua assinatura implica na elaboração de um “plano de metas” para acelerar a implantação dos serviços acordados, segundo porque é tarefa do comitê de gestores monitorar o cumprimento do plano.

Os diacríticos de guerra às drogas infestam a cena pública com planos, estratégias, tratados e um inimigo declarado. Se a epidemia da Aids, vivida apenas uma década antes, imprimiu o mesmo pânico social, mas as saídas encontradas para sua administração foi buscada no “controle” do vírus e não no “enfrentamento”, porque, desta vez, lançou-se mão de uma batalha? Seguindo com Herzfeld (2005), entendo que a retórica bélica promove uma ilusão de semelhança entre Estado e cidadão, porque mobiliza símbolos que sugerem uma ideologia similar muito persuasiva, essencialmente nacionalista; são estes recursos simbólico-políticos que o autor entende por poéticas sociais. Cidadãos e burocratas, para usarmos a separação do autor (2005: 4), ambos participam de um universo simbólico cuja cosmologia é legitimada numa experiência social muito íntima, por isso, ele explica, o idioma do cotidiano é usado para metaforizar sistemas políticos estatais, como o “corpo político”, a “pátria mãe”, “nossos meninos”. A poética social, para ele, é inspirada em Jakobson (1960), não é estética, nem poesia, mas é aquela que desconserta a ambiguidade da linguagem em seu uso: “não é a semiose misticamente dotada de um gênero, é a análise técnica de sua propriedade como aparece em *todos* os tipos de expressão simbólica, incluindo conversas casuais” (Herzfeld, 2005: 23, grifos do autor).

---

<sup>50</sup> Portaria n.399/GM 2006.

Não teríamos na retórica da guerra uma poética social para firmar um pacto contra as drogas e mitigar as contradições que abalavam a imagem do Estado? Herzfeld (2005) diria que nas circunstâncias de mobilização nacional há tentativas de esboçar semânticas de identificação e de reconhecimentos mútuos, é o que o autor chama de “intimidade cultural”. Neste caso, a metáfora das alianças de guerra coloca par a par Estado e cidadãos contra um inimigo maior; ela sugere também que as formações estatais apoiam-se em elementos da vida social (crenças, símbolos, mitos, relações pessoalizadas) para elaborar uma espécie de fixidez cultural (a imagem semiótica do próprio Estado). E ainda, a aliança participa de uma estratégia retórica que poderia seguir o movimento o qual Herzfeld (2005: 4) assinalou como a captura da linguagem da intimidade a favor de fins utilitários dos governos.

Ainda que a metáfora da guerra seja bastante paradoxal, uma vez que não se pode atribuir intenções de um inimigo a uma substância, mas ainda assim encontra em seu simbolismo afeições culturais, esta proposição encontra, de partida, um registro moral que constitui a droga como um inimigo público secular. Bem sabemos que o slogan de “guerra às drogas” já completou um século desde a Primeira Conferência Internacional do Ópio<sup>51</sup> (1912), quando foi esboçado o modelo *proibicionista* triunfante. Vigora entre nós o primado de uma “evidência” partilhada por todos, mas muito pouco suscetível à discussão, de que a droga em si é ruim e cabe ao Estado combatê-la.

Stengers e Ralet (1991), ao pensarem o modelo *proibicionista* francês contrastando com as medidas holandesas, apontam que as divergências políticas sobre as drogas recaem numa oposição entre a moral e a *técnica*; por um lado, uma visão inspirada em valores, por outro, uma perspectiva instrumental. No paradigma combativo das drogas, a *técnica* é subjugada pela moral. Duas ponderações a respeito do conhecimento *técnico*. Vale lembrar que para os filósofos (*ibid.*: 53-54), tal perspectiva não é de modo algum legada a uma classe de especialistas, pois a *técnica* está submetida às relações de forças. Eles também entendem que um conhecimento só se autoriza numa sociedade quando “está aliado ao poder”, é quando certos especialistas tornam-se porta-vozes do problema. Portanto, trata-se de uma escolha política definir o modo como a questão será *tecnicamente* tratada. Em outra direção, um modo “verdadeiramente *técnico*” de definir um problema coletivo encontraria na controvérsia entre especialistas

---

<sup>51</sup> Nesta Conferência, em 23 de janeiro de 1912, foi assinado o primeiro tratado internacional de controle de derivados do ópio e cocaína, regulamentando a produção e a comercialização destas substâncias.

o embate necessário para engendrar diferentes parâmetros, com informações mais precisas e exigentes sobre a questão debatida.

Sem os contrastes de saberes, na melhor das situações, e na pior, a *técnica* sendo relegada à segunda instância, o imperativo moral (os males causados pelo consumo das drogas) sobrepõe-se em absoluto sobre os argumentos *técnicos* (os perigos reais que o consumo pode provocar).

Os autores também colocam em perspectiva o modo como foi enfrentado o problema da Aids em todo o mundo: “o *evento da Aids* caracteriza-se pela escolha de não ceder à urgência do problema estritamente médico, de resistir às tentações demagógicas e securitárias, isto significa uma tentativa de *colocar o problema*, de fato” (*idem*. 1991: 34, grifos dos autores). Frente ao problema da difusão do vírus, convocaram-se de todos os lados conhecimentos *técnicos* para sugerirem medidas de prevenção, campanhas de vacinação, experimentações biológicas e médicas.

Olhando retrospectivamente para o último e recente cenário epidemiológico de alarde no Brasil, a década de 1980 abalou os assuntos sanitários pela transmissão do vírus HIV, majoritariamente entre usuários de cocaína injetável, segmento igualmente de baixa renda, se comparado aos consumidores de crack (cf. Mesquita e Bastos, 1994; Woodak et al., 1994). Visando o combate à epidemia, as iniciativas governamentais neste período passaram a financiar ações de Redução de Danos<sup>52</sup> em todo o país, junto ao Programa Nacional de DST/Aids (Mesquita e Bastos, 1994; Domanico, 2006; Siqueira, 2006; Rui, 2012).

Ainda atualmente as estratégias de Redução de Danos estão programadas nas orientações do SUS como um “caminho promissor”<sup>53</sup>, além de ter sido tornado um paradigma de abordagem na Atenção Básica e na Saúde Mental. A epidemia da Aids impulsionou uma conjunção de ações públicas para a gestão de uma população, de modo que, um de seus legados, foi a reformulação do tratamento político e sanitário das drogas. Mas não apenas. O antropólogo João Biehl (2004, 2007a, 2007b) atribui à epidemia do vírus HIV o mote propulsor de reorientação das políticas econômicas e

---

<sup>52</sup> Considerada uma corrente mais progressista das drogas, as propostas de redução de danos, já em curso em outros países, foram implementadas no Brasil no final dos anos 1980 quando houve a propagação do vírus da Aids principalmente entre usuários de drogas injetáveis. Visando sobretudo usos menos abusivos da droga, os princípios da redução de danos pautam suas ações não na abstinência das drogas mas em consumos menos danosos à saúde e a prevenção de doenças associadas ao consumo.

<sup>53</sup> Cf. Brasil. 2003. *Política Nacional De Atenção Integração Aos Usuários De Álcool E Outras Drogas*. p.10

administrativas da Saúde Pública: a combinação de prevenção e distribuição gratuita de terapias antirretrovirais, cujo modelo tornou-se, segundo Biehl, o exemplo mais bem sucedido do controle da epidemia no mundo, produziu uma expansão na economia farmacêutica, uma reorientação no campo da biotecnologia e uma universalização do tratamento.

Diante de índices epidemiológicos preocupantes, a recente superação da epidemia abriu portas para um ativismo nos assuntos de prevenção à Aids e a reivindicação pelo direito dos homossexuais e consumidores de drogas, o público que mais sofreu discriminações na época. Para Biehl (2004: 108) foi a cooperação entre ativistas e Estado, além de técnicos em saúde e acadêmicos de diversas áreas, a conjunção necessária para conformar uma nova comunidade epistêmica e avançar nos assuntos de governo e cidadania. Se os investimentos de tantos atores em buscar alternativas para o problema da Aids surtiu efeitos positivos em matéria de ciência, tecnologia, terapêuticas, assuntos de Estado e protagonismo civil, o problema do crack, comparativamente, parece seguir mais o exemplo de Bourgois (2003: 32): na cena estadunidense, o crack produziu uma apartação da cidade. Para o nosso caso, a grande mídia foi uma importante protagonista na construção e veiculação de uma visão segregacionista das chamadas cenas de uso de crack.

Por essas escolhas políticas guiando o modo como os governos escolhem tratar os problemas, Stengers e Ralet (1991) defendem que as controvérsias *técnicas* pressupõem o exercício da democracia:

A controvérsia não suscita apenas a invenção de meios cuja pertinência poderia ser discutida e avaliada. Ela antecipa e sugere que o cidadão tem o direito de esperar e exigir que seus interesses sejam levados em conta na controvérsia, mas que o cidadão também seja capaz de compreender que a controvérsia existe, que ele seja capaz de interessar-se por ela e não de amedrontar-se ou desmobilizar-se diante do problema. (*ibid.* 1991: 53)

Ainda seguindo com os autores, as interdições legais são modos de gestão do coletivo que antecipam e sugerem ao indivíduo que “não se deve usar drogas” (1991: 49-55), aplicando a força da lei num consenso moral, enquanto estas questões deveriam

ser escolhas individuais. No caso da Aids, como o risco da infecção valia para todos e não haveria interdição nem restrição possíveis de serem feitas legalmente, a prevenção recaiu sobre a esfera individual dos sujeitos. De outro modo, o combate à transmissão do vírus assim como o tratamento eram responsabilidades éticas dos indivíduos, falam os autores.

Com proposições generalistas e amedrontadoras para a prevenção das drogas, em matéria de gestão coletiva importa mais neste modelo combativo produzir constatações desejadas (a convicção de que as drogas fazem mal) a despeito dos argumentos fornecidos. Isso quer dizer que nos governos *proibicionistas* não é colocado em questão se a proibição é o melhor custo para os problemas de saúde ou sociais. E uma certa *expertise* é requisitada para declarar *tecnicamente* que as drogas são nocivas. Os argumentos sobre os perigos das drogas, os mesmo que balizam as premissas da interdição, incutem na sociedade uma convenção moral: a droga é um objeto de convicção e não de debate. A campanha lançada pelo Ministério da Saúde para a prevenção do crack explicita de modo exemplar o conteúdo moral no âmbito das políticas públicas, sugerindo que o crack é incontestavelmente nocivo:

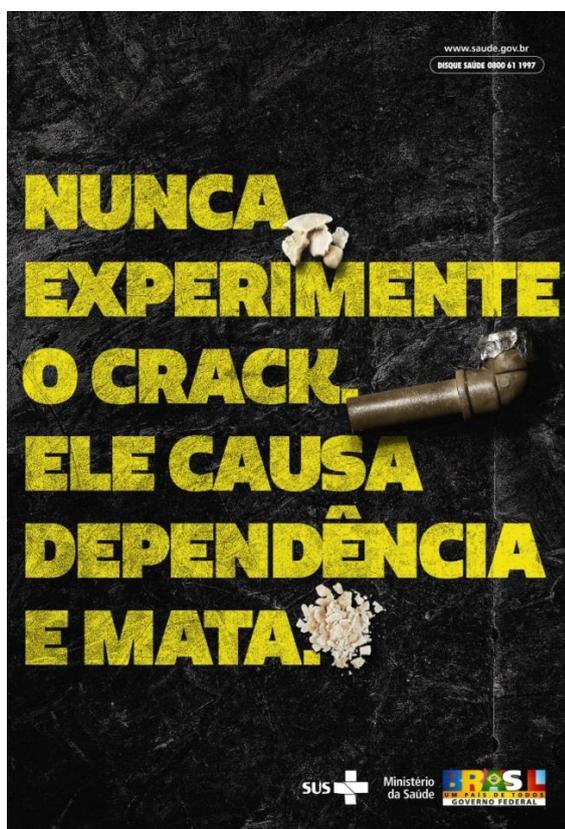


Figura 3– Campanha nacional de combate ao crack. Fonte: Ministério da Saúde

Esse gênero de respostas apoia-se numa abordagem “epistemologicamente negativa” das drogas, como colocou Vargas (2006: 588), a partir da qual disseminam práticas recalcitrantes: nas políticas públicas, uma postura combativa; nas abordagens científicas, faltam controvérsias *técnicas*; recaem sobre as drogas explicações de falha, equívoco, alienação, irracionalidade. Vargas mostra que no levantamento das abordagens sobre o tema percebe-se que:

sob os modos do defeito físico ou da falha psicológica, da perda dos referenciais simbólicos ou do desvio moral, dos erros de informação, da alienação ou do fracasso das regras sociais que o problema do uso ilícito de drogas vem sendo majoritariamente considerado entre nós (2006: 586).

É esta uniformidade negativa que marca as políticas oficiais das drogas há tanto tempo e em lugares tão diferentes, ainda que seja um tema tão controverso. Entretanto, a sua hegemonia epistemológica não é evidente, nem consensual. Nem mesmo um “tratado” de combate ao crack apresenta o problema de modo invariável ou monofônico, apesar de prevalecer a poética da hostilidade. No programa *Crack, é possível vencer*, as controvérsias não estão descartadas: a mão que acolhe e a que bate aparecem paradoxalmente como os dois recursos incontornáveis a que se deve recorrer em nossos tempos para gerenciar publicamente o problema das drogas. Não escapam do horizonte da ação pública a repressão, nem a incontornável preservação de alguns direitos. É nesta política que se encontram todos os agenciamentos em curso, ela registra as linhas deste emaranhado que formarão, ao menos no plano jurídico, as *redes de cuidado* para usuários de drogas tal como um projeto em âmbito nacional, portanto, no registro de uma política estatal de saúde. Veremos mais de perto o que se consolidou neste documento.

## **2.4 – Conjunções de um projeto controverso: as *redes de cuidado* para usuários de drogas**

O programa *Crack, é possível vencer* é formulado em eixos que fundamentam suas diretrizes: o cuidado, a prevenção e a autoridade/segurança. Nesta política pública

consta que mudanças recentes notadas no campo legislativo (lei n. 11.343/2006), quando foi prevista a perspectiva de abordagens intersetoriais, passaram a exigir a atualização nos procedimentos de intervenção, sendo que o apontamento de três linhas temáticas estruturantes pretende “traduzir essa **articulação** para o enfrentamento do problema” (Brasil, 2010b: 4, grifos meus). O projeto visa amarrar algumas linhas entre os equipamentos públicos que até o momento não estavam enlaçadas. É a feitura destas amarrações que tece no âmbito normativo as *redes* de saúde.

Com alguns recursos descritivos e imagéticos, a ideia de *rede* aparece no texto deste plano fazendo alusão à necessidade de elaborar articulações entre diversos setores. Ao mesmo tempo em que a proposta da *intersectorialidade* sugere que a *rede* é uma estratégia de planejamento, um modelo ideal a ser buscado, a sua representação gráfica também indica que no plano das especulações, uma *rede* materializaria todas as parcerias possíveis de serem feitas, por isso a *rede* representa no gráfico a melhor execução de um plano, ou ainda, a ficção de uma gestão ideal. Vejamos com que aspecto ficcional as articulações se apresentam no plano de combate ao crack:

A meta é que, ao final de 2014, as redes de atenção à saúde, assistência social e as ações de prevenção nas escolas tenham sido ampliadas, fortalecidas e, sobretudo, integradas, aumentando e melhorando sua capacidade de acolhimento aos usuários de drogas e apoio a familiares; que estas redes contem com profissionais de saúde, educação, assistência social, lideranças comunitárias capacitadas no tema e com programas de prevenção nas escolas em execução; e que espaços urbanos, anteriormente ocupados com cenas de uso de crack, comecem a ser revitalizados, trazendo mais segurança às comunidades (Brasil, 2010b: 5).

Se nós antropólogas e antropólogos lançamos mão de um constructo ilusório para ordenar as experiências, se utilizamos a cultura como uma muleta para nossas ficções, concordando com Wagner (2010 [1975]), entendo que a invenção dos administradores públicos seguiria a mesma lógica. Ainda que a noção de *rede* possa ser acionada para pensar diversos planos de relações - o cálculo das parcerias (cf. infra Capítulo 5), a extensão do campo de atuação dos equipamentos (cf. infra Capítulo 5), o arquétipo das formações estatais segmentarizadas (cf. supra Capítulo 1), um projeto de

expansão do SUS (cf. infra Capítulo 6) -, a projeção gráfica lhes serve para objetificar uma ideia de gestão.

As linhas desta *rede* perpassam terrenos muito distintos como a família, escola, comunidade, cidade, equipamentos de reinserção social, reabilitação, tratamento; estas ações sugerem algumas amarrações que não se pode assumir, de partida, como dadas. A imagem da *rede* é para o poder público boa para pensar as estratégias das ações, dos planejamentos e das metas, pois elas oferecem não apenas uma metáfora da ação pública, uma ficção da melhor administração, mas um mapa no qual estão dispostos no plano gráfico os aparatos de intervenção social e as formas através das quais eles podem entrar em relação, ou ainda, combinarem-se em parcerias, produzirem vínculos, ligações, conexões. Por tantas projeções que ela suscita à imaginação, a *rede* enuncia uma forma imagética dos governos, um esquema gráfico das combinações táticas para conduzir ações com um fim em vista.

Se para o poder público as *redes* oferecem uma imagem estratégica para a gestão, para mim, os recursos gráficos me auxiliam a visualizar que linhas teceram as *redes* de *cuidado* neste documento. Com uma visão mais analítica do que tática, na abordagem que proponho sobre as *redes* enunciadas neste documento, elas cumprem a função de registrar o que marcou uma superfície num dado momento, por isso elas servem como uma gravura dos vetores que as formaram.

Recuperando o método da “história da superfície social” experimentada por Donzelot (2001 [1980]) para desenhar a cena do “social”, a *rede* de *cuidado* recuperada no programa *Crack, é possível vencer* serve de plano de descrição para visualizar o que se passou nesta conjuntura.

Afinal, o que mostra a gravura da *rede*? A tríplice divisão do plano é uma pista para seguirmos um caminho analítico. Os eixos não são divisores, como linhas retas que separam a superfície, eles indicam um centro que organiza o movimento de outros corpos. Eles nos remetem a ideia de centros gravitacionais, portanto. O diagrama do documento mostra com clareza essa noção:



**Figura 4** – diagrama da cartilha *Crack, é possível vencer*. Fonte: Brasil. 2011

Se examinarmos com mais cautela a extensão destes centros gravitacionais, como quem vê um objeto com lentes de aumento, passaremos a enxergar um grande número de atividades que por afinidade estabelecem alguma ligação entre si. No centro gravitacional do cuidado, digamos assim a princípio, situam-se os aparatos terapêuticos e assistenciais. Em torno deste eixo gravitam forças que visam tratar o sujeito com técnicas de correção moral e corporal, ascetes de conhecimento, medicamentos; visam, depois de *cuidar*, a reinserção no mercado de trabalho, registrando sua trajetória com documentos. Também converge para este centro um rol de profissionais qualificados a atuarem em programas sociais, a fazerem, por meio de técnicas psicanalíticas, a *escuta* dos sofrimentos. Já a reabilitação dos sujeitos recai sobre a clivagem moral da *responsabilidade* e da *autonomia*<sup>54</sup>.

Cada um destes processos, embora difusos e heterogêneos, atravessam simultaneamente diversos dispositivos assistenciais. Quando vistos de forma isolada, poderíamos dizer que tais procedimentos são técnicas (terapêuticas, assistenciais, de recuperação etc.), juntos, eles confluem para aquilo que conhecemos hoje como *cuidado*. *Cuidar*, portanto, na configuração que aparece no campo da saúde nos dias de hoje, é uma forma de administração da vida baseada em práticas intersetoriais. É o

<sup>54</sup> Todas essas técnicas serão analisadas etnograficamente no CAPS AD, tema do Capítulo 4.

caráter intersetorial e a junção de vários campos (e aparatos, como veremos ao longo da tese) que configura a ideia de *cuidado* na Saúde Coletiva.

Em torno deste eixo, no documento *Crack, é possível vencer*, está previsto o financiamento de recursos capitais, materiais e humanos para a montagem de um setor inteiro: a implementação de CAPS, CREAS, CRAS, Consultórios na Rua, programas de Redução de Danos, UBS, leitos em hospitais e em Comunidades Terapêuticas, equipes de profissionais especializados no trato do público usuário de drogas.

Deste ponto de vista, de onde o *cuidado* é senão resultado de cooperações mútuas e potentes entre várias atividades, sendo este o seu vernáculo governamental, numa abordagem crítica pode ser compreendido como um agenciamento, segundo o que descrevem Deleuze e Parnet (1998: 56-57):

É uma multiplicidade que comporta muitos termos heterogêneos, e que estabelece ligações, relações entre eles, através das épocas, dos sexos, dos reinos – naturezas diferentes. Por isso a única unidade do agenciamento é de co-funcionamento: é uma simbiose, uma "simpatia". O que é importante não são nunca as filiações, mas as alianças e as ligas; não são os hereditários, os descendentes, mas os contágios, as epidemias, o vento.

Num segundo plano teríamos, então, o agenciamento-prevenção, no qual confluem diferentes saberes sobre as drogas. Evidentemente, não se trata de um espaço suscetível às controvérsias *técnicas*, retomando a provocação de Stengers e Ralet (1991); aqui, aliam-se apenas conhecimentos a favor da evitação, do impedimento ou da minimização do uso e dos prejuízos relacionados às drogas. Eu diria saberes aliados ao *proibicionismo*, porque são derivados de uma epistemologia negativa do conhecimento sobre substâncias psicoativas. Numa outra formulação, esta composição de forças trabalha para antecipar os perigos das drogas – estes empenhos designam o que se convencionou chamar nesta dada conjuntura (combativa de um lado e reivindicativa dos direitos, de outro) de *prevenção*.

O ordenamento dos saberes *preventivos* foi esboçado nesta política pública com a difusão de “cursos de formação” e de “capacitação” para um público ligado aos consumidores de drogas. Com isso, pretendeu-se criar mecanismos de difusão de

conhecimentos de modo que uma gama vasta de profissionais sejam treinados e capacitados na minimização dos danos causados pelas drogas. Para tal empreendimento, foram feitos alguns arranjos. Para a propagação da *prevenção* em escolas públicas, o Ministério da Justiça aliou-se ao Ministério da Educação, difundindo os programas “Saúde na Escola” e a capacitação para educadores. Ao cargo do Ministério da Justiça ficou a tarefa de propagar um curso básico aberto a todos os cidadãos<sup>55</sup>, também para conselheiros e lideranças comunitárias, a capacitação em Centros Regionais de Referência e Comunidades Terapêuticas, a difusão em instituições e movimentos religiosos. À secretaria de Direitos Humanos coube a tarefa de fortalecer o *Sistema Nacional de atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei* (SINASE) e o *Programa de Proteção a crianças e adolescente ameaçados de morte* (PPCAAM), criar Escolas de Conselhos para a formação de novos conselheiros de direitos e tutelares.

No terceiro eixo, o agenciamento-segurança, estão reunidas as medidas de policiamento e repressão ao plantio, consumo e comércio de drogas. Buscou-se juntar os departamentos das Polícias Federal, Rodoviária Federal, Civil e Militar para uma atuação conjunta contra a criminalidade. Além do fortalecimento das forças policiais, através do aumento do repasse financeiro para estas corporações, neste setor está previsto a implantação massiva de tecnologias securitárias como a instalação de câmeras para o monitoramento de áreas e das bases móveis de vigilância.

A conjugação de três agenciamentos, ao embrenharem-se em suas forças, desenharam normativamente as *redes* para usuários de drogas, este modo muito recente de conceber a gestão das drogas e de propor ações públicas. Se seguirmos com Deleuze (1998: 58), num agenciamento há regimes de enunciados, nos quais “os signos se organizam de uma nova maneira, novas formulações aparecem, um novo estilo para novos gestos”, com suas palavras. Com o filósofo, entendo que se agenciamentos produzem um outro “estado das coisas”. Se o “enunciado é o produto de um agenciamento, sempre coletivo, que põe em jogo, em nós e fora de nós, populações, multiplicidades, territórios, devires, afetos, acontecimentos” (1998: 43), as *redes* são enunciações de uma nova gestão das drogas, a partir da qual os registros da repressão

---

<sup>55</sup> Através de uma parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e oferecido na modalidade de Educação à distância, o curso SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento) foi elaborado por profissionais com experiência nas áreas de política sobre drogas, prevenção do uso e tratamento.

não estão de modo algum descartados, porém aliados a outros dois setores. Os saberes, ainda que em favor do enfrentamento, são trazidos para o debate público e devem ser articulados em espaços comunitários, escolares, assistenciais e religiosos; também as técnicas de *cuidado* encontram-se fundidas com as securitárias num novo solo epistemológico.

Uma vez mais, a ambiguidade intrínseca ao problema das drogas é constituinte de uma figura alegórica significativa: a *rede* que cobre territórios inteiros tanto acolhe quanto cerca. Não teríamos aqui uma metáfora potente para pensar agenciamentos paradoxais que andam de par na máquina estatal? E cuja ambiguidade tem inspirado alegorias consecutivas muito semelhantes para elaborar uma ideia de Estado que coloca a sua “face protetora” à mostra, estende as mãos do cuidado, mas cerra os punhos de um “braço armado”?

Busquei recuperar neste capítulo as tramas de um enredo muito embaraçado em torno do crack. As lutas antimanicomiais perseguiram o desmonte dos aparatos psiquiátricos. Levantaram, com isso, a polêmica do modelo de tratamento dos usuários de drogas. Esse fato gerou mais debates no campo legislativo e político e as correntes *antidrogas* reagiram com mais força. Passou-se a questionar o modelo do CAPS implantados no SUS para o tratamento das drogas e também a polêmica de deixar tais consumidores na rua. Uma epidemia forjada pela mídia hegemônica alastrou uma imagem degradante do *nóia* e o colocou na mira de um Estado combativo. O cenário de guerra ao crack marcou a retomada das respostas estatais para a questão das drogas, culminando num reordenamento das políticas assistenciais e punitivas. Daí chegamos à cena dos dias de hoje: a exigência da implantação de *redes* de *cuidado* para esta população, junto com medidas punitivas e terapêuticas psiquiátricas, ao mesmo tempo.

Um entrecruzamento caótico. Nem acontecimento, nem evento; o crack parece ter sido mais uma superfície sobre a qual se montou uma maquinaria de gestão protetiva-combativa sobre uma população e um território. Taniele Rui (2013) já mostrou a potência analítica da abjeção como categoria tanto moral quanto política para movimentar aparatos policialescos, assistenciais, sanitários, midiáticos e religiosos. Concordando com a sua argumentação, partilho a ideia de que usuários de drogas, sobretudo os que fazem uso de psicoativos nos espaços públicos, desafiam em muitos aspectos os governos: eles afrontam a experiência urbana, a segurança pública, até os métodos terapêuticos são colocados à prova. Por tudo isso é que estas pessoas incitam

muitos experimentos em matéria de governo, eles impulsionam tanto desígnios assistenciais quanto repressores<sup>56</sup>. Com eles vemos funcionar uma máquina estatal que numa estranha sintonia bate e ao mesmo tempo *cuida*, é o que se tem visto em outras pesquisas em situações de muita intervenção do poder público (cf. Motta, 2015; Postigo, 2015; Rui 2012b; Lucca, 2009, 2007).

Potente metáfora para pensar os imbróglis, as emboscadas e ciladas, os emaranhados, os compostos bem articulados, as muitas conexões ativadas; as *redes* trazem de arrasto todas essas imagens de uma tecitura bem atual. Desenroscando alguns fios, vimos que *redes* de *cuidado*, tais como enunciados de governos, são resultados de uma confecção caótica de linhas tecidas de lutas contra a loucura, de anunciação dos direitos humanos, de tratados de guerra, de planos nacionais, projetos de leis, de economias morais, alianças inesperadas, disparates tecnológicos, contos assombrosos. Elas são enredadas por esses materiais de governança, por isso articulam com a força de um enunciado um novo regime de gestão.

Ao recuperar os agenciamentos que moldaram a cena em que emergiu uma ideia de gestão intersetorial dos usuários de drogas, minha intenção é oferecer pelo menos dois níveis de análises. O primeiro diz respeito ao tipo de procedimento etnográfico a que me propus fazer, isto é, entendo que numa etnografia mais comprometida com sua autorreflexão é preciso compreender as condições de produção de seu principal objeto de reflexão – neste caso, a noção de *rede* no setor público da saúde. Em segundo lugar, quando mobilizo normas, portarias, planos nacionais e tantos outros textos jurídico-normativos não pretendo conferir a eles o aspecto prescritivo que sempre será contrastado com o performativo - o modo como a *rede* prescrita não é colocada em prática da forma como ela é prevista normativamente. Diferente disso, entendo que as *redes* de saúde, que se fazem evidentemente nas particularidades das ocasiões, como veremos suas expressões mais adiante (cf. infra Capítulo de 3 a 6), dependem de uma noção uniformizante de *rede* para poder ser inventada no plano prático.

---

<sup>56</sup> Uma boa descrição etnográfica desta dinâmica estatal de atuação na Cracolândia paulista é feita por Taniele Rui (2012a, 2012b). Indissociáveis umas das outras, sem contudo funcionarem de maneira harmoniosa, as atuações estatais são contraditórias: “o Estado que fere é o mesmo que socorre” (2012b: 343). A antropóloga descreve a “face repressiva” da ação pública na região (as grandes operações, o policiamento ostensivo e a repressão aos traficantes e usuários locais), para sem seguida mostrar o outro lado da moeda, a “outra face” que presta atendimento assistencial e médico aos usuários do local (as equipes de redução de danos, os CAPS, organização não governamentais). Sem perder de vista que a repressão e o humanitarismo estão em lados opostos mais analítica do que empiricamente, Rui nos mostra como ambos aparecem tanto nas ações policiais quanto nos agentes sociais.

Procurei recuperar até o momento, no Capítulo 1 e no Capítulo 2, o enunciado das *redes* nas políticas públicas de saúde. No projeto de *universalização* da saúde, a *rede* materializa uma nova forma de *cuidar*, pois nela concentra-se um arcabouço técnico para produzir práticas intersetoriais, cujo *corpus* de conhecimento acompanha uma nova concepção de saúde e uma nova experiência de Estado. E ainda, busquei mostrar com que linhas enunciativas foi produzida a gestão intersetorial das drogas, materializada nas *redes* de *cuidado* para esta população.

É oportuno sinalizar, antes de avançar para os demais capítulos, que até o momento analisei as formulações de *rede* como políticas estatais. O material utilizado para esse tipo de procedimento foram documentos oficiais, diferente daqueles que serão utilizados nos demais capítulos. É válido recorrer a este tipo de material uma vez que neles há conteúdos que aspiram tornar ideias e medidas universalizáveis e uniformizantes, e que recobrem todo o setor das políticas públicas. Com estes conteúdos colocados à prova de uma investigação perseguimos não aquilo que prescreve as *redes* do *cuidado*, pois elas são tecidas de muitas formas e de maneira muito particulares, mas perseguimos as tendências à uniformização que estão impregnadas nas políticas públicas. São estes vetores uniformizantes que se somam com outros mais, e nas ações pontuais, nos *casos* construídos é que as políticas públicas são efetivamente concretizadas, os princípios do SUS ganham materialidade e a *rede* nasce desta fricção.

A discussão que segue nos próximos capítulos visa vasculhar o encontro desses vetores cheio de *universalismos* e criatividade. Na dinâmica das práticas de trabalho a ideia de *rede* é polissêmica justamente porque os trabalhadores que estão na linha de frente devem inventar os sentidos das normativas que respaldam suas práticas. E aqui a política é feita na ordem da urgência e da intimidade. A incursão pela *rede* de saúde de São Bernardo do Campo colocará à mostra a inventividade dos trabalhadores no mundo da gestão.

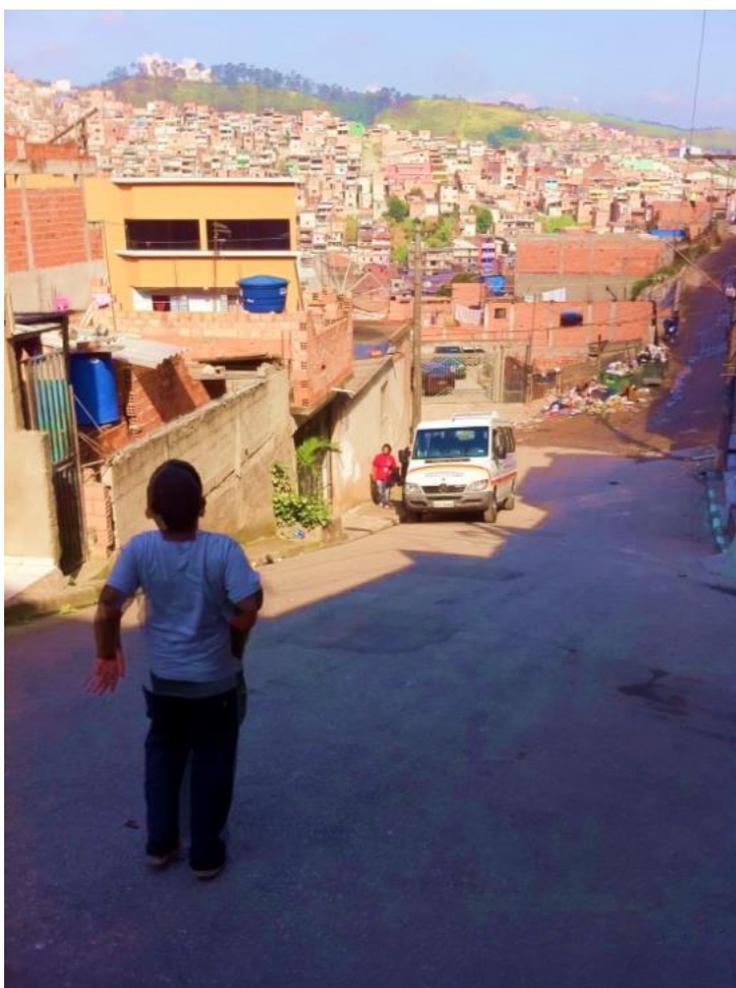
## **PARTE 2**

### **AGLOMERADOS DA *REDE*: O *CUIDADO* PARA USUÁRIOS DE DROGAS**

## Capítulo 3 - Consultório na Rua: conexões entre a rua e a *rede*

*“O Consultório na Rua traz pra rede pessoas, mas ele também pode trazer problemas, soluções, dificuldades, incômodos”.*

*(fala do coordenador do Consultório na Rua de São Bernardo do Campo)*



**Figura 5** - Foto da equipe do Consultório na Rua em campo, 2012, arquivo pessoal de um redutor

Quando questionado sobre o que seria o papel do Consultório na Rua, o coordenador deste dispositivo de São Bernardo do Campo apressou-se em me dizer que este se presta a “costurar a *rede*”. A definição dada pelo coordenador extrapola logo de cara a primeira imagem que o nome do equipamento nos remete: a simples ideia de um atendimento clínico nas ruas. É bem mais do que isso, os atendimentos são ações de costura, de ligação, de remendos e reparos com a finalidade de tecer os serviços dispersos na *rede* e de modo que, ao fazer as conexões entre os setores, sejam produzidas as condições de *cuidado*.

Adianto que ao longo deste capítulo irei apresentar uma etnografia da *ação*, utilizando do mesmo termo mobilizado pelos profissionais do Consultório na Rua. Seguindo em texto as *ações* deles, busco delinear as nuances e implicações da atuação dos trabalhadores da saúde, pois suas *ações*, para além de serem atos e condutas pontuais, são resultado de estratégias, escolhas, planos e metas previamente elaboradas. Uma *ação*, como mostram esses profissionais, é repleta de intencionalidades, nunca de imparcialidade, por isso, elas implicam em *intervenções*. Portanto, *ação*, para eles, é necessariamente *intervenção*. A mesma noção de *ação* aparece de modo transversal nos processos de trabalho de outros setores da saúde; ela é vocábulo e conceito operante no campo da saúde. Procuo, com isso, demonstrar descritivamente o modo como a *ação* é concebida no campo da Saúde Coletiva.

Minha tarefa neste capítulo é descrever as *ações* dos profissionais da saúde em cenas de uso de drogas, as mediações que brotam deste encontro e os esforços em fazer as conexões, a partir das quais são elaboradas uma ideia de *cuidado* e de intersectorialidade. Desse modo, considero importante enfatizar que a etnografia a ser apresentada permite explorar apenas o que pude experimentar ao lado dos agentes de saúde, muitas vezes confundida como uma delas. O que apresento são os efeitos de um encontro, o que pude apreender e estabilizar analiticamente.

As medidas planejadas e calculadas dos profissionais com objetivos bem delineados revelam duas concepções centrais que faz do Consultório na Rua um artesão da *rede*: a) os esforços em localizar as pessoas em situação de rua, em *acolher*, em construir um *vínculo* e em *ouvir* as queixas são *ações* que indicam o modo como se pensa o *cuidado* neste dispositivo assistencial; b) de outro modo, as tentativas de conexões com a *rede*, o *encaminhamento*, o *acompanhamento* e as *articulações* são outras *ações* que indicam o modo como são costuradas as *redes* e concebida a ideia de

intersectorialidade. Para apreender tais noções, farei uma abordagem etnograficamente crítica.

As *ações* descritas neste capítulo ocorreram em dois cenários específicos, denominado de *campo*. Assim são chamados os territórios onde são identificadas pessoas em consumo de substâncias psicoativas ou em situação de rua, que, uma vez mapeados, passam a ser monitorados pelos profissionais da saúde. Também eles classificam os locais de atuação, separam seus *campos* de acordo com o direcionamento que pretendem dar aos *casos*, as interações que conseguem explorar, as queixas faladas. No viaduto Lions (Capítulo 3.1), por ser uma cena de uso de crack muito movimentada, os redutores chamavam-na de um típico “*campo* de Redução de Danos”. Ali, uma paisagem degradada pela sujeira e exposta ao público, evoca uma territorialidade repleta de violência física e simbólica, diversos tipos de intervenções sociais, segregação espacial e moral. Veremos como os redutores de danos conciliam as questões que o consumo do crack problematiza. E, por fim, no *buraco* da Pauliceia (Capítulo 3.2), imóvel abandonado tomado por dezenas de consumidores de crack, os redutores diziam ser um *campo* das “*ações* conjuntas”. Neste local, os redutores e outros profissionais da *rede* buscaram efetivar algumas parcerias a fim de *enredar* nos serviços um casal usuário de crack. Procurarei explorar descritivamente as estratégias elaboradas entre os serviços de saúde envolvidos, com isso busco expor o modo pelo qual estes profissionais devem lidar com muitas divergências que dificultam o trabalho intersectorial. Para costurar a *rede*, é preciso alinhar os objetivos, os conceitos, a abordagem e as intenções entre os serviços interligados. A descrição da tentativa de parceria em uma *ação* conjunta irá iluminar os reparos que estão por serem feitos na *rede*.

As discussões levantadas pelos encontros e negociações promovidos em *campo* despertam nos profissionais, e também na antropóloga, o interesse em compreender como é possível inventar um *cuidado* fora dos muros, ao contrário do que descreve Goffman (1966) sobre os “lugares fechados” (escola, hospital, prisão etc.), *cuidado* este efetuado em meio aberto, no próprio território, que exige a construção de *redes* do *cuidado*. A incursão nos territórios percorridos pelos profissionais do Consultório na Rua trará alguns elementos analíticos que irão subsidiar uma análise dos modos como, sob tais circunstâncias, são elaboradas uma noção de gestão intersectorial, tema central desta pesquisa. Ademais, as cenas etnográficas iluminam o processo através do qual

estes trabalhadores de rua realizam concretamente as políticas públicas. Portanto, este capítulo pretende contribuir na descrição dos imponderáveis do dia-a-dia dos trabalhadores que estão na linha de frente das políticas públicas.

Na economia geral da tese, a descrição analítica do Consultório na Rua visa problematizar duas questões importantes para a compreensão da feitura das *redes*. Já mencionei em momentos anteriores (vide Introdução) minha recusa em analisar as entidades burocráticas como instituições, pois esta visão carrega a ideia de que elas são unidades jurídicas e não multiplicidades. No lugar, escolhi a imagem dos aglomerados, pois eles reforçam a ideia de que um equipamento é a junção de muitas matérias (de pessoas, ideias, motivações, papéis, técnicas, etc.). Assim, busco demonstrar que *redes* são tecidas por inúmeras ligações feitas pontualmente entre uma pessoa e outra, um documento e outro, um trabalhador e um documento, etc. Um dos objetivos deste capítulo é vasculhar as matérias de composição que agregam este equipamento. A segunda intenção é compreender o modo como o Consultório na Rua contribui para produzir *redes*. Problematizo, portanto, como este serviço corrobora para o funcionamento geral do trabalho intersetorial do *cuidado* para usuários de drogas.

Os deslocamentos de uma clínica em movimento busca acompanhar não apenas o caminhar dos moradores de rua, mas seus modos de lidar com o consumo das drogas, seus modos de experimentar a cidade e a violência, seus temores em entrar nos serviços de saúde. O tempo da rua está em descompasso com o tempo das burocracias. Sob esta constatação, o modelo do Consultório na Rua no Brasil é primeira expressão da reformulação dos *cuidados* para usuários de drogas, seguindo o movimento já liberado pela luta antimanicomial, desde os anos 1980 (cf. supra Capítulo 1). Em consonância também com algumas mutações da intervenção social no campo dos sofrimentos psíquicos, como mostram os trabalhos de Ion (2005), este arranjo assistencial revela as transformações que seguem pouco a pouco no campo da saúde: a substituição dos atendimentos clínicos em consultório pelos acompanhamentos individualizados e pouco burocratizados, a substituição de instituições sociais centralizadas por dispositivos flexíveis e territorializados.

François Dubet (2002) interroga-se sobre o que se convencionou chamar de “crise institucional”, que atravessou o mundo da saúde e dos trabalhadores sociais. A partir da experiência de professores, enfermeiras e trabalhadores da assistência, colocou-se em perspectiva a mutação dos trabalhos institucionais, a saber, a mudança no

tipo de *intervenção*. Na França, como mostra Cefai e Gardella (2011), com a implementação de uma política social de emergência adotou-se um serviço de emergência, chamado SAMU Social, que provê cuidados médicos ambulatoriais para a população de rua, financiada majoritariamente pelos poderes públicos<sup>57</sup>.

O reordenamento da gestão do *cuidado* para usuários de droga, processo este mais acelerado com o “problema” do crack (cf. supra Capítulo 2), tomou como base o modelo assistencial do Consultório na Rua, criado uma década antes. No ano de 1999, surgiu em Salvador (BA) a primeira experiência do Consultório de Rua (cuja grafia mudaria mais tarde), coordenada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), instituição criada como extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O projeto foi idealizado pelo Prof. Antônio Nery Filho no início dos anos 1990, embora só o tenha viabilizado anos mais tarde, para lidar com crianças em situação de rua e uso de drogas<sup>58</sup>.

Em maio de 2004, o Consultório de Rua foi vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de Salvador, seguindo até dezembro de 2006<sup>59</sup>. A parceria traria a possibilidade de iniciar um atendimento visando à arquitetura da *rede* para usuários de drogas, pois vinculados, ambos os serviços favoreceriam o *encaminhamento* das pessoas para o tratamento ambulatorial. A experiência inédita ocorrida entre 1999 até 2006 na Bahia foi avaliada por uma comissão técnica do Ministério da Saúde e indicada como o dispositivo de saúde mais adequado para se efetivar o atendimento a um público bastante resistente à adesão dos serviços clínicos mais tradicionais<sup>60</sup> - os usuários de drogas em situação de rua.

No final da primeira década dos anos 2000, o problema das drogas ocupou uma relevância considerável nos assuntos de governança. Foi neste período que se lançaram planos emergenciais para dar início a reorganização do setor de saúde visando buscar alternativas mais reativas para a gestão do *cuidado* de usuários de drogas. Como estratégia para ampliação do acesso ao tratamento, os Consultórios de Rua foram indicados como equipamentos de “inclusão social” e de “intervenção comunitária”<sup>61</sup> e

---

<sup>57</sup> O Consultório de Rua brasileiro foi muito inspirado no modelo francês, como mostra a tese de Antonio Nery Filho (1993), o precursor deste equipamento no Brasil. Mas atualmente o serviço do Consultório de Rua tem como prioridade o atendimento de consumidores de substâncias psicoativas.

<sup>58</sup> Oliveira 2010.

<sup>59</sup> Cf. Brasil 2010a.

<sup>60</sup> Cf. Oliveira, 2010.

<sup>61</sup> Oliveira 2009, p.6

voltam a ser citados no *Plano emergencial de enfrentamento ao crack*, em 2010 (cf. supra Capítulo 2).

Os primeiros anos de incorporação deste dispositivo nas políticas públicas correspondem ao período em que ele esteve vinculado aos assuntos de Saúde Mental, seguindo um consenso moral historicamente hegemônico no Brasil, embora variável no tempo, que prevê as complicações de saúde provocadas pelo consumo de drogas com os problemas relacionados aos “transtornos mentais”. Mas em 2012, com a Portaria n.122, o atendimento à população em situação de rua, a partir da atuação das equipes dos Consultórios de Rua, foi transferido da Saúde Mental para a Atenção Básica. O deslocamento indicou uma ampliação no campo de intervenção, procurando vincular o problema das drogas aos assuntos comunitários e não emergenciais, além de buscar envolver as equipes do PSF para uma abordagem intersetorial. Esta mudança deu o novo nome ao dispositivo, agora chamado Consultório na Rua.

Em matéria de tecnologias governamentais, o atendimento clínico realizado fora dos muros configura uma forma inédita de intervenção às cenas de uso de drogas e às populações ditas marginalizadas. Essa novidade em agir no território é que marca a discussão mais recente das políticas *territorializadas* no âmbito do SUS<sup>62</sup>. Uma modalidade clínica que se efetua no movimento, fora dos consultórios, caminhando pelos territórios, é o que Lancetti denomina de clínicas peripatéticas:

Conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando – *peripatetismo* – são uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento. Essas estratégias são destinadas para pessoas que não se adaptam para os protocolos clínicos tradicionais – toxicômano, violentos, esquizofrênicos, jovens sobretudo -, quando dispositivos psiquiátricos, pedagógicos, psicológicos ou psicanalíticos não funcionam. Vamos ao encontro, às vezes de surpresa, de famílias que passam por grandes dificuldades; transitamos pelas cidades com pacientes psicóticos; transpomos os portões de clínicas e hospitais; transbordamos os consultórios (Lancetti 2006 [2012]: 19).

---

<sup>62</sup> Refiro-me ao processo de territorialização (cf. Capítulo 6). Trata-se de um movimento de reorganização do sistema de saúde que foi incitada pela premissa de que havia uma distribuição inadequada e centralizada dos recursos e serviços de saúde em todo o território nacional. Esse modelo de organização previa a instalação de um aparato mínimo de administração da saúde, o qual deveria ser composto por uma *rede* de serviços muito elementares. Por ser um projeto de ampliação do sistema de saúde focalizado em pequenas áreas administrativas (no território da comunidade) tal processo é também denominado de *regionalização* do SUS. Cf. Mendes 1995.

Visando o modelo de gestão intersetorial, o Consultório na Rua materializa um projeto de intervenção em espaços antes poucos acessíveis às equipes assistenciais, abrindo a possibilidade não apenas de entrar em contato com este público, mas de *enredar* este público com *intervenções* médicas, primeiros socorros, algumas noções de prevenção e de autocuidado.

### 3.1 - Os trabalhadores da saúde em *campo*: no viaduto da Lions



**Figura 6** - Foto da equipe do Consultório na Rua em *campo*, 2012, arquivo pessoal de um redutor

Um mapa grande da cidade de São Bernardo do Campo afixado na parede do escritório sinaliza com tarraxas de mural as cenas de uso de drogas já previamente reconhecidas pelos redutores de danos. A sede do Consultório na Rua encontra-se na região central, junto ao “complexo CAPS”, um conjunto de pequenos prédios que compõem parte dos equipamentos de saúde, contando com alguns dos serviços da saúde mental – o CAPS AD, o Pronto Atendimento e o Ambulatório Psiquiátricos. Passado pouco mais de um ano desde a implementação do Consultório na Rua na cidade, cinquenta *campos* haviam sido localizados.

Com uma equipe multidisciplinar composta por três técnicos<sup>63</sup>, quatro agentes redutores de danos<sup>64</sup>, uma médica<sup>65</sup>, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e um psicólogo<sup>66</sup>; para arquitetar uma *intervenção* as especialidades de cada um dos profissionais são levadas em conta. Com base na previsão da condição de saúde dos abordados e suas possíveis enfermidades, planeja-se a composição da equipe para cada *ação* específica. Quantos e quais profissionais irão ir ao *campo*? Psicólogo, médico ou enfermeira? Quantos homens e quantas mulheres? Quais deles têm um bom relacionamento com as pessoas do *campo*? Que *ação* fazer? O que oferecer à pessoa abordada?

Antes das saídas, o coordenador da equipe ou um técnico redutor de danos elabora as estratégias das *ações*, assim é denominado o planejamento da equipe. Toda *ação* dos profissionais nas pessoas abordadas e nos espaços que frequentam, nunca são neutras, mas, antes, são interposições, cujos efeitos interferirão sobre a vida do sujeito, são *intervensões*. Deste modo, as *ações* produzem novas situações e condições, outros modos de ser. Por isso, as *ações* são calculadas, debatidas e combinadas previamente pela equipe.

---

<sup>63</sup> Os técnicos redutores de danos são profissionais com formação no ensino superior na área de humanidades ou Psicologia. Na época em que acompanhei a equipe, uma das técnicas tinha formação em Ciências Sociais, com especialização em Saúde Coletiva, o segundo era Psicólogo recém-formado, com experiência na Guarda Civil Metropolitana, embora tivesse abandonado a carreira militar para seguir na área da saúde e o terceiro técnico também era formado em Psicologia, já tinha uma experiência profissional como redutor de danos em Santo André.

<sup>64</sup> Os agentes redutores de danos são contratados com a exigência do Ensino médio concluído, mas para ocupar o cargo, foi levada em conta a experiência na área da Saúde Pública. Uma delas fora Agente Comunitário de Saúde, outra trabalhara como Agente de Saúde da Zoonoses, um terceiro era estudante de Serviço Social e o quarto estudante de Terapia Ocupacional.

<sup>65</sup> O médico do Consultório na Rua dedica 10 horas de sua rotina para acompanhar a equipe nos *campos* e 30 horas para os atendimentos exigidos no Programa Saúde da Família. Desde o ano de 2013, a equipe está sem médico.

<sup>66</sup> Tal composição é referente ao momento em que fiz parte da pesquisa de campo em 2012 e no momento em que ocorreu a *intervenção* que irei descrever mais adiante no texto.

A dimensão do planejamento das *ações*, ou ainda o modo como os usuários serão *enredados*, é fundamental nas práticas de *cuidado* destes profissionais. Tal preceito ordena de modo muito particular a rotina de trabalho desta equipe, de tal maneira que boa parte do tempo os profissionais dedicam-se a planejar as *ações* e a discutir os *casos* com outros profissionais, para que se faça o trabalho intersetorial. Por isso, a atuação deles em *campo* é apenas uma das ações dos profissionais, assim como o trabalho burocrático e as reuniões são também fundamentais para a produção do *cuidado* e de sua dimensão intersetorial.

As *intervenções* previstas no campo de atuação deste dispositivo assistencial são propulsionadas pelo objetivo de trazer para junto deles pessoas em situação de rua, o seu público prioritário. É chamada de *abordagem* a aproximação, o primeiro contato, por assim dizer. Muito embora a expressão seja empregada no campo da saúde, a sua aparição na semântica policial é precedente, com o mesmo sentido atribuído. Nota-se o deslizamento do termo de um campo para outro, ainda que na saúde é reivindicada a ideia de uma *abordagem humanizada*, diferente do universo militar. Ao *acolhimento* é relegada a ideia de amparar ou dar ouvido a alguém. O léxico recupera, uma vez mais, a perspectiva humanista das relações clínicas. A procura de pessoas nas ruas chama-se de *busca ativa*, originalmente, um procedimento técnico da vigilância epidemiológica, mas seu emprego passou a denotar uma postura do trabalho em comunidades<sup>67</sup>. Já as operações que impelem o abordado a um serviço de saúde, denominam de *encaminhamento*, e o seu monitoramento pela *rede*, é chamado de *acompanhamento*. As cinco *ações* no campo de atuação desses profissionais da saúde, para retomar de forma resumida, são denominadas *abordagem*, *acolhimento*, *busca ativa*, *encaminhamento* ou *acompanhamento*.

Os deslocamentos pela cidade e as *ações* feita por eles têm como objetivo realizar um atendimento básico e primário de saúde nas pessoas de rua e a partir desse arranjo assistencial criar laços dos mais diversos entre profissionais e usuários e *enredá-los* em serviços de saúde, seja através do tratamento em algum serviço específico, seja através de exames laboratoriais, qualquer ação que busque tratar a saúde da pessoa. Deste modo, a equipe enfrenta alguns desafios para efetivar uma administração da saúde

---

<sup>67</sup> Lemke e Silva (2010) mostram que a expressão “busca ativa” passou a detonar uma prática de *cuidado* no território. Os autores atribuem aos agentes comunitários de saúde, acompanhantes terapêuticos e redutores de danos a transformação do sentido atribuído à expressão, em função do processo de reforma sanitária, a qual tem como mote práticas de cuidado nas comunidades.

de seu público atendido: a) não perder de vista os usuários já mapeados na cidade; b) buscar estratégias para convencê-los a tratar seus problemas de saúde; c) saber a arquitetura da *rede* para *encaminhá-los* ao serviço mais adequado; e d) quando, finalmente, os abordados são *encaminhados* para os serviços de saúde, é preciso acompanhar o movimento deles na *rede*.

Por esses desafios, a equipe mobiliza algumas técnicas e recursos que dão respaldo às suas *ações*. Para entrar no território, a equipe dispõe de um repertório de técnicas de aproximação, incluindo a entrega do *kit saúde* (ou *kit de redução de danos*<sup>68</sup>), o uso da linguagem coloquial e a *escuta*.

### 3.1.1 – Uma ação na Lions

O viaduto da Avenida Lions, ponto de transposição do Anel Viário do ABC paulista, é um dos *campos* de atuação mais frequente dos redutores de danos de São Bernardo do Campo. No local convivem cerca de 30 pessoas: alguns são trabalhadores que depois do expediente vão ao viaduto fumar *pedra*, outros fazem do local um espaço de convivência. Entre os canos e as manilhas do elevado, e em meio a uma grande quantidade de lixo, por meio do qual extraem sua principal fonte de renda, os frequentadores desta cena de uso, apesar de estarem escondidos das vias públicas, despertam o interesse de muita gente. Localizado em posição estratégica para ligar vários municípios vizinhos, o viaduto da Lions também conecta um sem número de pessoas: consumidores e vendedores de drogas, corporações policiais, gestores públicos de diversas secretarias municipais e algumas entidades religiosas.

Quinta-feira à tarde, dia que de costume a equipe do Consultório na Rua retorna ao viaduto da Lions; era início de dezembro e a temperatura atingia quase os 36 graus. Um dos agentes redutores de danos separou cerca de 20 *kits saúde* e o *kit enfermagem*<sup>69</sup>,

---

<sup>68</sup> O *kit saúde*, ou *kit de redução de danos* como é chamado pela maioria dos programas de redução de danos, é composto por água de coco, água mineral, chocolate, mel, manteiga de cacau e preservativos. Os quatro primeiros insumos tem a função de evitar a desidratação e a hipoglicemia. A manteiga de cacau tem como função hidratar os lábios e evitar a abertura de fissuras. Os preservativos previnem das Doenças Sexualmente Transmissíveis.

<sup>69</sup> Na bolsa da enfermagem são levados para os *campos* uma ficha de preenchimento de exame, pote para coletar material, luvas, *dersani* (óleo cicatrizante), teste de gravidez (fita reagente), anticoncepcional

uma bolsa com alguns medicamentos e utensílios para realizar os primeiros socorros. O veículo estacionou à beira da pista, evitando parar em frente ao principal acesso que dá passagem ao subterrâneo do viaduto. Os agentes de saúde preferem caminhar até o local, assim podem ser vistos de longe e evitar que sejam confundidos com outros serviços que também fazem atividades no local.

Para esta *intervenção* especificamente a equipe era composta por seis profissionais: um técnico redutor de danos, uma técnica de enfermagem, três agentes redutores de danos e uma antropóloga intrusa (eu). O técnico e dois agentes de redução de danos desceram do carro e caminharam em direção ao viaduto, os demais permaneceram no veículo. De cima deu pra notar que três pessoas saíram pelo terreno do piscinão quando viram a aproximação dos agentes de saúde. Um casal que estava do outro lado da avenida caminhou em direção ao carro. A porta da van permaneceu aberta durante todo o tempo da *ação*, pois também os profissionais dentro do carro estavam disponíveis para fazer o atendimento. A garota disse que por causa do calor eles estavam se sentindo mal e queriam um *kit* para aliviar o mal-estar. Estavam sem comer há dias, nem água sequer beberam. Descemos todos do carro para conversar com eles. A técnica de enfermagem além de recomendar muita água para evitar a desidratação, sugeriu aferir a pressão arterial deles, procurando realizar a conduta clínica mais adequada de acordo com a queixa pronunciada. Entraram na van o casal e a enfermeira para os procedimentos clínicos. Enquanto a enfermeira ajeitava em seu braço o aparelho de pressão e o estetoscópio, aproveitou para fazer algumas perguntas sobre a intimidade do casal. Ela queria saber se eles têm relações sexuais com preservativos e se algum deles tem sintomas de DSTs. É a mulher quem reclamou de seu companheiro por causa de uma ferida na região genital e que até o momento não fora tratada. A profissional recomendou que ele fizesse uma testagem para saber se além da possível sífilis ele contraiu mais alguma doença sexualmente transmissível. Foram colhidas duas amostras de sangue, uma para a testagem das DSTs e outra para um hemograma completo<sup>70</sup>. A profissional aconselhou que a companheira também fizesse os exames laboratoriais, mas ela se recusou porque disse ter pavor de agulhas. Depois dos procedimentos, a enfermeira aproveitou para falar dos métodos contraceptivos, oferecendo à mulher a

---

injetável, pomadas para curativos, saco para descartar lixo, tesoura, gases, aparelho para aferir pressão arterial, estetoscópio, máscara, destro (aparelho para medir nível de glicose), cubarrim (bacia), algodão, tubo para coleta de sangue, termômetro e ampolas de soro fisiológico.

<sup>70</sup> Hemograma é um exame que avalia as células sanguíneas de um paciente, geralmente é requerido pelo profissional de saúde para diagnosticar ou controlar a evolução de uma doença.

aplicação de uma dose de anticoncepcional, mesmo sabendo que, em razão do medicamento ser aplicado com uma injeção intramuscular, a oferta certamente seria recusada. Antes do casal sair do carro, a enfermeira os avisou que assim que os resultados de exames ficassem prontos, voltariam ao viaduto para entregar-lhes. Pegou mais alguns preservativos e entregou à mulher.

Do lado de fora, ficamos eu e a agente redutora de danos. Não demorou muito para três rapazes aproximarem-se; eles queriam o *kit*. Peguei no carro os pacotes, enquanto a redutora aproveitou para perguntar-lhes se estavam bem de saúde. Um deles reclamou que é diabético e há tempos não fazia nenhum exame. A enfermeira chamou-o no carro e explicou-lhe que ela poderia fazer a testagem rápida com o *destro*, aparelho que mede a quantidade de glicose no sangue. Retirou da bolsa o pequeno equipamento, fez um furo no dedo indicador do paciente e colocou a gota de sangue sobre uma fita. Em poucos minutos o resultado estava dado. Enquanto os procedimentos clínicos ao paciente diabético estavam em curso no interior do carro, continuei a entrega dos *kits* e a agente anotava na “planilha de *campo*” os dados pessoais dos rapazes: nome completo, RG, data de nascimento e nome completo da mãe. Estes dados são posteriormente registrados na base de dados do sistema *Hygia*, *software* utilizado em todos os equipamentos da *rede* que, entre outras funções, registra as informações requisitadas nos *prontuários* e notifica todas as *ações* de saúde (consulta, internação, exames, abordagem etc.)<sup>71</sup>. A redutora de danos insistiu novamente para saber se estão bem de saúde: *Vocês estão bebendo bastante água? Não estão com tosse? Se precisarem de qualquer cuidado médico, nós temos uma enfermeira aqui*. Eles não queriam muita conversa, estavam apenas à espera do amigo. Depois que o teste da glicose terminou os três seguiram caminho.

Um dos redutores que havia entrado no viaduto Lions retornou ao carro com um rapaz e explicou à enfermeira que a tosse dele persistia há semanas. Desta vez, a enfermeira saiu do carro, fez algumas perguntas sobre os sintomas da tuberculose e entregou-lhe um pote fornecido pelo laboratório de tampa rosqueável e plástico transparente. Pediu para que ele se afastasse do carro, como precaução para que o *bacilo de Koch* não ficasse exposto no ar ao redor de outras pessoas, instruiu o rapaz a respirar fundo três vezes e tossir dentro do pote. Com as luvas cirúrgicas devidamente colocadas, a enfermeira fechou o pote, colou uma etiqueta de identificação sobre a

---

<sup>71</sup> Sobre o sistema *Hygia*, irei retomar a discussão no Capítulo 5.

tampa com o nome da pessoa atendida e o número do protocolo do exame e colocou o material dentro de uma caixa térmica<sup>72</sup>. Avisou-o que em alguns dias retornaria para entregar-lhe o primeiro resultado e para colher a segunda amostra de escarro, já que este é o procedimento exigido pelo Programa de Controle de Tuberculose do município.

O calor era insuportável e a equipe precisava encerrar a *ação* porque o material biológico colhido (as amostras de sangue e de escarro) deveria ser *encaminhado* o mais breve possível ao laboratório para evitar que a alta temperatura alterasse os exames laboratoriais e também para prevenir que os profissionais ficassem expostos ao contágio. Os demais terminaram de entregar os *kits*, entraram na van e seguimos em direção ao laboratório.

### 3.1.2 - *Os desdobramentos das intervenções*

Vez por outra o coordenador retoma a ideia de que é preciso ter uma sensibilidade afinada para perceber através do olhar aquilo que não é dito, o que há nas “entrelinhas”. A capacidade sensitiva para a qual o coordenador nos chama atenção diz respeito à percepção de eventos que podem ocorrer, os *riscos*, por assim dizer, os quais estes profissionais atentam-se cotidianamente. Por um lado, levam-se em conta os contratempos a que a equipe está exposta, sejam aos conflitos iminentes, às reações insuspeitas, aos desagradados e desconfianças provocados pela presença dos profissionais no espaço mesmo da rua. Por outro, deve-se deter a atenção aos sinais mais sutis do ambiente, os vestígios de roupas, lixos, armas, comida que estão nas ruas. É preciso uma visão investigativa para conhecer o lugar onde pisam. O olhar deve estar especialmente atento à fala e ao corpo da pessoa abordada, para captar os indícios de doenças, as queixas físicas e psíquicas, as possíveis complicações de saúde das pessoas encontradas em *campo*. Como o fizeram os profissionais na *ação* da Lions ao

---

<sup>72</sup> A Comissão de Biossegurança em Saúde do Ministério (CBS), criada em julho de 2007, elaborou o documento de “Classificação de Risco dos Agentes Biológicos” para orientar profissionais que manipulam tais agentes. O que se considera como risco, neste documento, a probabilidade de um agente causar enfermidades em humanos e os seus decorrentes agravos. É avaliado como risco o critério de reconhecimento, a identificação e a probabilidade do dano decorrente dos agentes biológicos, estabelecendo a sua classificação em classes de risco distintas de acordo com a severidade dos danos.

perceberam que a tosse seria um indício da tuberculose ou de uma gripe, o mal-estar seria um sinal de desidratação ou de qualquer outra complicação. Os corpos estão repletos de sinais e é a partir dessa visão atenta, além das queixas colocadas a eles, que os profissionais da saúde criam os *casos*, assim uma série de procedimentos é colocada em questão para manejá-los.

O problema para esses profissionais, e também para a pesquisadora, é o de tornar visíveis interações que habitualmente são silenciosas e intuitivas, o de revelar as potencialidades corporais dos encontros, o de produzir um saber de experiência e dos corpos que captam prenúncios e que os organizam em sucessões de sentido. Tudo isso são instruções técnicas que, também eu em exercício, aprendemos a colocá-las em prática durante as entradas em cenários de uso de drogas.

Os *riscos*, como entendem Castel (1981) e Rose (1998), são probabilidades de elementos ameaçadores irromperem, são enunciados probabilísticos. A sua administração, esse modo de gestão que se encontra no centro da contemporaneidade, coloca em curso técnicas para antecipar, identificar, classificar e regular as diferenças e os desvios, sobre os quais é aplicada uma série de procedimentos de prevenção, a fim de evitar ocorrências fortuitas. O pensamento do *risco*, como denomina Rose (1998), opera por uma lógica administrativa e transformadora, colocando em funcionamento políticas de intervenções.

Nas Ciências Sociais, o interesse pela noção de *risco* é resultante da necessidade da investigação de uma nova semântica e práticas sociais em torno das incertezas e perigo (Douglas & Wildavski, 1982). Assim, a preocupação pelo *risco* estaria menos vinculada ao predomínio factual de ameaças para a vida humana do que às racionalidades que organizam a percepção de respostas diante desses perigos, que de todo modo, tanto como conceito quanto como dispositivo, o *risco* promove a ação, perante os desafios da crise, como uma gestão da incerteza.

Os profissionais do Consultório na Rua procuram, identificam, classificam e, se possível, neutralizam supostas eventualidades que possam acometer seu público atendido. Com um olhar atento aos corpos, em busca de sinais de morbidades, os profissionais são instruídos a traçar algumas estimativas a respeito da condição de saúde de seu público-alvo e prenunciar algumas doenças cujos sintomas são notados fisicamente: a secreção nos olhos e no nariz, os olhos vermelhos e inchados, os lábios

ressecados, os ferimentos infeccionados, a tosse insistente, as mãos trêmulas, a voz rouca. Sinais como esses indicam a possibilidade da emergência de uma série de doenças, as sexualmente transmissíveis, as respiratórias e as dermatológicas.

Os corpos mais machucados pelas intempéries das ruas, os mais violentados pelas adversidades, são o primeiro desafio do Consultório na Rua, são os *casos* mais urgente a serem manejados. Eles são objetos de atenção e de *cuidado*, para os quais a equipe volta-se primeiramente, antes que qualquer outra medida de atendimento seja cogitada. Por essa razão, os *cuidados* clínicos realizados nas ruas abrangem procedimentos emergenciais. É preciso localizar e transportar os corpos a fim de evitar a hipotermia ou a desidratação, para em seguida tratar de forma adequada em serviços médicos especializados. Para esses atendimentos emergenciais, os profissionais dispõem de um *kit enfermagem* com utensílios para realizar curativos leves e aparelhos para reconhecer os sinais vitais, além de instrumentos para testagem rápida de gravidez e taxa de glicose no sangue, coleta de material para exames laboratoriais e aplicação de contraceptivos e antibióticos.

A observação sensível dos elementos de *risco* é crucial no encontro entre redutores de danos e os abordados porque a partir desta classificação serão disparadas *ações* que visam *cuidar* da pessoa ou administrar os *riscos* dentro de uma lógica do *cuidado*. Os *riscos* identificados pelos profissionais serão os elementos objetivos através dos quais se justifica a criação de *casos*. Os *riscos* identificados numa tosse incessante, por exemplo, são inúmeros: a probabilidade de ser tuberculose, pneumonia ou bronquite, ou ainda, a probabilidade do quadro clínico agravar e outras complicações de saúde surgirem, ou então, a probabilidade de transmitir a doença infectocontagiosa a outras pessoas. No limite, os *casos* são criados a partir desses elementos portadores de *risco*, e sobre os quais um aglomerado de pessoas, tecnologias e documentos é formado para geri-lo.

Mas o pensamento do *risco* apesar de organizar as práticas de trabalho e impelir a mobilização de todas as técnicas, saberes e princípios do setor da saúde, apesar dele colocar em funcionamento o trabalho artesanal de tecer *redes* para manejar os *casos*, não é propriamente a única linguagem utilizada na gestão da saúde. Nem sempre os profissionais agem sobre os *riscos* porque a motivação que os lançam sobre tais questões é a pretensão de eliminar uma possível doença. Há, sim, outras motivações em vista que extrapolam a lógica de gestão das doenças em si.

Quando os profissionais estão atentos em identificar qualquer vestígio de *risco* é também porque, possivelmente, encaram a máxima da *universalização* e da *integralidade* da saúde com certa seriedade, pois muitos haveriam de concordar que a negligência profissional feriria esses princípios tão fundamentais do SUS. Assim, ao agir sobre os *riscos*, criar *casos* e *cuidar* os profissionais também encontram motivações em fazer valer no plano prático os direitos à saúde. Os *universais* das leis, como procurei mostrar momentos antes (cf. supra Capítulo 1), estão presentes no dia-a-dia dos trabalhadores que estão na linha de frente das burocracias, não apenas na forma de prescrição das ações mas como motivação e orientação.

Decerto, o imperativo de *universalização* da saúde não tem um sentido restrito no plano prático, ele pode ser interpretado de diversas formas. No âmbito de trabalho do Consultório na Rua, *universalizar* a saúde teria um primeiro sentido comumente levantado: o de “levar os serviços de saúde” ao seu público-alvo. A princípio parece óbvia a equação de que para universalizar a saúde é preciso chegar até seu público, mas na prática o engajamento para a *universalização* deste direito depara-se com alguns contratempos.

Se nos textos normativos a formulação do Consultório na Rua aparece como o dispositivo por excelência que “leva” o direito à saúde aos que estão privados dele, longe das diretrizes, a lógica parece inversa. As entradas nos territórios não são nada descomplicadas e o público “à espera dos serviços” tampouco são os mais receptivos.

Levando em conta a dimensão concreta dessas circunstâncias constrangedoras, a equipe de profissionais de São Bernardo do Campo recorre às várias estratégias. Caminhar até o local da *ação* é uma delas, uma vez que os profissionais devem ser avistados e identificados de longe, antes de iniciarem a *intervenção*. Calça jeans, camiseta vermelha com o logotipo do serviço, crachás identificados pela foto, nome e profissão; estas são as exigências indumentárias para as *intervenções*, uma vez que os redutores, dentre tantos outros atores que se aproximam, devem diferenciar-se dos demais<sup>73</sup>.

“Mandar um *salve*”, como fazem os redutores no momento da entrada nas cenas de uso, é uma expressão bastante recorrente nas periferias, que dentre outros sentidos,

---

<sup>73</sup> Como eu não dispunha do crachá nem do uniforme, aconselharam-me a usar calça jeans, camiseta e sapato fechado para acompanhá-los no *campo* de modo que a minha vestimenta não destoasse tanto dos demais.

como mostram algumas etnografias sobre crime (Biondi 2010, 2015; Marques 2014), pode ser um cumprimento<sup>74</sup>. O uso de um termo distante da linguagem profissional e mais próxima ao repertório linguístico dos abordados é também uma estratégia com vista a indicar que os redutores têm a intenção de arriscar um idioma comum, explica o coordenador da equipe. Mais do que isso, o *salve*, segundo o sentido dado aos profissionais, demonstra humildade e interesse pelo outro - é um idioma de aproximação.

O *kit saúde*, mais do que um conjunto de materiais empregado com a finalidade de amenizar os danos causados pelo consumo de drogas, é utilizado pela equipe como “moeda de troca”, para utilizar a expressão por eles empregada. Sabendo que nem toda *abordagem* é conveniente, porque está claro para os redutores de danos que suas *ações* é uma invasão do território alheio, a entrega do *kit* ameniza o constrangimento entre ambas as partes. Deste modo, os *insumos* de Redução de Danos, tal como são chamados os suprimentos do *kit*, são menos elementares para a prevenção de certas doenças – noção esta que tenderia à instrumentalização dos Programas de Redução de Danos<sup>75</sup> - e mais fundamentais para obter com êxito uma aproximação. Os *kits*, como artefatos de troca, permitem ainda que profissionais estabeleçam de antemão uma relação na qual também eles tenham algo a oferecer aos consumidores.

Até aqui mostrei como o imperativo em *universalizar* a saúde impulsiona uma criatividade no senso prático para torná-lo efetivo. *Universais* nascem desses encontros entre o vetor de força que o termo condiciona e os demais elementos concretos com os quais eles se deparam.

Levando mais adiante a inventividade das práticas de saúde, os artefatos do *kit* são potentes em estabelecer conexões, mais do que intermediar as relações. Eles produzem mesmo um *vínculo*. Quando dizem que os *kits* são “moedas de trocas” é porque ao oferecê-los, os redutores são retribuídos por algo. A devolução da dádiva, no regime discursivo dos redutores de danos, poderia ser explicada pela seguinte equação:

---

<sup>74</sup> O *salve* pode ser um comunicado, recomendações, mas também diretrizes e orientações de quem *fecha com o crime*. Para estes sentidos de *salve*, ver Biondi (2015). Para verificar outros empregos do termo, sugiro a etnografia do proceder de Marques (2014).

<sup>75</sup> A abordagem pragmática da Redução de Danos é guiada pelo pressuposto de que não cabe aos redutores erradicar o consumo das drogas, mas recolocar no debate o cuidado do consumidor. A entrega dos *kits*, contudo, quando vista apenas como forma de prevenir doenças associadas ao consumo das drogas, remonta a certos grupos de profissionais da Redução de Danos a ideia de que o conceito de redução está restrito a sua aplicabilidade prática, deixando de lado a sua dimensão política. Cf. Domanico (2006), Fiore (2012), Siqueira (2006).

ao dar o *kit*, eles são retribuídos com uma palavra ou um contato. Assim, estes artefatos conseguem produzir uma aproximação.

A entrega do *kit* ocupa um lugar central nas estratégias da equipe, já que nos contatos mais obstruídos pela desconfiança, o *kit* é o único meio através do qual se consegue uma aproximação. Estes artefatos, portanto, são capazes de produzir *vínculos*, a partir dos quais a *rede* se tece para este *caso*. De tanto insistir na dádiva do *kit*, até os mais desconfiados dos abordados certas vezes retribuem os redutores com uma conversa – para os profissionais seria um *acolhimento*. E do *acolhimento* sucede uma *escuta*, que pode ser seguida por um *encaminhamento*. Portanto, de tanto insistir, um *kit* é capaz de abrir um *fluxo* e de criar aglomerados de *cuidados*.

Além disso, é com a desculpa da entrega dos *kits* que os redutores retornam aos *campos* todas as semanas. Uma vez mais, eles são peças fundamentais na gestão desta população, porque são os *kits* quem fazem a manutenção dos *vínculos*; são eles quem mantêm abertos os *fluxos* destes dois mundos diferentes. Essa perspectiva analítica segue as advertências de antropólogos que marcaram a “virada ontológica” na Antropologia, proposta apresentada numa coletânea na qual são discutidas questões de um método para abordar uma pluralidade de ontologias (Henare et al 2007). Numa visão heurística das “coisas” (não dos objetos) rompe-se com um enunciado teórico de que objetos são portadores de “significantes flutuantes” ou de “significado” por nós dados, para em seu lugar, enxergar um campo de fenômenos que a coisa suscita (*ibid.*: 5).

Holbraad (2003) mostrou que nos rituais de *Santería* cubana, o pó “é” poder, formulação esta que descontrói toda uma abordagem essencialista fundada na dicotomia entre sujeito e objeto. Numa visão mais recorrente, o pó é um objeto, o qual o antropólogo deve inventar uma conexão entre a coisa e o poder, assim o objeto faz a intermediação entre dois planos distintos. Quando se diz que o pó é poder, admite-se que as forças são imanentes à coisa, e não externas a ela. Discussões como estas, ajudam a pensar a centralidade do *kit* nas estratégias de *ações* do Consultório na Rua. Além de manter um canal de troca sempre aberto (abrir um *fluxo*), o *kit* também é capaz de criar aglomerados, quando *casos* são criados a partir das queixas trocadas com os profissionais.

É certo que as relações que se estabelecem neste cotidiano de espera e seduções são construídas com a persistência dos técnicos. Para conseguir a confiança dos

abordados, o coordenador salienta que é preciso ressaltar a intenção da equipe em *cuidar*, não em *expulsar*, como muitas vezes é levantada a suspeita. Demonstrar interesse pela saúde da pessoa, mais do que para o consumo do crack em si, como nos conta o coordenador, é fundamental para construir uma relação de intimidade - de confiança, como dizem.

A primeira das condutas que visam à intimidade é o *acolhimento*, uma *ação* de aproximação entre o profissional e o abordado. No âmbito da Saúde Pública, o *acolhimento* é um modo inédito de operar a assistência de maneira que os profissionais da saúde, em lugar de dar mais atenção às constatações físicas, às doenças, por assim dizer, passam a estar atentos aos sofrimentos psíquicos e físicos do paciente. Por ser uma ação tecnoassistencial, o acolhimento é visto como uma “tecnologia do encontro” (Brasil 2009a: 22) - não é necessário um local específico para acontecer, é uma postura que implica *ouvir*, uma técnica investida na intimidade.

A proximidade do *acolhimento* permite ao profissional abrir um canal de comunicação e estabelecer um *vínculo* mais duradouro. Treinados a estarem atentos às complicações de saúde do usuário de droga, os redutores de danos iniciam a conversa com uma pergunta precisa: *Como está a sua saúde?* Uma simples pergunta que, apesar de sua aparente despreensão, pode provocar o encadeamento de relações clínicas e políticas nada triviais.

A *escuta* dos sofrimentos, antes de tudo, é provação corporal. Num sentido próximo àquilo que para alguns pesquisadores o trabalho de campo é entendido como interações corporais (Cefai 2010), as relações estabelecidas no encontro destes profissionais da saúde como moradores de rua também são compreendidas na mesma chave explicativa, inclusive a *escuta* é uma provação corporal, segundo evoca o psicanalista que acompanhou a equipe do Consultório na Rua nas supervisões clínicas<sup>76</sup>. Incitando os trabalhadores a potencializar a sensibilidade da *escuta*, para ele, o ouvir terapêutico é antes uma interação corpórea que consiste em emprestar o corpo para o paciente fazer de cada parte dele (mãos, boca, olhos) um dispositivo de *escuta*. A boca que sorri ou que se cala, também consegue *escutar* o que diz o paciente. Os olhos

---

<sup>76</sup> Um psicanalista é responsável pela supervisão clínica da equipe do Consultório de Rua. Neste espaço são avaliados os casos clínicos dos sujeitos abordados nas cenas de uso de drogas que, embora tenham vínculo com os profissionais, não fazem tratamento nas instituições de saúde. Como preceptor dos casos, o psicanalista discute a prática profissional, sobretudo o que se entende por *escuta*, e a história de vida dos pacientes, analisando suas subjetividades.

atentos ao paciente também são capazes de *escutar*. Como ele mesmo adverte: *Empreste o seu corpo. Doe o seu corpo como ouvido para o paciente. Seja todo ouvidos pra ele*<sup>77</sup>.

Mas a *escuta* também tem ocupado um lugar de destaque na gestão das vulnerabilidades. Fassin (2006) nos mostra que no decorrer dos anos 1990, as políticas sociais passaram por três reconfigurações importantes no que diz respeito ao seu alvo e sua abordagem. Os problemas relacionados às desigualdades têm sido vinculados à exclusão, as consequências sobre os indivíduos têm sido interpretadas em termos de sofrimento e as soluções passaram a ser propostas em torno do lugar da *escuta*. De forma resumida, a exclusão, o sofrimento e a *escuta* formatam uma dimensão semântica da compaixão, como prefere qualificar Fassin para reforçar o caráter moral do fenômeno. Os programas assistenciais contemporâneos utilizam a ideia de sofrimento social para pensarem os aspectos relacionados com a vulnerabilidade das populações mais pobres. Ele tem sido tomado como instrumento conceitual e analítico para justificar as intervenções das medidas assistenciais. E ainda, a *escuta* é central na administração dos *riscos* por ser um procedimento das palavras não ditas ou silenciadas que dão acesso à subjetividade do indivíduo, assegurando, desta vez, elementos subjetivos para o cálculo preventivo dos *riscos*. A disseminação desta técnica permitiu que o sentido da clínica fosse ampliado<sup>78</sup>, como mostra Cardoso (1999) de modo que expandisse, por sua vez, a capacidade de investigação dos pacientes, não apenas de seus sintomas, mas de suas particularidades, seus sofrimentos físicos e psíquicos.

A *escuta* é técnica proveniente da Psicanálise, antes restrita aos consultórios, mas, em função da disseminação do saber psicanalítico na Saúde Pública, com as diretrizes adotadas com a Reforma Psiquiátrica, hoje é uma técnica amplamente difundida nos serviços públicos de saúde. Linguagem também dos CAPS, onde primeiramente foi implantado o modelo de atendimento substituto aos hospitais psiquiátricos no Brasil, Sartori (2010, 2015) nos mostra em sua etnografia sobre um modelo de atendimento no interior do estado de São Paulo o novo léxico da Saúde Mental que foi impregnado pela linguagem psicanalítica, tomando de empréstimo tais práticas discursivas, descritas por Antonio (2010) na etnografia de uma clínica lacaniana.

---

<sup>77</sup> Diário de campo 25 de fevereiro 2012.

<sup>78</sup> O dispositivo de consulta, como chama Cardoso (1999), faz do consultório médico o lugar privilegiado das práticas clínicas. Nesse espaço, e durante a consulta, o médico produz um diagnóstico por meio de uma “operação interpretativa” das sensações físicas do paciente.

A propagação da Psicanálise ocorreu na sociedade brasileira entre as décadas de 1960 e 1970, resultando na adesão da teoria e prática em outras áreas profissionais, além do surgimento de um “idioma psicanalítico” utilizado por diversos grupos profissionais, oriundos de diversas áreas, como mostra Russo (1993). Nos Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), modelo recente de gestão para populações ditas vulneráveis, há ressonâncias de termos e de projetos terapêuticos inspirados no campo psicanalítico, como mostram algumas pesquisas sobre um serviço para moradores de rua (Martinez 2011, Oliveira 2012, Pereira 2013).

A ideia de *autonomia* é exemplo dessa correlação para qual chamo atenção. Nas instituições de assistência social para populações de risco (CREAS, CRAS, núcleos de medidas socioeducativas<sup>79</sup>) a *autonomia*, ainda que tenha suas particularidades em cada um dos serviços, aparece junto como seu correspondente e complementar par, a *ressocialização*, como o objetivo dos projetos: *autonomia* aproxima-se muito do sentido de cidadania. Assim, o sujeito *autônomo* é aquele que conquistou sua cidadania, que foi “incluído” na sociedade, foi “ressocializado”. Esse mesmo termo propagou-se no campo da saúde, nos serviços de saúde mental (CAPS, comunidades terapêuticas, residências terapêuticas) e nas estratégias dos PSF.

Ainda que em cada serviço existam particularidades nos projetos institucionais, o que se verifica nessas derivas semânticas são práticas discursivas generalizáveis em todo o campo da administração dos *riscos*. Em alguma medida esse idioma coberto de referências psicológicas se presta a gerir substratos muito moleculares dos sujeitos – são técnicas de gestão.

Para o caso dos redutores de danos, retornar com frequência ao *campo*, oferecer os *kits saúde*, procurar saber da saúde dos abordados, *escutar* as queixas; todas essas são maneiras por eles mobilizadas para construir algo em comum, partilhar cada vez mais o cotidiano das pessoas abordadas, conviver harmoniosamente agentes de saúde e moradores de rua, sem que a presença dos profissionais seja ameaçadora ou desconfortável. Busca-se, com isso, incorporar, em certa medida e com algumas restrições, as visitas dos redutores de danos à dinâmica desses ambientes de consumo de crack. É de forma lenta e gradativa que os redutores de danos constroem os *vínculos*, “conquistam os usuários”, para utilizar a expressão deles, criam uma proximidade, rompem um limiar que antes os impedia de *intervir*.

---

<sup>79</sup> Sobre os núcleos de medidas socioeducativas sugiro Feltran (2011), Munhoz (2013).

A *ação* no viaduto da Lions ilumina todo o campo de reflexão aberto até aqui. Com a queixa de que se sentiu mal por causa do calor, a enfermeira sugeriu verificar a pressão arterial de um dos rapazes da Lions. A proximidade deles, permitindo o toque do corpo, concedeu à profissional a oportunidade de conhecer pouco mais sobre a vida íntima do casal. Interessava à enfermeira conhecer as suas práticas sexuais, de modo que, também em suas condutas, a profissional pudesse *intervir*. Desta vez, calculando o *risco* de transmissão de doenças contagiosas, a profissional aconselha o uso de preservativo, tentando incutir na relação do casal a prática do “sexo seguro”, cujo discurso preventivo é também utilizado por outros agentes de saúde entre as travestis (Pelúcio 2009) e mulheres infectadas pelo HIV nas camadas pobres urbanas (Guimarães 1996). Ainda seguindo com uma pedagogia dos *riscos*, foi aconselhado aos parceiros um método anticoncepcional – um contraceptivo injetável com doses que agem por volta de um a três meses.

Com a constatação de um ferimento nos órgãos genitais, a enfermeira sugeriu retirar uma amostra de sangue do rapaz. Ao empregar a conduta adequada para *intervir* sobre agentes biológicos causadores da sífilis, a profissional adentrou pouco mais naquele corpo. A gota de sangue revela muito das coisas que formam um corpo e uma pessoa. O sangue, como substância corporal central para o conhecimento biomédico, tem propulsionado a criação de equipamentos sofisticados e sensíveis para inspecioná-lo, tomando como crença a ideia e a racionalidade moderna (Rabinow 1991) de que, ao se conhecer o corpo, melhor se pode manejá-lo. O sangue e os demais fluídos corporais quando examinados em laboratórios passam a comunicar informações, também esses materiais tornam-se propósito de regramento, via aferições, medicamentos, aconselhamento, monitoramento, como bem mostram etnografias sobre doenças crônicas (Bezerra; Fleischer 2013). O sangue coletado para o mapeamento e contagem de suas células sanguíneas e o escarro colhido de um suspeito de ter em seu corpo os *bacilos de Koch* serão submetidos à leitura e, por isso, serão alvos de *intervenções* futuras.

A crença de que o sangue é capaz de revelar “verdades”, não é crença exclusiva de nós ocidentais modernos. Carsten (2013a) relata um episódio em que o sangue adquiriu seu status de ícone muito relevante capaz de revelar a verdade sobre o caráter moral de um político numa cidade da Malásia. E também se acreditava no fato de que o sangue traz à tona a verdade durante a Idade Média, como mostra Bildhauer (2013).

Pensando mais em iluminar a condição especial do sangue ser substância corpórea, material e metáfora, a aposta da antropóloga Carsten (2013b) é de verificar as “qualidades polivalentes e sua capacidade em acumular camadas de ressonâncias simbólicas” (2013b: 2).

A gota de sangue transportada em uma lâmina pelos redutores de danos será cadastrada em pelo menos três registros, cada qual em um ponto diferente da *rede*: no *prontuário* do paciente<sup>80</sup>, registro este limitado à consulta dos profissionais do Consultório na Rua; no sistema *Hygia*, *software* que permite enxergar todos os pacientes atendidos em qualquer parte da *rede*; e no registro interno do laboratório de análises clínicas. Com tais inscrições sobre o sangue, a pessoa, que nem sequer pisou nos equipamentos, passará a existir nos serviços de saúde, ela será visível para os demais profissionais da *rede*. Uma vez que a pessoa passe a existir, sua saúde também será gerida pelos profissionais e por todo um aparato de gestão. Deste modo, os fluídos corporais e os registros levados à *rede* não são apenas papéis ou “amostras” de material biológico, são “partes” das pessoas que migram de um lugar a outro dos aglomerados da *rede* – “partes” delas deslocam-se de um lugar a outro.

As conexões que os microrganismos fazem são incontáveis. É Latour (1993) quem nos mostra que os micróbios provocaram uma revolução ontológica no século XIX. A observação de um mundo molecular revelou a presença de agentes que atuam direta e fortemente sobre os humanos, sociedade, cultura e objetos. Os micróbios redefinem as fronteiras das relações que não são apenas “sociais”, segundo o autor nos adverte:

A sociedade não é feita apenas por homens, em todo lugar os micróbios intervêm e atuam (...). Em todas essas relações, um a um desses confrontos, outros agentes estão presentes, atuando, trocando seus contratos, impondo seus objetivos e redefinindo os laços sociais de diferentes maneiras (Latour 1993: 35).

No limite, a presença dos microrganismos invoca a noção de modernidade à sociedade, quando Latour (1993) comenta que a própria ideia de sociedade mudou.

---

<sup>80</sup> Os prontuários são documentos que registram a “história institucional” do paciente, os antecedentes do sujeito nas instituições (suas internações, sua medicação, as reincidências). Uma análise crítica sobre os prontuários será retomada no Capítulo 4.

Ademais, os micróbios foram responsáveis pela disparada tecnológica das vacinas e a doutrina do contágio incitou a organização do movimento higienista do século XIX. Sem eles, não teríamos cidades planejadas com drenagem e tubulações, nem a ideia de ecologia (como a concebemos atualmente) e de defesa do meio ambiente, enfim não teríamos toda a moralização somada à ideia de *hygiene*.

Com a entrada de novos e poderosos agentes na *rede*, algumas outras conexões deverão ser feitas em diversos serviços de saúde. A pequena amostra de sangue e o escarro conectarão não apenas os serviços envolvidos diretamente na análise dos corpos dos moradores de rua que entraram na *rede*, mas, uma vez mapeados os agentes biológicos causadores de enfermidades tão amedrontadoras entre humanos, eles poderão concatenar outros “pontos” da *rede*.

Se o *bacilo de Koch*, o agente que dispara a doença da tuberculose, for encontrado no escarro, os profissionais do Consultório na Rua, responsáveis pelo caso levado à *rede*, deverá *encaminhá-lo* ao Programa de Controle de Tuberculose do município<sup>81</sup>, já que também a equipe deste setor precisa saber onde estão localizados os “vetores” da doença e sobre eles também devem realizar *ações* de monitoramento. Uma ligação telefônica comunicando a identificação de uma infecção basta para estabelecer uma conexão com outro serviço, ou, nos dizeres dos trabalhadores, para “abrir um *fluxo*”.

O mesmo procedimento deverá ocorrer no caso de identificação do vírus causador da Aids (Vírus da Imunodeficiência Humana) ou outros agentes causadores de outras doenças sexualmente transmissíveis (vírus, fungos, bactérias e parasitas<sup>82</sup>). Para tanto, os redutores de danos, assim como qualquer outro profissional que identifique um

---

<sup>81</sup> O Programa de Controle de Tuberculose, coordenado pela Secretaria da Saúde, realiza ações de prevenção, controle e cura da doença. As estratégias adotadas pelo programa na busca de casos e no tratamento da doença também são intersetoriais. Além do atendimento no Ambulatório, a equipe está presente nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e no Centro de Detenção Provisória (CDP). Este mesmo programa foi indicado como exemplar no combate contra a tuberculose pelo Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo (CVE). Cf. [http://www.saobernardo.sp.gov.br/comuns/pqt\\_container\\_r01.asp?srcpg=noticia\\_completa&ref=10973&qt1=0](http://www.saobernardo.sp.gov.br/comuns/pqt_container_r01.asp?srcpg=noticia_completa&ref=10973&qt1=0)

<sup>82</sup> No grupo dos vírus os mais controlados pelo Programa de DST/AIDS são os agentes infecciosos causadores de HIV, herpes, hepatites, HPV; dentre as bactérias, a causadora da sífilis. Os fungos, parasitas e protozoários, o monitoramento não é realizado por este programa específico, mas deve ser acompanhado pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para uma discussão das políticas de DST/Aids no Brasil ver Mesquita e Bastos (1994).

desses agentes, devem contactar o Programa DST/AIDS<sup>83</sup>, de modo que também essa equipe possa elaborar suas *intervenções*.

O deslocamento de pessoas, microrganismos, documentos e outras coisas, para serem efetuados de modo que outros trabalhadores possam identificar o *fluxo* aberto, precisam seguir certas orientações normativas, chamadas de *protocolo*. Muitas das *ações* dos serviços de saúde são *protocoladas* tanto por gestores da Prefeitura ou de alguns dos Ministérios (cf. infra Capítulo 5). Não é o caso de explorar as normativas ministeriais neste momento, apenas os *encaminhamentos* feitos na *ação* do viaduto da Lions. Ali foram *encaminhadas* ao laboratório as amostras de material biológico que supostamente carregavam vírus, bactérias ou fungos. O manejo de certos agentes é regulamentado pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA), registrado em documento o procedimento indicado para a conservação do material durante o seu transporte<sup>84</sup>. Cada componente requer cuidados específicos, tanto de conservação (temperatura), como de manipulação durante o transporte, de forma a preservar a sua integridade e estabilidade, bem como a segurança do pessoal envolvido em seu manejo. Foram padronizados pela ANVISA o tipo de embalagem, a rotulagem do material, o local de sua conservação, o uso de vestimentas e equipamentos adequados para a proteção individual – essas são algumas das instruções *protocoladas* para o trato de certos microrganismos.

Para abrir o *fluxo* no laboratório, tornando visível também ali uma *ação*, os profissionais devem anotar em etiquetas padronizadas o nome do paciente e o número do *protocolo* do exame solicitado, que devem ser entregues junto à “ficha de *encaminhamento*” – documento que registra também o serviço solicitante do exame e o técnico responsável pelo *encaminhamento*, além dos dados do paciente. Com esses documentos etiquetados, *protocolados* e assinados, a entrada de um agente biológico é registrada na *rede*.

Para o controle das *ações* prestadas nas ruas e dos *fluxos* liberados pelos profissionais do Consultório na Rua, é anotada na “planilha de *campo*” a atuação dos agentes de saúde, deixando registrados os dados do abordado (nome completo, RG, data

---

<sup>83</sup> Ligado à Secretaria de Saúde, o Programa de DST/AIDS foi criado em 1993, na época operando de forma menos intersetorial que atualmente em função do baixo investimento na criação de setores especializados no atendimento de populações específicas. Hoje, o programa adequou-se ao modo de trabalho inspirado na intersetorialidade, atuando em conjunto com o Consultório de Rua, a Atenção Básica e a Especializada.

<sup>84</sup> Cf. ANVISA. 2013. *Guia para transporte de sangue e Componentes*.

de nascimento e nome da mãe), para que o indivíduo, ao ser cadastrado com tais dados no sistema *Hygia*, passe a ser visualizado pelos demais trabalhadores da *rede*. Este documento estabelece formal e burocraticamente as “pontes” entre a rua e a *rede*.

Dentro da proposta de uma clínica ambulante que se presta mais a conectar dois universos do que solucionar problemas clínicos, as *intervenções* contribuem mais para criar muitas associações, porque são elas que engatam os pontos, elas tecem a *rede*. Os profissionais trazem pessoas inteiras para a *rede*, mas também transportam outros componentes de gente, como o escarro, o sangue, pus, e com estes são transportados micro-seres, vírus, bactérias, bacilos. O universo todo da rua é arrastado para dentro da *rede*. É neste sentido que o coordenador do Consultório na Rua afirma (na epígrafe deste capítulo) que os redutores podem levar uma série de coisas à *rede* - incômodos, desconfortos e problemas.

### **3.2 – Tecendo alguns nós: no *buraco* da Pauliceia**

O *buraco* da Pauliceia, como é chamado pela equipe do Consultório na Rua, é expressão ambígua que estabelece simultânea e prontamente uma conformação entre sentido literal do termo buraco e uma dimensão moral que a permeia. Este terreno baldio, localizado na divisa territorial de Diadema, foi tomado por alguns consumidores de crack, que, para fumarem *pedra* longe dos olhares da vizinhança, cavaram um buraco no meio do matagal. Tempos depois da posse do local, os consumidores, segundo contam os redutores, deixaram de fumar crack soterrados no buraco e passaram a ocupar um imóvel abandonado de dois cômodos que teria servido como depósito de materiais de construção para as obras iniciadas no condomínio residencial ao lado, além de ocuparem o espaço com barracos erguidos com lonas e madeiras, mobiliados com alguns sofás e colchões velhos descartados naquele imenso terreno.

O buraco, embora quase inativo, impressionou alguns profissionais da saúde, e a mim também, pela correlação quase imediata que se faz do buraco com túmulo – a morte mesmo em última instância. Tal associação não vem à mente em vão. De tanto que se fala publicamente sobre o combate ao crack, atribui-se aos *nóias* a designação de

zumbis, uma acepção que carrega ao mesmo tempo uma acusação e uma sentença (cf. supra Capítulo 2). Uma vez nessa condição, ao cavar o buraco para o uso da *pedra*, cava-se também a própria cova, retomando um provérbio já conhecido.

Buraco é também, num sentido empregado popularmente, um lugar ruim para se viver, longe e de difícil acesso. Ainda que se leve em conta essas valorações dadas de antemão ao termo, do ponto de vista analítico, é preciso admitir que este estigma não lhe cabe como atributo privativo. O buraco é inteligível pelo que enseja, pelas coisas e pessoas que ele reúne. Na Pauliceia, o buraco mobilizou alguns trabalhadores de diversos serviços de saúde, por isso o encaro pelo seu potencial de mobilização e não de desterro, como pode parecer primeiramente e como muitas vezes foi mencionado entre diversos trabalhadores de saúde da cidade.

Foi uma das Agentes Comunitária de Saúde (ACS) da Unidade Básica de Atendimento (UBS) do território 1- o serviço de saúde de abrangência do bairro Pauliceia – quem identificou o terreno baldio tomado por usuários de crack, depois de acompanharem na UBS o caso de uma frequentadora do *buraco* diagnosticada com tuberculose. A equipe do PSF daquela unidade pediu para que as agentes de saúde fossem verificar o local – para elas, o *buraco* era território vetor de doenças, pois se esperava que com o monitoramento do terreno pudesse também controlar o contágio da tuberculose. Como se tratava de um espaço ocupado para o uso de drogas, as ACS entraram em contato com a equipe do Consultório na Rua, porque também elas entendiam que cabia a este serviço o atendimento daquele público específico.

Na primeira *ação* dos redutores de danos, na qual não os acompanhei, Rosemeire, uma das frequentadoras do *buraco*, foi *abordada* e mediante a sua queixa (um grave ferimento na perna) os agentes de saúde *encaminharam-na* à UBS do bairro para que um profissional especializado pudesse tratá-la. Os redutores *acompanharam* pessoalmente Rosimeire no atendimento da UBS, pedindo para que ela fosse *encaminhada* a um médico mesmo sem os documentos necessários que comprovassem seu domicílio no bairro, ainda que tal pedido contrariasse as exigências das orientações normativas dos distritos sanitários, as quais determinam que os equipamentos de cada distrito faz a cobertura apenas dos pacientes residentes no território circunscrito, diferente do caso de Rosemeire (cf. infra Capítulo 6).

O médico generalista que a atendeu, ao ver a ferimento em processo inflamatório avançado, sugeriu uma injeção intramuscular ou endovenosa de antibiótico, que foi recusada pela paciente. Como Rosemeire havia “entrado” num serviço de saúde e tão logo saiu sem que recebesse os *cuidados* necessários para resolução da lesão, contando com o fato de que Rosemeire é usuária de drogas, moradora de rua, instalada num local foco de tuberculose e cenário de consumo de crack; com tantos *riscos* que envolviam o seu caso, tanto a equipe do Consultório na Rua quanto da UBS Pauliceia não deram o caso por encerrado.

Com um *vínculo* ainda por construir com Rosemeire e, por meio dela, tentar a entrada no *buraco* da Pauliceia, a equipe do Consultório na Rua passou a investir nas visitas semanais. Foi assim que o *buraco* tornou-se um *campo*, um espaço monitorado pelos profissionais da saúde. Também a equipe do PSF daquela UBS traçou como estratégia o acompanhamento de Rosemeire por meio de visitas mais frequentes a fim de que o *buraco*, pelos *riscos* ali identificados, fosse inspecionado, ou ainda, sem perder de vista um importante imperativo do SUS, para que também às pessoas do *buraco* fossem levados os serviços de saúde, a saúde fosse *universalizada*, por assim dizer.

No dia 11 de junho de 2012, o Consultório na Rua planejou sua segunda *ação* no *buraco*. As ACS queriam acompanhar a equipe. Por telefone, pediram aos redutores de danos que se fizesse uma “*ação conjunta*”. Esta foi a estratégia traçada por ambas as equipes para entrar naquele território, criar um *vínculo* com Rosemeire, quiçá com os demais frequentadores, e fazer uma “*ponte*” com os serviços de saúde, para, no futuro, abrir o *fluxo* daqueles sujeitos. Para esta *ação*, o coordenador do Consultório na Rua escalou uma enfermeira, dois técnicos redutores de danos, dois agentes de redução de danos. Eu fui designada para acompanhá-los naquela tarefa.

### 3.2.1 - Uma ação no buraco da Pauliceia

Chegando à Rua Camargo, o veículo do Consultório na Rua estacionou a alguns metros de distância do terreno chamado por eles de *buraco* da Pauliceia. Descemos todos ao encontro das ACS, que esperavam a equipe. Uma delas chamou por Saulo no portão, marido de Rosemeire. Nenhuma resposta. Três dos redutores deram a volta no

terreno baldio que cercava o local para entrarem pela rua lateral, onde parte do muro havia desabado. Puxei conversa com uma das ACS. Ela queria me mostrar “o” buraco, do qual tanto se falava. No meio dos arbustos já altos, o buraco que a ACS tentava me mostrar era quase imperceptível. Tive que subir no banco do ponto de ônibus para ganhar visão do terreno baldio. *Ali ó, bem na área que não tem grama. Tá vendo o buraco? Tá cheio de mato em volta dele.* A ACS chamava a minha atenção para um olhar mais cauteloso. Cerca de cinco pessoas, segundo conta a agente, se “enterram” ali para fumarem *pedra*. Em dias de chuva, cobrem-no com papelão, tornando o local ainda mais discreto do que já é. A ACS apontou para uma menina que naquele momento atravessava o terreno, dizendo ser uma das que “vive” naquele buraco. *Eles entram no buraco pra fumar, né. Não ficam ali o tempo todo. Não moram ali.* Ela esclareceu o uso da palavra que me causou espanto. Fernanda era conhecida na UBS do bairro por ter interrompido três vezes o tratamento de tuberculose. Uma agente chamou a outra, censurando a atitude de Fernanda: *Ela é uma filha da mãe, vai passar tuberculose pra todo mundo do buraco.* Preocupada, sobretudo, com a transmissão do *Bacilo de Koch* para os demais frequentadores do *buraco*, a ACS fazia um apelo a mim para que os redutores voltassem ali com mais frequência. Ela pediu um contato mais estreito do Consultório na Rua com a UBS local.

Minutos depois, Saulo, após uma rápida conversa com os três redutores que entraram primeiro, abriu o portão para nós. Entramos todos. Estávamos em oito. Surgiram algumas pessoas entre o matagal do terreno, curiosos em saber o que fazia tanta gente da prefeitura ali. Eram amigos do casal. Alguns redutores aproveitaram para apresentar o serviço do Consultório na Rua, quase como uma desculpa por ter “invadido” o local. Numa parte mais rebaixada do terreno, atrás de uma moita grande, vi umas três pessoas pitando o cachimbo.

Depois de uma conversa rápida, algumas de nós mulheres entramos no quarto para encontrar Rosemeire. Outros redutores seguiram conversando com Saulo. Local escuro, sem acabamento nas paredes. Ela estava deitada numa cama de casal, um dos poucos móveis dali. Segurava um pires com um toco pequeno de vela, cuja luz bruxuleante mal iluminava o cômodo. A luz da vela, próxima à face, dava a seu rosto contornos cadavéricos, com olhos fundos e rosto muito magro. Um pouco sem jeito com toda aquela gente, Rosemeire disse não ter cadeiras pra todos. A única que possuíam, seu marido tinha vendido no dia anterior. A enfermeira é quem começou a *abordagem*:

*Como está sua saúde?* Rosemeire ajeitou-se na cama, preparando-se para falar um pouco sobre ela. Reclamou bastante do machucado, que apesar de estar cada vez menos inchado, ainda causava-lhe muita dor. *O que você tem passado no machucado?* Perguntou a enfermeira. *Soro fisiológico que meu marido comprou pra mim,* respondeu. Uma das ACS a repreendeu, dizendo que pelo grau de infecção do ferimento, o soro fisiológico não ajudará em nada. *Você precisa de um antibiótico, menina,* completou a agente inconformada. A enfermeira, por sua vez, no lugar de dar continuidade à repreensão colocada pela outra profissional, enfatizou o aspecto positivo da assepsia que Rosemeire preocupava-se em fazer, mesmo dizendo que não era suficiente para conter a inflamação na lesão. Sentando no canto do colchão, a enfermeira pediu para ver o ferimento. Ela mostrou a panturrilha com três grandes orifícios, já sem pus. No dia anterior, a ferida, que estava bastante inchada, havia estourado.

Rosemeire teve que se sentar perto da porta para que a enfermeira pudesse examinar o ferimento à luz do sol, já que de dentro do quarto mal se conseguia enxergar. Teria que fazer um novo curativo. A enfermeira pediu ajuda. Eu entregava os utensílios de primeiros socorros, enquanto a enfermeira fazia o curativo. As duas ACS e uma redutora de danos permaneceram em pé todo o tempo em que fazíamos a *ação*. Uma das ACS andava pelo pequeno cômodo fazendo comentários sobre as condições precárias em que o casal vivia: a pouca luminosidade e má circulação de ar. Questionava-se também como o casal faria suas refeições e higienização, dado que não foi constatado por ela nem os utensílios culinários, nem o banheiro. Foram muitas as interjeições feitas pelas ACS, pouco acostumadas com aquele modo de vida. Já os redutores de danos, numa *abordagem*, atentam-se para não fazer tantos comentários, já que a perplexidade demonstra um certo estranhamento, algo que pode comprometer a aproximação. Os redutores pouco falam, *escutam* bem mais, ao contrário do que fazia as demais profissionais.

Uma das ACS prometeu trazer a enfermeira no dia seguinte para refazer o curativo em Rosimeire. Ao término do curativo, a enfermeira deixou com Rosimeire um pacote de gaze, algumas bisnagas de soro fisiológico e um frasco de óleo cicatrizante para o tratamento da ferida. Os outros três redutores, que aproveitaram o momento de *acolhimento* de Rosemeire para conhecer o terreno e tentar uma conversa com os outros usuários, retornaram à casa com Saulo. Ele perguntou se estamos cuidando bem de sua esposa. Agradeceu a visita e disse estar muito contente em saber que alguém se

preocupava com eles. Não estaria em casa para receber as ACS no dia seguinte, mas garantiu que Rosemeire irá abrir a porta para elas. Orientou as ACS a chamar sua esposa pelo nome e dizer que são do “postinho de saúde”, porque assim, se Rosemeire não puder abrir o portão, seus amigos, que ficam quase que frequentemente no terreno, abririam para elas. Já um dos redutores, disse que na próxima segunda-feira eles retornariam para entregar-lhes mais *kit saúde* ao casal e as demais pessoas do local.

### 3.2.2 – As ações intersetoriais: as articulações da rede

O ferimento causado pela queda de bicicleta, como relatou Rosemeire ao médico da UBS, não foi, evidentemente, o alerta que disparou a *intervenção* no bairro Pauliceia. Esta cena de uso de crack agrupa um conjunto de causalidades associado a um jogo de probabilidades do *risco* se efetivar, por isso, justifica-se a conjunção de diversos saberes, setores e profissionais engajados na *intervenção* daquele local. Lugar de consumo de drogas, infectado pela tuberculose, invadido por dezenas de usuários de crack; o *buraco*, ao mesmo tempo em que agrega uma soma de indicadores, coloca uma determinada ordem de problemas, a partir dos quais as equipes técnicas buscam compor uma estratégia de *articulação*, uma “ação conjunta”.

Isso faz com que as *ações* quando *enredam* usuários, trabalhadores e gestores, consolidem responsabilizações e cooperações, por isso, elas modulam os nós da *rede*. Para se efetivar as “ações conjuntas” dizem que é uma *articulação* que se faz. Articular coisas na *rede* de saúde significa unir um ou mais equipamentos por meio de uma relação que faz com que esses dois serviços possam movimentar-se juntos. Entendo essa junção como uma relação de parceria porque ela está imbuída por interesses em comuns, ainda que haja uma soma de outros componentes dessemelhantes.

As *articulações* abarcam pontos de ligação que de modo algum engessam o movimento, ao contrário, são as conexões que exigem dos serviços de saúde um novo dinamismo, fazendo com que seja produzido um *cuidado* em *rede*. As *articulações*, porque são amarrações entre os mais diversos profissionais, colocam em funcionamento estratégias e métodos que efetivam uma *ação* ampla o suficiente para realizar o que se chama de “proteção *integral*” ao paciente – uma *ação* que segue em direção ao princípio

e ao ideal da *integralidade* (cf. supra Capítulo 1). Pinheiros & Mattos (2001) em uma coletânea trazem a discussão da polissemia do termo *integralidade*. Nas reuniões que acompanhei das equipes de São Bernardo do Campo, a ideia da *integralidade* anima os debates. Ela engendra muitas propostas para adaptar um serviço no outro, em busca de uma situação ideal na qual as *articulações* são perfeitamente ajustadas, tão bem *articuladas* que quase nada escape da *rede*.

Os usuários de crack do *buraco* da Pauliceia incitaram nos trabalhadores da saúde de São Bernardo do Campo a ideia de que em contextos de privação, cabe a estes profissionais assegurar o “direito à saúde” que parece lhes faltar. Com muito esforço, alguns profissionais de diversos equipamentos planejaram, discutiram, estudaram e elaboraram um modo de entrar no local onde, para eles, não se tinha acesso aos serviços de saúde, por isso, um território de interesse não apenas do Consultório na Rua, mas de outras equipes profissionais, no limite, um caso para toda a *rede*. Com vistas a organizar a gestão dos serviços e cumprir o preceito de “promoção de direitos”, estes profissionais adotaram como estratégia de gestão da saúde a *articulação* dos setores, ou a gestão do tipo intersetorial.

Embora ambas as equipes que atuaram no *campo* da Pauliceia tenham elaborado separadamente alguns artifícios para entrar no local, cada qual com propósitos específicos e posturas até divergentes, sabiam que as *ações* isoladas são menos preponderantes que as *articuladas*, uma vez que, quando se faz uma “*ação* conjunta”, acredita-se na ideia de que os equipamentos de saúde tornam-se mais potentes.

Como fazer *articulações*? De que maneira juntar diversos profissionais com o objetivo de desenvolverem conjuntamente uma *ação*? A que finalidade se destina?

Depois da *intervenção* no bairro Pauliceia descrita anteriormente, foi discutida esta *ação* na “reunião de equipe” do Consultório na Rua, na qual os profissionais relatam suas atuações e estudam-se as possibilidades futuras de *intervenção*. Geralmente, os técnicos que participaram da cena descrevem em detalhes como foi a aproximação, a entrada no terreno, a reação dos abordados e suas queixas; tudo isso porque também a equipe precisa compreender, diante da postura dos profissionais de saúde, as reações dos abordados. Enquanto discutem os *casos*, um profissional deve ficar responsável por tomar notas no “livro de encaminhamento”, no qual ficam registrados de forma sucinta o debate e as deliberações, para que toda a equipe tenha

conhecimento do que foi tomado como resolução para as próximas etapas do planejamento. Os registros das *ações* deixarão no livro os vestígios dos profissionais no *campo*. É a partir da leitura dessas inscrições que os profissionais irão retomar o *caso* e acompanhar a *ações* já feitas.

Primeira deliberação: convocar uma reunião intersetorial para discutir o *caso* de Rosemeire e Saulo com a equipe da UBS. Nessas reuniões entre diferentes serviços, debatem-se as estratégias dos procedimentos clínicos que serão adotados para solucionar o caso conjunto. São também questionadas as maneiras pelas quais se faz uma *articulação*, qual seja, o de pactuar tratos ou acordos entre os profissionais. As relações de parcerias, as *articulações* como dizem, não se mantêm ativas por longos períodos, nem se pretende operacionalizar o trabalho de tal forma. Interessa estabelecer certas conexões apenas nas situações em que um serviço de saúde não irá administrar um *caso* isoladamente, seja porque a ocorrência extrapola o manejo que um único equipamento é capaz de realizar, ou porque interessa mais pulverizar as relações que geralmente são unilaterais de *cuidado*.

No caso do *buraco* da Pauliceia, interessava aos dois serviços *articularem-se* naquele momento a fim de que tanto os *cuidados* relacionados aos usos de drogas, quanto os *cuidados* clínicos para a infecção, as doenças respiratórias, as DSTs e outras enfermidades infectocontagiosas pudessem ser monitoradas de forma tão sutil quanto efetiva, ainda que por tempo determinado, até que, ao menos, os *riscos* mais eminentes pudessem ser administrados com uma certa margem de controle.

De modo mais sutil, a ideia ao colocar à disposição do público-alvo diversos técnicos servindo de pontos de apoio é também uma estratégia para fazer com que os sujeitos mais arredios fiquem afastados da *rede*, porém *vinculados* aos equipamentos de saúde mesmo que por uma linha tênue.

É inevitável que no encontro das equipes, ainda que a pretensão do debate seja atar parcerias, os saberes técnicos dos profissionais sejam confrontados, assim como suas visões de mundo e suas posturas. Das discordâncias que emergiram nesta tentativa de *articulação* entre redutores de danos e ACS, o dissenso entre a noção de *abordagem* foi levantada como pauta pela equipe do Consultório na Rua. Para os redutores, é primordial uma *abordagem diferenciada*, que, por adotar uma perspectiva da Redução de Danos, é mais branda do que incisiva, por isso estabelece uma relação de empatia

com o abordado. De acordo com as observações que as ACS fizeram durante a *ação no buraco*, as interjeições carregadas de emoções e julgamentos, do ponto de vista dos redutores, a abordagem delas era completamente inadequada no espaço da rua.

Até muito recentemente, os Programas de Redução de Danos estiveram associados aos serviços públicos de saúde junto aos Programas de DST/AIDS. Em 2006, contudo, a Redução de Danos é reconhecida legalmente (lei 11.343/2006) como estratégia de saúde que visa prevenir ou reduzir as consequências negativas associadas ao consumo de drogas, com isso passa a inserir-se nos espaços institucionais através das políticas centrais do SUS<sup>85</sup>. Por esta razão, a Redução de Danos passou a ser um método da própria política do Ministério da Saúde para atenção aos usuários de álcool e drogas<sup>86</sup>. Efetivamente, o que se passou foi a ampliação do conceito na saúde no campo da administração pública (cf. supra Capítulo 2).

Como se nota, a proliferação conceitual promove, por um lado, a sua adesão por via de normas institucionais, alguns ajustamentos tímidos e apropriações dos sentidos comuns, mas não garante seu consenso. Nem mesmo a Redução de Danos é um conceito em concordância entre pesquisadores do tema ou entre os técnicos que o operacionalizam, como mostra Andrade (2010)<sup>87</sup>.

Tão necessária quanto fundamental para a Redução de Danos, a ideia de prevenção não se confunde com a abstinência das drogas, muito embora a desconstrução dessa noção seja tarefa árdua pois em grande parte dos serviços de saúde é adotada essa postura em relação aos consumidores de drogas.

O problema posto para os redutores de danos quando a relação entre agente de saúde e o abordado é tensionada pela imposição de preceitos biomédicos é que, da maneira como se formula o propósito da *ação*, é o desejo dos técnicos que se sobressai e não o do abordado, invertendo a equação a partir da qual é construída para eles a relação

---

<sup>85</sup> As principais políticas de drogas no SUS são a Política Nacional da Atenção Básica, de Saúde Mental de Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas.

<sup>86</sup> O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental estabeleceu a atenção aos usuários de álcool e outras drogas como um dos princípios e diretrizes dentro da reorientação dos modelos assistenciais em saúde mental (Brasil, 2002). A partir dessa nova orientação, os Programas de Redução de Danos (PRDs) migraram do campo exclusivo das DST/AIDS, passando a ser de responsabilidade da assistência em saúde mental.

<sup>87</sup> O autor acredita que as ações de Redução de Danos são (ou deveriam ser) orientadas por princípios básicos os quais resguardam uma caracterização mínima de tal abordagem: o pragmatismo, porque é uma prática de objetivos claros, como o de prevenir a infecção pelo HIV e outras doenças de transmissão através da provisão de equipamentos; e a tolerância, o respeito aos usuários de drogas pelo direito de consumo (Andrade, 2010: 88).

terapêutica. Semelhante do que Longhofer e Floersch (2010) escrevem sobre o uso de medicamentos em adolescentes, no qual o desejo pelo remédio é sempre configurado pelo anseio do outro que circunda o seu meio social, os autores apontam para aquilo que também é importante para os redutores de danos: uma dinâmica de relação sempre encerrada no desapontamento tanto dos profissionais quanto dos pacientes.

Ainda seguindo na linha da Redução de Danos, compreender que a abstinência ou a internação, e mesmo o tratamento para o consumo de drogas, não é o objetivo maior do empenho dos redutores, mas sim oferecer alguns *cuidados* para trazer o sujeito para *rede*, é a formulação certa que, por ter uma boa dose pragmática, evita o sentimento de frustração que acomete grande parte dos profissionais da saúde. Ao coordenador do Consultório de Rua já foi colocada a questão por diversas vezes: *como vocês suportam a frustração?*

É só você achar que não está curando ninguém [...]. O cara fala: “*pega o seu trabalho e enfia no rabo*”. Os caras falam isso pra você. Daí, você vai sair mal ou você vai dar uma porrada no cara? Não é assim. Então, não pode entrar de ‘sola’ como se estivesse salvando a humanidade. Você não vai salvar ninguém. Ele [o usuário de droga] vai usufruir do benefício que a *rede* tem de ofertar à medida que ele aceitar. Se ele aceitar, ótimo. Vamos juntos. (entrevista do coordenador Consultório na Rua)

Segunda deliberação: para diminuir o descompasso entre as condutas dos redutores e dos demais profissionais no momento da *ação*, ficaria ao encargo de um técnico falar pouco mais sobre a *abordagem* da Redução de Danos na reunião de equipe da UBS. É chamada de *sensibilização* a estratégia que visa comover e conscientizar outros profissionais sobre um aspecto importante no processo de trabalho com o objetivo de harmonizar as relações de parcerias e fazer com que as *articulações* possam promover ações e não imobilizá-las, senão seriam parcerias engessadas. O trabalho a ser feito é o de alinhar os fios soltos, costurar os remendos da *rede*, para isso as *sensibilizações* são importantes.

Entende-se que é preciso agenciar as parcerias, uma vez que tais relações possuem alguma potência de afinidade porque carregam, dentre as dissonâncias, um

interesse em comum, o de produzir um *cuidado*. Apostando mais na sintonia do que nos ruídos, as *sensibilizações* são fundamentais para atar os nós da *rede*.

tem que ser investido nesse processo de construção de uma rede para poder entendê-la como um todo e poder trabalhar conjuntamente. Então, a nossa participação enquanto Consultório na Rua é ao mesmo tempo em que a gente está indo lá pra tentar se entender, pra trabalhar melhor, conhecer mais um ao outro, conhecer os casos em comuns que a gente pode dividir, ou os casos em comuns nos territórios que eles não conseguem porque não tem acesso aquele território e outros que já tiveram acesso mas não conheciam o acesso ao consultório (como chegar no consultório, como discutir com a equipe). Então é isso, nós estamos construindo e é isso que faz a diferença dentro de uma rede pensando em termos de cidade.

(Entrevista do coordenador Consultório na Rua)

As *sensibilizações* são como treinamentos cuja finalidade é investir na formação dos profissionais para alguma questão ainda pouco explorada ou mal entendida na *rede* de saúde. Por outras palavras, é uma tentativa de padronização da *intervenção* a fim de que os ruídos na *rede* sejam cada vez menores e menos nocivos ao trabalho intersetorial - geralmente são em “ações conjuntas” que se percebe tal deficiência nas *articulações*. Muitas das *sensibilizações* que foram feitas pelos redutores de danos ao longo do ano em que estive os acompanhando durante minha pesquisa de campo, foram realizadas entre seus parceiros potenciais (aqueles que estão mais propensos a receberem um caso *encaminhado* pelo Consultório na Rua): Centro Pop<sup>88</sup>, Albergue, UBS, República Terapêutica<sup>89</sup>, CAPS ADI<sup>90</sup>.

E ainda, foram feitas *sensibilizações* em “reuniões de território” na tentativa de que todos os serviços da *rede* pudessem compreender que a função mesmo do dispositivo é “tecer” os nós da *rede* (*encaminhar*, “abrir fluxos”, *articular* serviços), muito embora há quem pense que aos redutores fica a tarefa de tratar os consumidores de drogas.

---

<sup>88</sup> Centro de Referência e Assistência Social para população de rua.

<sup>89</sup> A República Terapêutica é uma casa de acolhimento transitória destinada aos jovens que por conta do uso de drogas sofreram rupturas com os laços familiares.

<sup>90</sup> Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas infantil.

Previsto no plano *Crack, é Possível Vencer*, aderido pelo município em maio de 2013, um programa extenso de *sensibilização*<sup>91</sup> para os usuários de drogas, chamado de “Caminhos do *cuidado*”<sup>92</sup>, tem sido desenvolvido entre técnicos da Atenção Básica durante todo o ano de 2014, cuja finalidade é preparar ACS, técnicos e auxiliares de enfermagem do PSF no atendimento aos usuários drogas. No curso, com carga horária de 60 horas, dividida em cinco encontros semanais, é apresentado um material didático que serve como guia básico de atendimento e *intervenção* a este público<sup>93</sup>. Ficou ao encargo do Consultório na Rua fazer uma espécie de alinhamento conceitual da Redução de Danos, um dos dez eixos temáticos do curso. Ali consta uma definição sobre a qual os redutores de danos tem se debruçado em suas práticas, por isso, é o tema mais explorado nas *sensibilizações* do “Caminhos do *cuidado*”:

A RD é uma **estratégia muito eficaz para produzir vínculos**. Quando pensamos por essa lógica, não julgamos unilateralmente o que é melhor para o usuário. Construimos junto com ele o que ele pode fazer para melhorar a sua vida sem que isso envolva, necessariamente, parar completamente de usar drogas. (Brasil 2013: 29, grifos meus)

O projeto de construção da *rede*, como se vê, é empreitada nada simples, tampouco modesta. Não bastassem as dezenas de serviços, cada qual com seus projetos institucionais, com equipes diferentes, que agregam profissionais das mais variadas formações, ainda existe um sem número de divergências conceituais, de perspectivas, de posturas – dissonâncias de toda ordem. Poucos são os consensos. A multiplicidade só se replica cada vez que verificamos com cautela de que matérias são formados os aglomerados da *rede*.

---

<sup>91</sup> Existem outras maneiras de capacitar os trabalhadores da saúde para questões pedagógicas que se coloca no cotidiano do SUS. A “Educação Permanente em Saúde” ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região com reconhecimento de que os serviços de saúde são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano.

<sup>92</sup> Trata-se de um programa de formação para capacitar profissionais da Atenção Básica a fim de ampliar as possibilidades de *intervenção* em caso de identificação de consumo de drogas em famílias de baixa renda, o público para o qual são direcionadas as práticas da Medicina Comunitária.

<sup>93</sup> O material didático do curso “Caminhos do Cuidado” – *Formação em saúde mental, com ênfase em crack, álcool e outras drogas, para agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da saúde da família* está disponível online no site <http://www.caminhosdocuidado.org/>

Houve *sensibilizações*, reuniões intersetoriais, discussões e mais debates a respeito do que os profissionais poderiam fazer no *buraco*. Por dois meses, a equipe do Consultório na Rua retornou ao *campo* da Pauliceia quinzenalmente, insistindo no *acolhimento*, na entrega dos *kits saúde*, na *escuta*. Houve outras tentativas de *encaminhar* o casal e outros usuários para a UBS do bairro. Outros vírus e bactérias também foram descobertos em corpos acometidos por morbidades. Ainda juntos ensaiaram algumas parcerias no *buraco*, retornaram diversas vezes no local até que os frequentadores estivessem mais familiarizados com os profissionais.

Nem mesmo a penetração lenta e contínua dos agentes de saúde fez com que aquele território fosse cooptado à *rede* de modo mais efetivo. Foi planejado realizar um “Dia da Saúde” no *buraco*, levando até lá um médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, ACS e redutores de danos para uma *intervenção* que pudesse dar uma “amostra” do que a *rede* tem a lhes oferecer. Planos em vão, possivelmente frustrados para alguns. Apesar da imediata aceitação à “operação saúde”, quando comunicada a ideia, a resposta pronta de Saulo alegava a condição óbvia de precariedade em que viviam ele e mais uma dezena de pessoas. Ainda assim, nada foi feito ali porque em certos dias, as pessoas do *buraco*, ao ver a van dos redutores, gritavam de longe: *hoje não!* Ou acenavam negativamente, ou escondiam-se nos barracos de lona no meio do matagal. Não era por acharem que os serviços de saúde eram dispensáveis. Saulo disse uma vez que “*é claro que a gente precisa de cuidados médicos. A gente tá todo fodido.*”. Mas talvez porque muitos investimentos espantem seu público.

Ideal seria se as equipes *articuladas* pudessem numa “*ação conjunta*” trazer para a *rede* mais do que Rosemeire e Saulo, com eles pudessem vir também outros usuários de crack, junto deles o desejo de serem tratados, os microrganismos causadores de tantas doenças, vetores de tamanhas calamidades. Pescar com arpão, deter, prender quem vai se evadindo. Capturar na malha fina matérias subjetivas para serem trabalhadas pedagogicamente. Administrar até nas escalas moleculares seres, micro seres, desejos. A quimera de torná-los governáveis.

Ao apresentar o modo como esses profissionais planejam e debatem suas práticas de trabalho, procurei descrever etnograficamente uma concepção de *ação* elaborada no campo da Saúde Coletiva. As *ações* em saúde, como dizem, devem ter um propósito em vista, elas devem modificar a situação do outro. As *ações* irão desencadear outras *ações*, irão ressoar na *rede*. É por isso que toda *ação* é uma *intervenção*. Ao olhar

mais atentamente para as noções que permeiam o termo, a *ação* revela as motivações dos trabalhadores. No âmbito das práticas de trabalho do Consultório na Rua, busquei mostrar que as *ações* na rua são entendidas como uma forma efetiva de difundir o direito (à saúde) e, com isso, produzir cidadania. A esse respeito, são os encontros promovidos entre profissionais e o seu público (e a intimidade entre eles) que efetivam no nível da rua as políticas públicas. Mais do que isso, ao entrarem em escombros, ao entregarem um *kit saúde*, ao *escutarem* suas histórias e se envolverem numa relação de confiança que estes trabalhadores “produzem” políticas públicas de saúde. Por outro lado, as *ações* manifestam uma lógica de gestão: a pretensão em governar quase tudo – pessoas, território, desejos, micróbios, documentos.

Lidando com os imponderáveis desta rotina imprevisível, os trabalhadores de rua devem treinar a sensibilidade para captar os vestígios dos *riscos* e apressar-se em oferecer uma solução, ainda que seja para amenizar, num primeiro momento, com os *cuidados* primários e mais básicos de atenção à saúde. Amenizar também é *cuidar*, embora este tipo de *cuidado* não seja suficiente para ser completo, para ser *integral*. Para tanto, é preciso *encaminhar* aos demais serviços, onde as pessoas serão tratadas com outros recursos e novas técnicas. É deste modo que o *cuidado* é formulado no Consultório na Rua. O *cuidado*, portanto, é uma soma de *ações* bem sucedidas.

Do ponto de vista destes artesãos da *rede*, há muitas parcerias a serem atadas, muitos pontos podem ser costurados, assim como alguns canais devem ser desobstruídos e alguns alinhamentos precisam ser feitos para que a *rede* seja confeccionada. Eles fazem alguns consertos para que os nós não desatem e que as linhas não se arrebenhem. A noção de intersectorialidade para eles faz emergir todas essas concepções.

O próximo capítulo seguirá em texto o *fluxo* aberto pelos redutores de danos para os usuários que são *enredados* com o intuito de fazer o tratamento do consumo abusivo de drogas no CAPS AD, o principal parceiro do Consultório na Rua. Com isso, pretendo apresentar mais um dos aglomerados da *rede* e o modo como a noção de *cuidado* é formulada ali.

## Capítulo 4 - No CAPS AD: as redes finas do tratamento

*"Le thérapeute doit négocier avec l'invisible".*

*Tobie Nathan*

*"Debaixo da pele o corpo é uma fábrica a ferver,  
e por fora,  
o doente brilha,  
reluz,  
com todos os poros,  
estilhaçados".*

*Antonin Artaud*

A reforma psiquiátrica, no Brasil, marcou na década de 1980-90 a intensificação do debate sobre o tema da loucura e a problematização das formas de assistência aos doentes mentais. Passou-se a questionar as tecnologias de poder em instituições psiquiátricas brasileiras, cujo modelo asilar em confinamento seguia uma economia de poder das instituições disciplinares em franca decadência no mundo desde o período posterior à Segunda Guerra Mundial. Deleuze (2008 [1990]) entende que essa crise das práticas de confinamento, que marcaram as sociedades disciplinares, antes descritas por Foucault (2009a [1975]), anunciou um novo regime de dominação cujo modelo configurou-se no controle “ao ar livre” (Deleuze, *ibid.*: 219). As exigências colocadas em pauta com a luta antimanicomial no Brasil trouxeram inovações conceituais sobre o modo como a saúde é pensada no âmbito das políticas públicas. Mostrei momentos antes (cf. supra Capítulo 1.2) que até a virada dos anos 1990, as políticas assistenciais tinham como conceito chave uma ideia dicotômica de saúde/doença. Com a reformulação do setor da Saúde Pública e Coletiva, uma nova concepção de saúde passou a ser expressão das demais esferas da vida do sujeito, portanto, uma ideia positiva de saúde marcou as novas formas de assistência. As inovações práticas da Reforma Psiquiátrica também marcaram a configuração de um novo modelo de

assistência em meio aberto.

Procurei analisar em outros momentos (cf. supra Capítulo 1 e Capítulo 2.4) a cena de construção dos aparatos de saúde nos territórios, cujo modelo assistencial em *rede* é resultado da reformulação conceitual, prática e política dos debates incorporados nas políticas públicas de saúde. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um dos serviços estruturados no contexto deste novo paradigma de *cuidado* em saúde mental. Embora as reivindicações para um novo modelo de atenção tenham iniciado no final dos anos 1980, os desdobramentos concretos das lutas antimanicomiais só foram notados em 2001, com a homologação da Lei 10.216, quando foi consolidada uma política nacional de reorganização do modelo de atenção à saúde mental com investimentos voltados para construção de serviços comunitários e abertos. Os novos serviços dispersos nos territórios deveriam compor uma *rede* assistencial.

Esse novo modelo de atenção substituto às instituições de confinamento suscitou uma quantidade significativa de análises. Algumas pesquisas investigaram a sua organização do trabalho e os modos de produção dos serviços de saúde (Sartori 2010; Silva 2005), outras procuraram avaliar os efeitos práticos da descentralização na gestão do trabalho (Godoy 2009) e a política de financiamento no modelo de cogestão (Sartori 2015). A investigação que escolhi fazer, entretanto, busca entender como o modelo de atenção do CAPS AD contribui para produzir um *cuidado* dos usuários de drogas dentro da perspectiva de uma gestão intersetorial. Interessa-me, sobretudo, compreender tal equipamento como um aglomerado de saberes e técnicas, onde é trabalhada terapêuticamente a subjetividade dos sujeitos *enredados*. Por essa razão, viso entender como a perspectiva terapêutica e organizacional do CAPS AD colabora na produção de um *cuidado* desta população.

No capítulo anterior descrevi algumas *articulações* feitas pelo Consultório na Rua com diversos serviços da *rede*. Numa perspectiva intersetorial, o CAPS AD é o principal parceiro desta equipe já que o *fluxo* entre eles precisa estar sempre aberto para que o usuário *encaminhado* da rua encontre portas abertas para entrar no serviço que fará o tratamento. Grande parte dos esforços dos profissionais do Consultório na Rua é “conquistá-los”, fazendo a gestão dos *riscos* mais proeminentes, para, enfim, englobá-los nos aparatos de *cuidados*. No CAPS AD, o sujeito já está *enredado*, isto é, ele já é um *caso*. O propósito dessa equipe, entretanto, é mantê-los na *rede*, até que suas *autonomias* sejam restauradas, para, enfim, serem devolvidos “ressocializados”, como

dizem.

Procurarei nesse capítulo seguir o *fluxo* gerado no interior do equipamento dos sujeitos *encaminhados* ao CAPS AD. É preciso ainda informar que este dispositivo além de uma porta de entrada para a *rede* oferece também uma “saída”, por isso se diz que o sujeito é “devolvido à *sociedade*<sup>94</sup>”. Procurarei demonstrar descritivamente os *fluxos* que levam o sujeito à “saída” e com isso visou oferecer uma análise de como é pensado o *cuidado* neste equipamento.

Veremos que também as *ações* no CAPS AD são calculadas entre os profissionais. Elas têm implicações muito concretas no processo terapêutico dos sujeitos, por isso, as *ações* visam auxiliá-los a cumprir metas diárias de seguir no propósito do que foi estabelecido em seu projeto terapêutico. Seguindo o *fluxo* interno do CAPS AD, procurarei expor o modo como ocorre o *encaminhamento* interno (Capítulo 4.1) quando o *usuário* entra no CAPS, para em seguida verificar como ocorre o processo de *triagem* (Capítulo 4.2), isto é, aqueles que ficam na *rede* e os que não foram retidos nesta malha fina, porque não possuem *motivação* suficiente para seguir o tratamento. Uma vez testadas as suas vontades, é hora de construir um *projeto terapêutico individual - PTI* (Capítulo 4.3). Quando as metas do *PTI* são alcançadas, o sujeito recebe a *alta médica*, sendo que este é o aval que lhe permite finalizar o tratamento. E, por fim, levanto a questão da internação compulsória (Capítulo 4.4).

Algumas ressalvas devem ser pontuadas antes de seguir numa análise intersetorial do CAPS. Como já mencionei, neste dispositivo concentram-se técnicas e saberes provenientes de outros campos, assim como o Consultório na Rua também agrega matérias terapêuticas e tecnológicas de outros cantos. Em momentos antes (cf. supra Capítulo 3, Capítulo 2.4), mostrei a disseminação do léxico psicanalítico em diversos outros dispositivos assistenciais no campo da saúde mental e também na assistência. Por essa razão, as tecnologias terapêuticas empregadas no CAPS não se encerram nele, apenas as atravessam, de modo que só podem ser compreendidas dentro de uma conjuntura mais ampla na qual se efetiva um governo pautado em formas de controle em meio aberto, como já notou Deleuze (2008 [1990]), e dentro da qual uma nova concepção de sujeito *individualizado* pode ser formulada.

---

<sup>94</sup> Sociedade virá em itálico porque não se trata de um termo genérico, ele será objeto de reflexão.

Outro aspecto importante a ser mencionado, é a substituição do termo paciente por *usuário*. A emergência do vocábulo ocorre num momento político de críticas às relações de poder entre médicos e pacientes, cenário este que configurou uma das pautas da Reforma Psiquiátrica. A distinção entre um termo e outro marca uma relação de poder entre o paciente subjugado ao médico, aqui ele é sujeito passivo. Já o *usuário* remete a um contexto de mercado, o sujeito é cliente ou consumidor dos serviços de saúde. Este aspecto é particularmente importante, como já notou Sartori (2015), para se compreender como é pensada a “ressocialização” e a restituição de suas *autonomias*.

#### **4.1 - Na porta do CAPS AD: o acolhimento e a classificação dos riscos**

A entrada no CAPS AD ocorre por três vias diferentes, classificadas pelos profissionais dos serviços como *demandas*: a espontânea, quando o próprio sujeito procura tratamento para si<sup>95</sup>; a familiar, quando algum parente ou responsável pelo *usuário* procura o serviço; e demandas judiciais, provenientes de pedidos oficiais do Conselho Tutelar e do juiz para a internação compulsória ou para o cumprimento de penas alternativas (Capítulo 4.4).

Emprestado do campo da economia, e com algumas adaptações, o termo *demanda* em saúde aparece na pesquisa de campo de forma ambígua. Irei recuperar suas ambiguidades mais adiante (cf. infra Capítulo 5). Neste caso, *demanda* faz referência à quantidade de *casos* que são criados no CAPS AD e de onde eles provêm.

O procedimento que registra a entrada de uma pessoa no serviço por *demanda* espontânea é o preenchimento de um cadastro feito por um oficial administrativo, no balcão de entrada. Eles organizam os documentos e os separam para que os técnicos façam, em seguida, o *acolhimento*. Na Política Nacional de Humanização do SUS (2004), o *acolhimento* tem um sentido subjetivo que diz respeito à postura mais adequada (mais *humana*) do trabalhador da saúde com os *usuários* do SUS. Os sentidos que a equipe do Consultório na Rua deste município elaborou, sobretudo a ênfase dada

---

<sup>95</sup> No caso dos *fluxos* abertos pelos redutores de danos, nos quais os sujeitos são *encaminhados* para o CAPS AD, é considerada uma “demanda espontânea”.

à *escuta*, diferem da definição utilizada no CAPS AD. Aqui, o *acolhimento* não diz respeito à postura profissional especificamente, muito embora também seja uma conotação possível. *Acolher* é a primeira *ação* do *fluxo* do AD (o caminho através do qual o *usuário* é deslocado no interior do serviço).

Os *usuários* quando chegam ao CAPS AD pela primeira vez devem passar pelo *acolhimento* que é feito pelos profissionais escalados para o “plantão de porta”, isto é, eles ficam disponíveis durante um certo período do dia para receber a *demand*a espontânea. Apenas os técnicos com formação superior são selecionados para o *acolhimento*<sup>96</sup>, quando escalados para essa função. Na recepção, dois oficiais administrativos recebem os *usuários*, preenchem suas fichas de *acolhimento*, anexam ao seu *prontuário*, caso ele já tenha registro no CAPS AD de outros tratamentos iniciados, e deixam sobre o balcão as fichas para que os plantonistas<sup>97</sup> as peguem de acordo com a ordem de chegada.

Quando o *usuário* é *encaminhado* pelo Consultório na Rua, um dos redutores de danos deve *acompanhá-lo* ao balcão e apresentá-lo aos oficiais administrativos. É preciso também preencher uma ficha de *encaminhamento* para controle interno dos técnicos do Consultório na Rua, na qual constam as informações desta *ação* junto ao parceiro da *rede*, cujas informações serão utilizadas futuramente em relatórios para contabilizar os *fluxos* abertos pelos redutores. *Ações* como estas abrem o *fluxo* para o tratamento.

Quando chamado pelo funcionário, o *usuário* o acompanha até uma sala desocupada do estabelecimento. O técnico, primeiramente, analisa a pasta do *usuário* para saber do seu “histórico institucional”, antes de iniciar o *acolhimento*. A pergunta que inicia essa *ação* é: *O que está acontecendo com você?* A partir da narrativa do *usuário*, o profissional deve identificar a *demand*a que ele traz, já que muitas vezes não está explícita em sua fala. O sentido da *demand*a marca aqui os elementos que deverão ser *cuidados* no equipamento. Quem identifica a *demand*a são os técnicos e não o *usuário*. É por isso que a identificação destes elementos mais importa aos profissionais do que aos *usuários*, tais elementos remetem aos *riscos*, os quais também são

---

<sup>96</sup> No Manual dos CAPS SUS (Brasil 2004a) consta que a equipe multiprofissional mínima em CAPS III (funcionamento 24h) é de dois psiquiatras, um enfermeiro (a), cinco profissionais de nível superior - psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo (a) -, oito profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

<sup>97</sup> Refiro-me aos profissionais escalados para o “plantão de porta”.

identificados pelos técnicos do Consultório na Rua, por meio de uma leitura sensível dos corpos e dos discursos (cf. supra Capítulo 3.1).

Já mencionei antes (cf. supra Capítulo 3) que o idioma do *risco* para alguns autores é ordenador de enunciados probabilísticos de ameaças (Rose 1998, Castel 1981). Essas definições de *risco* partem da ideia de que importa menos compreender que situações encaixam-se na categoria do *risco*, mais central para sua compreensão são os procedimentos de prevenção acionados para antecipá-lo e evitá-lo. No contexto específico da saúde mental, Rose (1998) menciona que a Psiquiatria tem sido contestada nos últimos anos justamente porque nela não há técnicas suficientes para a avaliação, previsão e gestão dos indivíduos de *risco*, nem a minimização dele para a comunidade (1998: 182).

A emergência do pensamento do *risco*, de acordo com Rose (1998), generalizou estes critérios de classificação entre muitos profissionais da saúde mental, que agora participam na gestão dos indivíduos. Portanto, a localização de cada indivíduo dentro desta configuração é maleável, já que eles podem ser alocados e realocados num serviço ou em outro de acordo com as respostas encontradas pelo profissional para tratar os *riscos* dele. É deste modo que a habilidade para a administração dos *riscos* é um elemento chave que altera substantivamente a divisão do trabalho na saúde mental. Se antes o procedimento de classificação era reservado apenas ao médico, com a disseminação de profissionais do *risco* em vários campos, as operações classificatórias são cotidianas para todos (1998: 185).

Um dos técnicos que estava de “plantão” naquela manhã, e que me autorizou acompanhá-lo no *acolhimento*, olhou a pilha de fichas sobre o balcão, pegou a primeira delas e chamou: Maria. Uma senhora franzina, que aparentava ter cerca de 50 anos, levantou com a ajuda de uma jovem, a sua filha que lhe acompanhou até o CAPS AD. Todas as salas estavam ocupadas. Na falta de um lugar mais privativo para o *acolhimento*, o técnico puxou uma mesa que estava no canto do refeitório, colocou-a mais ao centro do salão. Ajudei a pegar as cadeiras. Sentamos todos. O procedimento padrão: o técnico olhou o *prontuário*. Notou que Maria já havia passado pelo CAPS AD no passado, por isso portava aquele documento. Toda a sua conduta, sua medicação, o andamento do tratamento estavam ali registrados. Olhou brevemente as folhas de papel, ateu-se mais às últimas páginas, provavelmente porque nelas estava registrado o

motivo do desligamento de Maria<sup>98</sup>. *O que está acontecendo?*, perguntou o técnico à Maria. Foi a filha quem respondeu primeiro.

[Filha]: Minha mãe está na rua faz dias. Eu estava indo trabalhar e encontrei ela toda machucada na calçada. Olha só, a cara toda esfolada, o dedo parece que está quebrado, até a costela dela está doendo.

O técnico, que é graduado em Fisioterapia, levantou-se para examinar a fratura.

[Técnico]: O que aconteceu com você, Maria?

[Maria]: Não sei, eu não lembro.

[Filha]: A minha mãe está quase um mês sem comer, só bebe. Vocês precisam internar ela, senão ela vai morrer. Ela não vai aguentar. Veja só o estado que ela está.

Maria abaixou a cabeça, uma lágrima escorreu pelo seu rosto. O técnico balançou a cabeça, concordando com a fala da filha. Ela enxugou as lágrimas e começou a tossir incessantemente. O técnico olhou novamente em seu prontuário a história de Maria no CAPS AD. A pasta é grande. E concluiu:

[Técnico]: Vou encaminhar Maria para uma avaliação médica. Provavelmente ela vai ficar internada em um dos leitos do CAPS.

[Filha]: Você não vai fugir, mãe?

Ela balançou a cabeça negativamente. Enxugou mais uma lágrima. Tossiu, tossiu, até engasgar-se com o catarro. Levantou-se num sobressalto, segurou a boca com a mão e correu até o lixo para cuspir.

[Técnico]: É melhor vocês voltarem pra recepção. O médico vai chamar a Maria logo. É ele quem autoriza a internação.

(Diário de Campo 23/01/2013).

Quando a pessoa apresenta um quadro clínico estável, diferente de Maria, o *fluxo* programado no CAPS AD é o *encaminhamento* para a *triagem* ou, como também o chamam, grupo de motivação (Capítulo 4.3). Ao contrário disso, quando a pessoa encontra-se em um estado de saúde muito frágil, os profissionais devem *encaminhá-la* a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) mais próxima da residência dele.

---

<sup>98</sup> Os prontuários são documentos de acesso exclusivo dos profissionais, são confidenciais, portanto. Por essa razão, não tive acesso aos registros dos *usuários*.

Dependendo da gravidade, deve-se entrar em contato com o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)<sup>99</sup> para levá-lo à unidade de emergência. Esses são os dois parceiros do CAPS AD para as *ações* intersetoriais de “urgência e emergência”. Ou, então, a internação é a outra alternativa para estabilizar a situação de saúde da pessoa. Diferente das Comunidades Terapêuticas<sup>100</sup>, onde a própria internação e o isolamento são partes fundamentais do tratamento para os consumidores de drogas, a internação no CAPS AD aproxima-se mais do léxico médico, significa um regime de tratamento no qual o *usuário* necessita receber assistência direta por um período determinado até que a situação de saúde esteja estabilizada, também é chamado de “tratamento intensivo”.

O CAPS AD dispõe de apenas sete leitos para internação, mas para suprir tal *demand*a existem outros parceiros na *rede* que abrigam os *usuários* do CAPS: o Pronto Atendimento Psiquiátrico, outros CAPS AD do município, o Hospital de Diadema, Hospital de Santo André e o Hospital Psiquiátrico Lacan.

Mas o que se passava com Maria para ser internada num dos leitos do CAPS AD? Quando perguntei ao técnico o motivo da internação, ele respondeu com prontidão: *Por que a mulher tá muito mal, meu! Você num percebeu?* Concordei mas a resposta não explicava a internação. Continuamos a discutir sobre os procedimentos para *cuidar* de Maria, portanto, discutimos sobre o *caso* Maria. Os critérios que o profissional utilizou para chegar à conclusão de que era necessário interná-la, foram-me explicados em seguida. Segundo o técnico, foi identificada uma sucessão de fatores que comprometiam a saúde de Maria como lesão no dedo, lesão na costela, possível perfuração no pulmão, possível tuberculose ou qualquer outra doença respiratória, amnésia, consumo excessivo de álcool e possivelmente outras drogas. O fato de Maria estar na rua há mais de um mês sem comer e sem se higienizar, à exposição de violências de qualquer natureza, somou ainda mais critérios para o profissional inferir que ela agregava muitos *riscos*, ou melhor, estava “colocando a vida em risco”, como me disse.

---

<sup>99</sup> Programa de atendimento móvel em 24h de funcionamento que tem como finalidade atender casos de emergência. O SAMU propõe um modelo de assistência padronizado que opera através do acionamento à Central de Regulação das Urgências, com discagem telefônica. É o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, criada em 2003.

<sup>100</sup> Sobre etnografias de Comunidades Terapêuticas ver Rui (2012a) e Nunes (2012).

Em algumas unidades de atendimento, os procedimentos de classificação dos *riscos* são estabelecidos pela equipe e protocolados em documento com definições claras dos critérios que pautam cada elemento de *risco*, como ocorre em hospitais, UPA e UBS<sup>101</sup>.

As classificações de *risco* mobilizadas pela equipe profissional do CAPS AD aproximam-se em certa medida da noção de *vulnerabilidade* operacionalizada pelos estudos na década de 1980. Agrega-se ainda a noção de *risco* social, que se aproxima mais da noção formulada de modo muito impreciso e polissêmico na Política Nacional de Assistência Social (2004c), já discutido em outros trabalhos (Breda 2013; Janczura 2012). Neste documento o *risco* é provocado pela “fragilização dos vínculos sociais” (Brasil 2004c: 25) e “violação de direitos” (: 28).

Os profissionais deste serviço, assim como os da assistência social e do Consultório na Rua, devem identificar os elementos de *riscos* que, neste caso, diz respeito tanto aos agravos em saúde quanto às vulnerabilidades da pessoa, como fez o técnico que atendeu Maria.

O segundo critério que influenciou na decisão do técnico reter Maria no CAPS AD é a probabilidade de ela entrar em qualquer outro serviço da *rede* com uma complicação grave de saúde e o CAPS AD (o último serviço por onde ela passou) ser acusado de não ter prestado atendimento correto à *usuária*. *Dá maior BO!*, alertou-me o técnico. O rastreamento dos serviços geralmente é feito no *software Hygia* (cf. infra Capítulo 5). Tudo ali é registrado: a hora de entrada do *usuário*, o profissional que o atendeu, o procedimento que foi feito, os *encaminhamentos*, etc. Pelo *Hygia* é possível rastrear em qualquer um dos serviços, em cada um dos equipamentos da *rede*, todas as *ações* feitas pelos profissionais. *Se essa mulher tem um piripaque na esquina, o CAPS está ferrado por não ter internado ela*, explica-me o técnico. Isto porque basta procurar no sistema o nome do *usuário* para saber onde, quando e com quem ele esteve na *rede* de saúde.

Por essas razões, o *Hygia* serve como um sistema de regulação e de auditoria, fiscalizando e avaliando a produção dos serviços de saúde no município. No caso de

---

<sup>101</sup> Os critérios de “classificação de risco” nos serviços acima citados são consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso. São coletados dados sobre o estado físico do paciente, os dados vitais (pressão arterial, temperatura, saturação de O<sub>2</sub>), medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios, Escala de dor, e Escala de Coma de Glasgow, entre outros e a depender do protocolo estabelecido em cada unidade de serviço de saúde.

Maria, o sistema serviu para monitorar a prática profissional do técnico, assim como o *fluxo da usuária na rede*.

Além dos *softwares*, outras tecnologias permitem realizar auditorias do sistema de saúde (cf. infra Capítulo 5), tão em evidência no mundo contemporâneo. Os regimes de auditoria, diz Strathern (2000), acompanham uma época específica dos governos nos quais a “administração” é idioma em todo lugar de regulação e organização (2000: 2), por isso a autora entende certas práticas administrativas, cujo fenômeno é conhecido como responsabilização (*accountability*)<sup>102</sup>, de “cultura de auditoria”. As técnicas de auditoria aparecem em toda parte, em certos casos funcionam como ferramentas de monitoramento, como apareceu no caso que descrevi. Shore e Wright (2000) mostram que a implantação de um sistema de prestação de contas rígido no setor de Educação Superior britânico passou a monitorar os gastos públicos dos departamentos, a “racionalização” dos recursos dos professores, a “eficiência” do dinheiro economizado, até as parcerias com o setor privado (*ibid.*: 69, grifos das autoras). Estes procedimentos de responsabilização (*accountability*) alteraram as condutas profissionais dos docentes, por isso a chamam de responsabilização coercitiva.

Neste caso, o *Hygia* permitiu que a conduta do profissional pudesse ser vista no sistema. Mas outras tecnologias permitem dar visibilidade a histórias, recursos e pessoas. No campo da saúde, o *prontuário* inaugurou a primeira tecnologia da visibilidade, como a chamou Foucault (2003 [1963]). O mais fundamental na prática médica, argumenta o autor, é um olhar capaz de decifrar a doença seguindo os sintomas, elucidando os sinais. Para o desenvolvimento deste olhar é crucial a produção de um texto, assim toda a prática médica depende fundamentalmente de registros.

Os registros de Maria, a *usuária* que chegou ao CAPS AD naquela tarde com a ajuda de sua filha, também estavam inscritos em seu *prontuário*. A sua “história” no equipamento tem sido construída pouco a pouco neste documento por todos os profissionais que a acompanharam ao longo de sua estadia no serviço. O técnico, ao ler seu *prontuário*, soube que Maria já desistiu do tratamento outras vezes, negligenciou também o tratamento para pneumonia. Este documento faz Maria aparecer para outros profissionais da *rede*, porque Maria é tornada visível quando torna-se um *caso*. Todas as

---

<sup>102</sup> Sem termo exato na língua portuguesa, *accountability* remete à ideia de que membros de um órgão administrativo devem prestar contas às instâncias controladoras.

inscrições neste papel transformam Maria em um *caso* a ser discutido e planejado pela equipe de profissionais.

O *prontuário* ocupa um lugar central no campo da saúde. Muitos profissionais iniciam suas tarefas nos *prontuários* e também as finalizam nele, quando finalmente concluem o tratamento com a *alta*. Este documento acumula inscrições sobre a história dos usuários, seus comportamentos, suas transformações, mas inscreve também as decisões terapêuticas tomadas pela equipe, suas escolhas e posturas. Toda a prática terapêutica deste equipamento aparece no *prontuário*.

Berg & Bowker (1997) entendem que os *prontuários* são artefatos que revelam marcadores, não como um espelho do corpo, mas como um mapa (1997: 514). Na ala de oncologia de um hospital holandês, nos mostram os autores, a conduta médica de um profissional, para ser mais ou menos precisa no tratamento do doente, depende de como os corpos dos pacientes são descritos no *prontuário* pelos demais profissionais do hospital.

Longe de ser uma superfície de inscrição de um conhecimento objetivo, como mostra uma etnografia num hospital de Madang, na Papua Nova Guiné (Street, 2011), lá onde os registros médicos são artefatos das incertezas e os diagnósticos nunca são facilmente construídos, a antropóloga entende que os *prontuários* servem de “caminho pragmático para a ação” dos profissionais (2011: 4). É por isso que as fichas dos pacientes são como um dispositivo que alinha diferentes práticas do conhecimento, transformando o corpo do paciente em um *caso* legível, porém nunca de simples compreensão.

Além da constatação do dedo e costela fraturados, da tosse, da amnésia e de outros sinais que demonstravam para o profissional do CAPS AD os *riscos* de Maria – e todos esses sinais foram importantes para a decisão do técnico -, os registros da *usuária* no *prontuário*, de certo, guiaram e induziram a escolha da internação. Mediante as inscrições feitas naquele documento, Maria tornou-se um *caso* para a equipe, sobre o qual discutiriam as *intervenções* a serem feitas para minimizar seus *riscos*.

Depois de alguns dias no leito da enfermaria do CAPS AD, em média sete, Maria, já com seu estado de saúde estabilizado, estaria pronta para, como todos os demais *usuários*, passar pelo grupo de *motivação*, ou como também dizem, pela *triagem*.

## 4.2 – O grupo de *motivação*: o *desejo* e a *doença* no CAPS AD

Depois do *acolhimento*, o *usuário* deve ser *encaminhado* a um grupo de *motivação*, formado geralmente às segundas-feiras, com número indeterminado de participantes, a depender dos *acolhimentos* ocorridos durante a semana. Ainda que sejam reincidentes no CAPS AD, todos os *usuários* devem passar pela *triagem* antes de iniciar o tratamento. Os encontros ocorrem uma única vez na semana, duram cerca de três horas, ao longo de três semanas consecutivas. Os *usuários* passarão por um teste que visa selecionar quem está *motivado* para o tratamento, por isso dizem que “o grupo de *motivação* é uma *triagem*”. O que é examinado durante este processo é o *desejo*<sup>103</sup> da pessoa. Ao longo da descrição sobre o funcionamento da *triagem*, irei detalhar e analisar que elementos, do ponto de vista dos profissionais, compõem a vontade do sujeito para levar adiante o tratamento, isto é, o *desejo* de *cuidar* de si mesmo.

No início do ano de 2013, participei pela primeira vez do grupo de *motivação*. Naquele dia, 45 pessoas haviam passado pelo *acolhimento*, apenas 12 estavam presentes no encontro. Na mesa ao canto da sala, uma profissional organizava uma pilha de *prontuários* dos reincidentes e as fichas de *acolhimento* dos novos. Rosa e Shirley, as duas técnicas que naquela semana coordenavam o grupo, consultavam os documentos, anotavam os nomes dos presentes em um caderno e depois entregavam as fichas para cada um deles. Rosa apresentou a proposta institucional do CAPS AD:

A proposta do CAPS é **mudança de comportamento**. A experiência em grupo é importante para o tratamento porque vocês passam a **reconhecer no outro** a própria doença. O que isso quer dizer? Que são os usuários que falam sobre os malefícios das drogas e não os profissionais. (...) O CAPS trabalha com a mudança de comportamento, porque é comum num dependente químico os defeitos de caráter, como, por exemplo mentir, chantagear, roubar. (Diário de campo de 28/01/2013, grifos meus).

---

<sup>103</sup> O termo será usado em destaque uma vez que se trata de uma concepção nativa do *desejo* e não uma formulação teórica.

No primeiro dia da *triagem*, além da apresentação dos serviços e propósitos terapêuticos do CAPS AD, os participantes também se apresentam, contando brevemente os motivos pelos quais eles foram levados a procurar o tratamento. Na *triagem* chegam pessoas com trajetórias de consumo de substâncias psicoativas muito diversificadas. Dentre as substâncias declaradas pelos *usuários*, o álcool, a cocaína, a maconha e o crack, são as mais citadas no questionário aplicado na segunda semana do grupo de *motivação*<sup>104</sup>. Os discursos em muito se assemelham porque são típicas narrativas institucionais, como se nota a seguir:

[*Usuária 1*] De um ano pra cá, eu virei uma dependente de álcool. Eu estava ficando alcoólatra. Eu estava virando um lixo. (...) Eu aceitei a ajuda dos meus irmãos, graças a Deus. Eles insistiram pra que eu viesse aqui. A gente não está aqui porque a gente é sem vergonha. A gente está aqui porque a gente tem algum problema (...) e foi assim a minha vida, estava virando um lixo.

[*Usuário 2*] Meu nome é Abel e eu estou aqui pra poder ser ajudado, pra poder parar com a dependência química. Eu vim mais por causa da minha filha... eu quis vim na verdade. Eu falei: Hoje, a partir de hoje, eu não bebo mais. Eu tenho duas crianças. Eu fui usuário 8 anos da minha vida e a partir de um certo dia eu falei: a partir de hoje, basta! Eu não aguento mais. E agora eu tive separação. Eu fiquei jogado assim, sentindo muita depressão, totalmente abandonado. Só que eu me entreguei. Não tinha motivação, nem nada. De repente, quando viram que eu estava nesta situação, assim, daí começaram a conversar comigo. Dai eu abri a mente pra vida.

[*Usuário 3*] Meu nome é Claudinei, eu tenho 37 anos, eu uso cocaína há 5 anos. Quando eu comecei a usar, o problema foi que eu gostei. De certa forma, eu achava que eu tinha o controle e não me prejudicava tanto no profissional e na vida familiar. O tempo foi passando e começou a prejudicar. E cada vez prejudicava mais e mais eu usava. Eu cheguei a perder o emprego por causa disso, mas tive uma recuperação funcional porque eu escondia de todo mundo. (Diário de campo 27/12/2013)

---

<sup>104</sup> Este questionário, elaborado pela equipe do CAPS AD, é composto por 10 questões de múltipla escolha e também por respostas dissertativas. As questões são divididas em cinco blocos: o uso de substâncias psicoativas nos últimos meses, problemas relacionados ao uso, aspectos positivos e negativos do consumo, práticas relacionadas ao uso e expectativas do usuário para o tratamento.

Muitos deles já passaram por outras instituições de tratamento (Comunidades Terapêuticas - CT - e hospitais psiquiátricos), e com eles, trazem um discurso estruturado pelas noções institucionais de *vício* e de *dependência*<sup>105</sup>, como também aparecem na etnografia de Rui (2012a) em uma CT, e de *comportamento* inadequado, como nota Campos (2005, 2009) em uma Associação de Alcoólicos Anônimos. Em suas narrativas o uso da droga deixa de ser exposto como um prazer, em lugar disso, falam que a consomem por causa do *vício* ou porque são *doentes* - categorias que geralmente são mobilizadas para formularem uma narrativa dentro das instituições.

Fora dos muros, a droga é descrita com outras conotações, como já foi verificado em outros momentos (Martinez 2011, 2012) o consumo de alguns psicoativos entre os moradores de rua. Diferente do que se nota na *triagem* do CAPS AD, nas CTs e nos grupos terapêuticos, quando os moradores de rua falam das drogas fora dos espaços assistenciais, eles formulam um discurso estruturado não pela negatividade, mas pelos aspectos produtivos das substâncias. No lugar disso, eles entendem que algumas delas são capazes de produzir saúde e doença, dependendo da quantidade consumida e do estado de consciência que se experimenta<sup>106</sup>.

Ao enunciarem uns aos outros suas histórias de consumo e de sujeição às drogas, a própria noção da *doença* é construída coletivamente. Ainda que os *usuários* tragam em seus repertórios uma noção vaga sobre a *doença*, muitas vezes denominada de *vício* e *dependência*, ou entendida como problemas comportamentais, não irei descrever a elaboração de suas falas, porque pouco tive acesso a elas. Tão logo quando entram no CAPS AD, essa noção de *doença*, vagamente pronunciada num momento ou em outro nas falas dos *usuários*, começa a ser apurada pelos profissionais que passam a dar novos sentidos para o termo, por isso, acabei detendo-me mais a este último processo de significação.

---

<sup>105</sup> Para traçar um paralelo sobre a previsibilidade dos discursos nas instituições, recorro à etnografia de Adam Reed (2006). O autor traz o exemplo do preenchimento de formulários num presídio na Papua Nova Guiné. Prisioneiros e agentes penitenciários sabem que as respostas padronizadas ou os campos deixados em brancos são inevitáveis diante das perguntas contidas nos documentos. Essa percepção indica que um evento é precedido por um padrão, não há posicionamento fora dele.

<sup>106</sup> A *pinga* é a mais consumida nas ruas e a mais importante para a socialização dos moradores de ruas e para a gestão do próprio corpo. Os efeitos causados pela pinga, como a alteração da consciência (*ficar na brisa*), são agências de estabilização emocional que permite alterar os malefícios da memória. Contudo, o mesmo vetor produtor de saúde pode transfigurar-se em doença. A pinga pode causar-lhes transtornos quando os parâmetros de uso passam a prejudicar a alimentação, as articulações motoras e a memória. Cf. Martinez 2011, 2012.

De acordo com a apresentação feita pela técnica, é preciso existir o “outro” para o reconhecimento da própria *doença*. É na partilha de experiências de uso dos psicoativos, sobretudo as de conotação negativa, que os *usuários* passam a elaborar a ideia de que o seu consumo tornou-se destrutivo, e cujas consequências são inúmeras perdas em suas vidas, como vimos os exemplos nos excertos das anotações de campo. Ao negar a *doença* para si e para os outros, o consumidor não reconhece a condição de *doente*, impedindo que se inicie qualquer processo terapêutico. Campos (2005) nos diz que, na teoria do alcoolismo no A.A., a doença provoca um auto-centramento no alcoólico, como consequência ele “nega a alteridade, fechando-se em si mesmo” (2005: 59), muito próximo à noção de *doença* elaborada no CAPS AD, por este motivo a equipe aposta nas dinâmicas em grupo, como forma de descentrar a *doença* do indivíduo.

O modelo terapêutico do A.A. constrói os parâmetros de um indivíduo alcóolico com base em uma narrativa coletiva e um regime de alteridade. A elaboração do outro e de si depende de uma discursividade de aceitação da fraqueza do bebedor perante a bebida, porque o sujeito só é doente uma vez que beba em descontrole. Diferente neste último ponto, no CAPS AD, exalta-se menos a fraqueza e mais a capacidade de controlar a vontade de consumir a substância, como é possível observar na fala de uma técnica durante a primeira semana no grupo de motivação:

A dependência não tem cura. Não é uma doença que tem cura, existe o controle que é na verdade o controle de cada um. É que nem a diabete, a hipertensão. A partir do momento que eu desenvolvo, eu tenho que tratar. Eu tenho a doença. A questão é se eu consigo controlar, tendo uma alimentação adequada, fazendo atividade física, tomando a medicação corretamente, fazendo o acompanhamento sempre; eu consigo controlar mas eu não vou ficar curada. Vai da minha escolha: eu querer me curar, me tratar pra melhorar ou viver a base de remédio, internado. Daí vai de cada um. (Diário de campo de 27/12/2013).

Mas, afinal, o que desencadearia comportamentos que, no regime discursivo desta terapêutica, produzem uma *doença*? Poucas vezes escutei dos profissionais a palavra *vício*, exceto dos *usuários*, como já vimos. Para os técnicos da equipe, importa menos produzir um diagnóstico preciso para a *doença*, buscando um termo médico para sua classificação. A definição do vício tem gerado controvérsias no campo científico,

como mostrou Fiore (2007). Basta lembrar que o termo “adicação”, em inglês, é utilizado desde o começo do século XX para designar os fenômenos de sujeição de ordem fisiológica e psicológica, associadas à toxicomania (Mondoux et al., 2014). De acordo com o que mostram Fernandez, Bonnet e Loonis (2014), ocorreu uma ampliação do termo, aparecendo na língua francesa como um paralelo entre os comportamentos associados ao alcoolismo e à toxicomania e problemas comportamentais de caráter repetitivo e compulsivo (distúrbios alimentares, dependência sexual, compras compulsivas, jogos etc.).

Diferente da explicação que possivelmente seria formulada em termos psiquiátricos, no modelo terapêutico do CAPS, a *doença* manifesta-se como tal quando o consumo da droga compromete as relações das quais o sujeito participa. Quando perguntei de que forma os *usuários* restabeleceriam os laços os quais ali se entendia como comprometidos, a coordenadora ressaltou:

Outras coisas na vida dele [usuário] ajudam a ter autocontrole, outros sentidos que não seja só o uso de drogas ou de álcool, que seja um novo curso, um novo amor, que seja a religião. Tantas coisas podem ser, mas que outras coisas tenham entrado neste caminho que ajude a diminuir ou parar. (...) [é preciso] deixar outras coisas entrarem, começar a ver graça e sentido em outras coisas. **É o que acontece quando a pessoa está só vivendo a droga.** Daí perde o controle de toda e qualquer situação da vida. (Entrevista com coordenadora do CAPS AD, grifos meus).

O desencantamento por “outras coisas” de pessoas que estão “só vivendo a droga” é um aspecto particularmente problemático assinalado pela profissional, de um lado porque compromete as relações do sujeito com o mundo e, de outro, porque todo o *desejo* dele encerra-se no consumo da substância.

Deleuze (1991 [1979]), em um artigo, distingue a ambivalência da droga em sua capacidade de abrir um campo de experimentações vitais e um campo de empreendimentos mortíferos (*ibid.*: 65). Uma geração de escritores americanos da década de 1950, precursores do “movimento *beat*”<sup>107</sup>, escreveram sobre o modo como psicoativos alteram a percepção dos princípios de velocidades e de formas, e de como o

---

<sup>107</sup> Movimento literário originado nos Estados Unidos das Américas, iniciado com o escritor Jack Kerouac e o poeta Allen Ginsberg.

desejo entra nos limiares da percepção. Mas Deleuze também é prudente em diferenciar que, para além dessas experiências, e de modo muito sombrio, as drogas podem abrir fluxos arrebatadores, é quando “uma tentativa qualquer agarra você, se apodera de você, instaurando cada vez mais conexões (...) uma tal experimentação que pode comportar um tipo de *autodestruição*” (*ibid.*: 65, grifos do autor). Uma vez em que se entre num empreendimento autodestrutivo, condição semelhante ao que a profissional do CAPS AD relatou, Deleuze sugere que todos os agenciamentos são rebatidos num único fluxo, numa única linha – “é o contrário das conexões; é uma desconexão organizada” (*op.cit.*).

A reflexão de Deleuze (1991 [1979]) ilumina o aspecto problemático levantado pela coordenadora a respeito da potência dos psicoativos em desorganizar, embora para o filósofo o “empreendimento mortífero” leve o sujeito a encerrar-se em si, a “fabricar linhas de fuga ativa”, para usar suas palavras (1991: 65). Já para a coordenadora, o fechamento “só no mundo das drogas” reduz o universo relacional do *doente* de modo que o aparta da *sociedade* - tema retomado adiante (cf. *infra* Capítulo 4.3).

No CAPS AD, entende-se que para restabelecer os demais laços rompidos é preciso, antes de tudo, aceitar a *doença*. Uma vez reconhecida a condição de *doente*, depois de construída uma ideia coletiva da *doença*, passa-se a trabalhar, por procedimentos de ortopedia comportamental, a mudança de comportamento - é quando se inicia a construção de novas subjetividades. As mentiras, manipulações, agressividades, trapaças, dissimulações e outras posturas que podem comprometer a relação do *doente* com seu meio social são, do ponto de vista dos profissionais, resultados da *doença*. O *doente* fragilizado em sua condição patológica, encerrado em si e apartado de suas relações mais fundamentais, tem seu caráter transfigurado pela *doença*, por isso tais posturas são ali entendidas como “defeitos de caráter”, cujos comportamentos são reversíveis por meio de técnicas terapêuticas corretivas.

Essa formulação muito se aproxima da noção da doença no A.A, ali onde se entende que o alcoolismo é uma “doença espiritual” atrelada à dimensão moral do sujeito, alterando seu comportamento ao ponto de abatê-lo moralmente (Campos 2005: 59). A deterioração moral não se enquadra na noção de doença mobilizada no CAPS AD, até porque alguns elementos da subjetividade do sujeito não são explicados pelo consumo dos psicoativos, mas pela sua história de vida e suas relações familiares, cujos referenciais indica uma noção de pessoa calcada em bases teóricas psicanalíticas.

Entretanto, a eficácia da terapêutica depende, entre outras coisas, da disposição do *usuário* em ter “compromisso e perseverança no tratamento”, como foi dito no grupo de *motivação*. Nem todos estão aptos a seguirem no tratamento, apenas aqueles que, antes de tudo, provaram a sua capacidade de ter *compromisso* com o grupo, participando de todos os encontros. É por isso que o grupo *motivacional* também é chamado de *triagem*, porque por essa malha fina serão aprovados apenas os que mantiveram sua frequência constante. Uma vez que se falte, é preciso recomeçar a *triagem* do início até que se participe dos três encontros consecutivos, até que neste processo sejam selecionados, entre muitos, somente os sujeitos *comprometidos*. Entretanto, o *compromisso* não é sinal apenas de uma habilidade; aqui é também sinônimo de *motivação*.

Durante todo o tratamento, é cobrada do *usuário* a regularidade de sua participação em todas as atividades com as quais ele se *comprometeu*. A frequência no tratamento é, para os técnicos, uma evidência de que o sujeito está *motivado*. É assim que, uma vez mais, os *usuários* são testados pela sua capacidade em manter compromissos já que, na condição de *doente*, entende-se que muitos deles “não estão habituados a seguir regras”.

A correlação entre aquilo que se chama de *perseverança* e o “hábito” em seguir regras, dentre as quais acatar aos horários e manter a frequência das atividades, nos remete à ideia de disciplina. Surgida no século XVIII, Foucault (2009a [1975]) mostrou que métodos de controle minuciosos sobre o corpo são expressões de uma anatomo-política, que modificou todo o exercício de poder sobre o corpo do indivíduo. O poder disciplinar, contudo, não visa unicamente aprofundar a sujeição ou o aumento das habilidades do indivíduo, mas visa “a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto mais útil, e inversamente” (*ibid.*: 127).

Essa “arte do corpo humano”, como chamou Foucault (2009a: 127) teve suas técnicas generalizadas. As técnicas disciplinares implicam em princípios de distribuição dos indivíduos no espaço, como nos colégios e quartéis, também do controle das atividades (dos horários, dos movimentos do corpo), como nas fábricas, nas prisões. É por essas técnicas minuciosas que Foucault entende que esse poder é:

uma economia e eficácia dos movimentos, sua organização interna, coerção que se faz sobre as forças e sinais; coerção ininterrupta, processos de atividades que sobre seu resultado se exerce de acordo com uma codificação que esquadrinha ao máximo tempo, espaço, os movimentos. (2009a: 127).

Embora a disciplina não seja a técnica predominante no CAPS AD e ainda que sejam notados alguns de seus traços no processo terapêutico, ela nos ajuda a entender porque a regularidade nas atividades é entendida como um índice de *comprometimento* que, por sua vez é também *motivação*: porque há na frequência assídua e pontual das atividades um princípio e um *desejo* reformador. Ao manter a frequência nas atividades, coloca-se à mostra o *desejo* em retomar uma vida submetida às regras mais fundamentais das sociedades disciplinares, uma tolerância às normas do mundo do trabalho e das salas de aula – locais onde o controle dos horários e das atividades é incontornável, locais estes onde serão “reinseridos” posteriormente. Trata-se, portanto, de testar o *desejo* pela reforma. É como se o CAPS AD fosse um ambiente terapêutico de aprendizagem, onde serão testadas as capacidades individuais de adequação ao mundo das disciplinas, negligenciado durante o período em que só se “vivia as drogas”.

Ademais, por acharem que os *usuários* do CAPS AD romperam laços sociais que os mantinham “dentro” da *sociedade* e por acharem que um traço comum dos *doentes* é a dificuldade de seguir regras, a falta de disciplina seria um dos motivos que os “dessocializam”. Sendo assim, ela também é um elemento chave a ser trabalhado terapeuticamente até que se possa recuperar as suas capacidades de acatar disciplinarmente as regras, pois esta seria uma das vias de “reinserção” social.

Depois de concluídas as três semanas de seleção, aos que passaram pela malha fina da *triagem*, é apresentado um *contrato de convivência*, datado e assinado pelo *usuário*, em cujo documento são descritos os deveres dos *usuários*, de seus familiares e dos profissionais do CAPS AD. A respeito do *comprometimento* dos *usuários* com as atividades, é seu dever manter a frequência ao longo dos próximos meses de tratamento. Não por acaso, na justificativa da punição por falta é empregada uma linguagem de cunho trabalhista, como aparece na cláusula III do *contrato de convivência*:

Ao usuário compete:

(...)

III. Ser assíduo e pontual nas atividades que se comprometeu a frequentar, sendo desligado do tratamento na 3ª falta sem justificativa. (Faltas justificadas serão consideradas mediante atestado médico, atestado de óbito de familiar, perícia médica e comprovante do trabalho).

(Contrato de convivência. CAPS AD, São Bernardo do Campo, 2013).

O que se compreende por *desejo* (certamente *desejos*), do ponto de vista dos consumidores de drogas no CAPS AD, de certo não se assemelha ao *comprometimento* ou *perseverança*, tal como é formulado pelos profissionais. Muito provável que haja uma vontade de mudança para os que procuram no tratamento uma via de transformação, mas tampouco imagino que a ideia de reforma seja para ambos (profissionais e *usuários*) um consenso. O que procurei mostrar em texto são os critérios mobilizados no CAPS AD para selecionar pessoas aptas a seguir o tratamento, ou ainda, mostrei como, ao separar umas e outras, as muitas vontades são codificadas pelos profissionais, permitindo que se chegue a uma categoria precisa e resultante de todo um processo liminar: a *motivação*. Veremos adiante a construção e manutenção do *cuidado*.

#### **4.3 – O Projeto Terapêutico Individual (PTI): o indivíduo responsável**

Depois de terem suas *motivações* testadas, os *usuários* aptos a seguirem no tratamento deverão ter sua primeira reunião com um técnico para construir seu *projeto terapêutico individual (PTI)*. O *PTI* organiza o processo terapêutico do *usuário* a partir de seus interesses e necessidades. Neste documento fica registrada a grade de horário das atividades que o *usuário* escolheu participar e o horário das reuniões com seu técnico de *referência* e com o médico do CAPS AD. Cada *usuário* é *referenciado* a um técnico específico com o qual ele deverá manter um *vínculo* mais estreito ao longo do tratamento e com o qual ele discutirá esporadicamente o seu projeto terapêutico, de modo que tanto o *PTI* quanto a medicação sejam ajustados à medida que o *usuário*

coloca novas *demandas* de saúde. Assim, com a participação do *usuário* junto à equipe de profissionais, é construída a ideia de que o projeto terapêutico é produzido de acordo com particularidade do *usuário*. Vejamos como essa noção aparece na relação do *usuário* com a sua *referência*.

Moisés tinha seu horário de *PTI* marcado na mesma tarde em que comecei a pesquisa de campo no CAPS AD. Naquele dia, esse *usuário* montaria junto com sua *referência* o seu projeto terapêutico. O técnico iniciou a conversa resgatando a história institucional do rapaz. Já vimos em momentos anteriores que na *rede* de saúde, com o sistema *Hygia*, pode-se levantar com detalhes a trajetória institucional de qualquer pessoa que já tenha passado pelos serviços e saber por onde ela andou, as suas doenças, os medicamentos prescritos (cf. *infra* Capítulo 4.3). Naquela ocasião, não interessava saber sobre esses detalhes. O profissional queria saber a história de Moisés no CAPS AD e o *prontuário* lhe permitia resgatá-la.

Iniciaram o interrogatório com questões de um formulário específico do *PTI*. As primeiras questões abordavam os sintomas fisiológicos provocados pelo consumo de psicoativos e os hábitos de consumo. *Moisés, o senhor tem tremores? Taquicardia? Náuseas?* Todas as respostas foram negativas. Esse primeiro conjunto de perguntas refere-se aos sintomas da abstinência, uma série de modificações corporais que ocorrem em razão da suspensão brusca do consumo de psicoativos. Em seguida, o técnico queria saber quais delas o *usuário* já havia consumido: *Maconha? Cocaína? Mesclado? Crack? Heroína? LSD? Êxtase? Cola?* A lista era grande, mas Moisés declarou ter experimentado a maconha, a cocaína, o álcool e o crack, sendo a última a droga a de eleição, como dizem os profissionais para se referirem à substância mais consumida, de acordo com o que é declarado pelo *usuário*.

O psiquiatra é o profissional responsável pela prescrição dos medicamentos para tratar dos sintomas causados pela interrupção do consumo de psicoativos, ou ainda, para tratar os sujeitos que queiram diminuir o uso. Na primeira consulta com o *usuário*, além de *escutá-lo*, o psiquiatra também toma como parâmetro tudo o que está registrado em seu *PTI*: os questionários preenchidos durante a elaboração deste documento, sua história institucional e de vida. Para conter a vontade de beber, a medicação mais indicada é a *Naltrexona*, um fármaco muito comum no tratamento para consumidores de

álcool<sup>108</sup>. Esse tipo de prescrição é também chamada de “medicação de contenção”, já que os seus efeitos diminuem o *desejo* do sujeito de consumir psicoativos. Aos consumidores de cocaína e crack, não é prescrito nenhum remédio inibidor das vontades, por isso o psiquiatra só prescreve medicamentos para tratar as “comorbidades associadas ao uso”, estas são complicações de saúde provocadas em decorrência do consumo dos psicoativos. Um rol mais ou menos restrito compõe algumas comorbidades provocadas pelo uso da cocaína e do crack, tais como a insônia, convulsão, epilepsia e transtornos mentais variados.

Diferente dos CAPS para transtornos mentais, como mostrou Sartori (2010), onde a medicação é capaz de orientar o tratamento e diminuir o *sofrimento* psíquico, no CAPS AD, a medicação age pontualmente no *desejo* mas não de modo incondicional, senão não haveria razão para mobilizar outras técnicas terapêuticas para aprimorar o controle sobre si, este sim a principal chave para busca da *autonomia*. Mas tampouco é irrelevante a ação do medicamento sobre o corpo; eles são, o que entendem alguns especialistas em Antropologia Médica (der Geest et al 1996), “veículos de ideologia, facilitadores de autocuidado, são percebidos como fontes de eficácia, eles direcionam o pensamento e ações das pessoas e influenciam suas vidas sociais” (1996: 157)<sup>109</sup>.

Pignarre (1999) entende que os medicamentos são objetos originais nas ciências modernas, cuja agência é capaz de ligar o biológico e o social. Para o autor, o medicamento é o ponto de engate, só pode ser compreendido no encontro dos corpos. Como Pignarre (1999) prefere definir: “de um lado, o corpo químico, de outro, o corpo biológico, o humano precisamente” (1999: 123). Este ponto de junção, como diria o autor, é resultado de um prolongamento do biológico e do social. Outro sujeito (e outro corpo) é produzido no qual “seu lugar no campo social é modificado simultaneamente com sua biologia sob o choque do encontro com a molécula” (1999: 133). Já com pouca vontade de consumir as substâncias psicoativas, os *usuários* do CAPS AD agora

---

<sup>108</sup> A substituição de uma droga (o álcool) por outra (o medicamento) remete à discussão que Derrida (2005) resgatou sobre *pharmakon*. No sentido grego, o termo é tomado por uma cadeia de significações, dotado de uma ambiguidade, nem veneno, nem remédio. Platão suspeitava dos usos dos *pharmakons*, mesmo quando manipulados exclusivamente para uso terapêutico, porque eles jamais podem ser apenas benéficos.

<sup>109</sup> Os autores, neste artigo, discutem o que chamam de “ciclo da vida” dos medicamentos, a sua circulação no mercado, prescrição, distribuição, consumo e, finalmente, eficácia. Uma antropologia dos fármacos contribuiria com temas antropológicos mais gerais uma vez que toca na questão da construção do corpo e no processo de globalização.

possuem corpos menos *desejantes*, mais moderados, mais aptos a exercitarem o controle sobre si, mudarem seus comportamentos, enfim, retomar suas *autonomias*.

O segundo formulário era um conjunto de perguntas não mais sobre o corpo biológico de Moisés, mas sobre a sua história de vida. *O que te marcou mais na infância? Quando você pensa nela o que vêm na sua cabeça? O que você fazia quando era criança? Como era a sua relação com seus pais?* O profissional insistiu. Moisés seguiu com sua narrativa. Não cabe aqui reproduzi-la pela extensão que tomaria em texto, também porque não pude acompanhar os desdobramentos da história deste *usuário* na equipe do CAPS AD. Mas a relevância de fatos corriqueiros da vida do *usuário* no *PTI* é o ponto que irei desdobrar analiticamente.

Os aspectos subjetivos da vida cotidiana do sujeito, seu comportamento e relações sociais, são para a Psicanálise matérias da análise do inconsciente, cuja *escuta* é capaz de captar esta linguagem submetida à lógica do *desejo*. Os conceitos psicanalíticos invadiram o campo da Saúde Mental após a Reforma Psiquiátrica brasileira, organizando toda a prática dos profissionais nos novos modelos de assistência, como mostram alguns estudos (Fernandez 2001, Guerra & Souza 2006): a *escuta*, a construção do *caso clínico*, a equipe interdisciplinar.

Nos fatos corriqueiros estariam os elementos que singularizam os sujeitos, por isso a importância em *escutar* e colher tais informações, sem elas seria impossível elaborar uma ideia de tratamento *individualizado*. No CAPS AD, a equipe conhece o *usuário* principalmente pela *escuta* feita durante o *PTI*, as atividades e em qualquer outro momento e espaço, e, acredita-se que o *usuário* ao falar, ele elabora um lugar para si. A atenção dos profissionais à *escuta* é fundamental para que as particularidades dos indivíduos sejam captadas pelos técnicos e inscritas nos *prontuários* na forma de registros sobre a vida privada do *usuário*, a sua infância, seus relacionamentos, também são registrados seus comportamentos nas atividades, a sua relação com o técnico de *referência* e o modo como ele reage aos medicamentos prescritos pelo médico da equipe.

Apesar da proximidade do técnico com o *usuário*, a sua função, dentro dos propósitos desta terapêutica, não é fazer *intervenções* incisivas, mas antes, monitorar ou *acompanhar*, como se diz no campo da saúde, o processo terapêutico do *usuário*. É como se os técnicos fossem uma espécie de tutores que vez ou outra ajudam o *usuário* a

ajustar as medidas terapêuticas mais adequadas para ele, pois a eficácia do tratamento depende mesmo do *usuário*. É ele quem deve *responsabilizar-se* pelo seu projeto terapêutico.

Chamou-me a atenção uma frase repetida insistentemente no CAPS AD que me parece ser fundamental para compreender o modo como os profissionais concebem o *usuário* e também o processo terapêutico no qual estão inseridos: *10% da responsabilidade no tratamento é do CAPS, 90% é responsabilidade do usuário*. Dados os seguintes pesos, os profissionais parecem ser apenas intermediadores; eles conduzem o *usuário* a se engajar na terapêutica acertando as particularidades do projeto de acordo com o perfil do indivíduo, não mais do que isso. Assim, formula-se, neste equipamento, uma ideia de sujeito: ele é *responsável* por si e pela terapêutica. A *responsabilização* quase que exclusiva do *usuário* pelo seu tratamento remete à ideia de um sujeito *individualizado*, encerrado em suas paixões, fechado em si mesmo, o manipulador exclusivo de seus *desejos*. É esse sujeito o único *responsável* em despertar tanto o *desejo* pelo tratamento quanto a *motivação* para permanecer nele.

Uma visão demasiadamente *individualizada* como esta endossa ao *usuário* toda a eficácia do tratamento, ainda que haja uma equipe de profissionais ampla e multidisciplinar e uma *rede* de saúde à disposição dele. Nesses termos, alguns aspectos devem ser questionados: se o *usuário* é o *responsável* quase que exclusivo pelo seu tratamento, então a *motivação* é algo que só ele pode despertar? E os profissionais não podem incitá-la? A *rede* de saúde também não a despertaria?

Na leitura de Deleuze e Guattari (2004 [1972]), essa concepção de desejo individual imanente e hermético é um dos pressupostos da Psicanálise. Em outra direção, para os autores não há distinção entre as máquinas desejantes e as tecnológicas, porque não existe diferença de natureza entre elas, nem de dualidade entre o desejo e o social. Haveria a possibilidade, numa visão esquizoanalítica, dos encontros entre profissionais, *usuários*, máquinas, documentos (tudo aquilo que compõe a *rede*) de despertar *desejos*, algo que mudaria os rumos do tratamento.

Entretanto, a *responsabilização* seria uma das questões que Rose (2004) notou como característica do modo como a liberdade é concebida e produzida no neoliberalismo, recuperando a discussão antes levantada por Foucault (2008b). Na economia das relações de poder liberais. Em Rose (2004: 69), as liberdades

tornaram-se governáveis nas sociedades neoliberalistas na medida em que certos assuntos de ética privada passaram a ter interesse para a ordem pública. O elemento crucial desta administração é a formatação de responsabilidades individuais conduzidas por profissionais especialistas em ética privada da boa saúde e da moralidade. Rose (2004: 76) os chamou de “engenheiros da alma” pois são essas figuras os especialistas em conduzir indivíduos, desde os religiosos, filantropos, médicos, e mais atualmente, uma gama de trabalhadores sociais.

Semelhante ao modo como Rose (2004) entende os especialistas da *responsabilização*, os técnicos do CAPS AD, atentos às particularidades do indivíduo, exercem a função de condutores da ética de modo que eles devem guiar o *usuário* na reforma de si, ou na *responsabilização* pelas condutas mais adequadas para sua “ressocialização” e *autonomia*.

As atividades terapêuticas também são escolhidas pelo *usuário* junto com seu técnico de *referência*. O cronograma das atividades é registrado no terceiro formulário do *PTI*, no chamado “cartão do AD”, com algumas informações pessoais e a grade das atividades. No *PTI* de Moisés, o técnico tirou de sua pasta uma tabela com todas as oficinas oferecidas no CAPS AD. O tratamento, embora seja singularizado e adaptado minimamente às necessidades e aptidões do *usuário*, não foge de um escopo cuja variedade abrange as seguintes atividades: 1) Grupo de psicoterapia; 2) Terapia Ocupacional; 3) Grupo de Família<sup>110</sup>; 4) Grupo de Mulheres<sup>111</sup>; 5) Oficinas; 6) Projeto de geração de renda; 7) Teatro; 8) Atendimento médico psiquiátrico; 9) Atividade Física.

*Você gosta de fazer atividade física?* Perguntou o profissional. Moisés disse que era preguiçoso. *Você sabia que a atividade física libera endorfina no corpo e dá uma sensação de prazer? Ajuda bastante no início do tratamento. A preguiça é uma característica desta doença. Você quer tentar?* Moisés aceitou. Em seguida, o profissional enumerou uma série de atividades, fechou a programação de todos os dias da semana: caminhada, artesanato, artes marciais, arte-terapia, assembleia e consulta médica. O *usuário* inscreveu-se em todas com o argumento de que precisava preencher o seu dia com atividades porque no Albergue, onde se abrigava naquele momento, só

---

<sup>110</sup> Esta atividade é direcionada para os familiares dos *usuários* em tratamento porque é entendido que a família também precisa de um respaldo terapêutico para lidar com a *doença*.

<sup>111</sup> Grupo de psicoterapia exclusivo de mulheres, porque a separação por gênero neste tipo de grupo, diz a coordenadora do CAPS, é uma tentativa de preservar minimamente a imagem da pessoa que expõe para um coletivo a sua vida íntima.

“falam em crack”. O técnico entregou-lhe o cartão e disse que começaria quando ele quisesse.

Uma proposta de atendimento singularizado exige, ainda, que a equipe organize-se de forma que possa estabelecer um *vínculo* mais próximo com os *usuários*, assim a equipe *cuida* de todos e de cada um ao mesmo tempo. Para isso, um técnico focaliza sua atenção e *acompanha* mais de perto alguns *usuários*, assim, este profissional torna-se o técnico de *referência* de alguns deles, ele é responsável por acompanhar e avaliar os *PTIs*. O técnico deve manter-se atento à fala do *usuário* do qual ele é *referência*, com o intuito de colher mais informações sobre sua história de vida, suas queixas sobre o tratamento e a medicação, os sintomas recorrentes e a mudança de comportamento do *usuário*. Tudo isso irá contribuir para particularizar a proposta terapêutica dele. É nesses termos em que a *individualização* é formulada no CAPS AD.

Diferente da função da *referência* no Consultório na Rua, no qual o técnico deve, sobretudo, acompanhar o *fluxo* dos *usuários* na *rede*, no CAPS AD, ele deve *acompanhar* as mudanças no tratamento, sempre por meio da *escuta*. Para que os demais profissionais também *acompanhem* o tratamento de cada um dos *usuários*, e para que cada *caso* seja discutido nas *reuniões de equipe*, o técnico de *referência* deve atualizar as inscrições do *usuário* em seu *prontuário*, procedimento este que chamam de “*evoluir o prontuário*”. Um documento *evoluído* significa que é rico em detalhes e informações os quais a *referência* conseguiu colher e, em seguida, as traduziu numa escrita técnica e compreensível aos demais profissionais.

Com o *prontuário* em mãos, o técnico de *referência* apresenta à equipe como tem sido feito o manejo do *caso*. A partir do relato, a equipe o discute para chegar a um consenso sobre a *intervenção* mais adequada a ser feita. Mas não apenas os *usuários* são avaliados, também a postura do profissional e suas dificuldades em *cuidar* de determinado *caso* são discutidas coletivamente. Participam da reunião de equipe todos os funcionários do CAPS AD, sendo assim, o serviço é fechado no momento em que os profissionais se reúnem, isto porque, entende-se que todos os funcionários participam do processo terapêutico dos *usuários*, todos fazem a *escuta*.

O tratamento chega ao fim quando o *usuário* obtém a *alta médica*. Esse procedimento passa por um longo percurso interpretativo do *caso*, até que se chegue a um consenso. É desse modo que os profissionais avaliam se o *usuário* conseguiu

alcançar sua *autonomia*, se ele tornou-se *responsável*, ou ainda, se ele está apto a ser “reinserido” na *sociedade*. Depois de passarem pelas *reuniões de equipe*, após um extenso e cansativo debate sobre o progresso do tratamento, a mudança de comportamento, a inserção do *usuário* no mercado de trabalho e na família; os *casos* recebem a aprovação do coletivo para que os *usuários* possam desligar-se do serviço. Em momento algum, entretanto, é colocada em questão a cura do *usuário*. Não existe cura, há, contudo, o controle. O que os profissionais avaliam nos *usuários* é a mudança de comportamento e a capacidade dele lidar com a *doença*.

Se na concepção formulada no CAPS, a *doença*, como vimos na discussão da *triagem*, é concebida como um descontrole das vontades, cuja fraqueza implica, no âmbito pessoal, a negligência das relações, restrição dos prazeres e afunilamento da visão de mundo, ela implica também, no âmbito social, o desajuste aos modos de vida disciplinares que, na visão dos profissionais, é determinante para a perda da *autonomia*. Em entrevista, a coordenadora do CAPS AD elabora pouco mais essa noção de *autonomia*:

O objetivo do serviço do CAPS é trazer de volta para este usuário a sua **autonomia muitas vezes perdida**. Então, é resgatar a sua autonomia, **resgatar laços muitas vezes rompidos**, resgatar relações de trabalho, e que ele possa, de alguma forma, responder por ele novamente e encontrar outras formas de prazer na vida. Se ele não quiser adotar a abstinência, é um direito dele, porque muitas pessoas fazem o uso de drogas. O álcool é totalmente permitido na nossa sociedade em qualquer ritual. Quando a gente vai bater um papo, vamos tomar alguma coisa. Não é assim? Eu acho que o usuário também está no seu direito desde que ele consiga atingir um nível em que ele possa resgatar com este programa aqui principalmente a autonomia dele. **Muito chegam aqui com a autonomia totalmente perdida: sem casa, sem relações familiares, sem relação com o trabalho, não tem uma renda. Então, a nossa função aqui é trazer de volta pra pessoa conviver em sociedade**, poder fazer as suas escolhas, de acordo com a sua autonomia, de acordo com aquilo que ele deseja. Então, é poder ter um objetivo maior, no caso. Se ele continuar usando alguma coisa mas que ele consiga conviver na sociedade, ele possa ter um trabalho, ele possa ter uma renda, se ele for incapaz, que ele possa ter um benefício, que ele possa conseguir morar, ter os direitos de um ser humano de escolha, de vivência e de vida, a gente entende como um progresso no tratamento. (Entrevista com a coordenadora do CAPS AD, grifos meus).

A *alta médica* é muito subjetiva, conta a coordenadora, depende daquilo que ficou determinado como a *responsabilização do usuário* (as metas construídas por ele) e o que ele conseguiu cumprir. O apelo à retomada do controle para alcançar a *autonomia* tem aqui dois sentidos. O primeiro diz respeito à tolerância ao mundo disciplinar, que permite alcançar a *autonomia* como sujeitos civis, mais ajustados ao trabalho, à família, às relações afetivas e recuperar a capacidade de serem consumidores potenciais, como já notou Sartori (2015). A perda de *autonomia* sugere que estes indivíduos estão incompletos, são sujeitos em falta, por isso estão “fora” da *sociedade*. A ideia de *sociedade* é central na compreensão que objetivo, afinal, é almejado no projeto terapêutico. E diria, mais além, que a ideia de *sociedade* é fundamental para o entendimento a que se presta tal equipamento na gestão intersetorial do *cuidado* de consumidores de drogas.

Os sentidos aqui evocados de *sociedade* remetem o termo a um domínio separado do indivíduo, não só porque ele “perdeu” a *autonomia*, mas porque pessoas convivem na *sociedade*, participam dela como membros. O *doente* perde seu lugar na *sociedade* quando rompe seus vínculos com algumas instâncias e não com outras, de maneira que essas são decisivas para assegurar a “socialização” do sujeito, para usar o termo da coordenadora. Nesse sentido, os laços mais elementares que sustentam um indivíduo na *sociedade* (esse construto que aqui é o solo referencial sobre o qual é estruturado o tratamento) são com a família, com o trabalho, com o mercado, com o Estado.

Num debate sobre os sentidos que a sociedade tem para a Antropologia, Strathern (2005: 52) considera que um deles, já obsoleto para pensarmos as relações do indivíduo, recupera uma ideia de grupo, cujos membros participam da sociedade por meio de rituais de coesão social. Já a coesão é também uma abstração para invocar os aspectos mais preponderantes da socialização, isto é, uma sociedade que pode ser representada pela lei ou pela religião. Esse tipo de formulação é precária, de acordo com o que argumenta a antropóloga, porque serve mais como retórica, não como teoria. Pois, se é impossível um indivíduo estar completamente dessocializado, essa noção de sociedade, enquanto um grupo, comporta a possibilidade de tanto apartar quanto realocar os indivíduos. Portanto, há sempre indivíduos que precisam ser

“ressocializados” porque deixaram o grupo por não participarem de seus regimes de integração.

A *sociedade* da qual se fala no CAPS AD decerto recupera as disciplinas como os mais eficientes mecanismos de “inclusão” social, senão elas não seriam os únicos critérios utilizados na malha fina da *triagem*, também não seriam o indicador da *motivação* dos *usuários*, assim como não seriam a medida para testar o *comprometimento* e não apareciam como linguagem para firmar a relação do *usuário* com o CAPS AD no *contrato de convivência*.

Sendo assim, um *usuário é cuidado* no CAPS AD de tal modo que sua tolerância às disciplinas precisa ser continuamente testada, suas habilidades em cumprir horários e compromissos sejam recuperadas, sua documentação que assegura o estatuto de sujeitos civis esteja regularizada, a sua fonte de renda possa ser garantida como benefício estatal ou mediante um emprego formal. Essas são as condições para serem “devolvidos” à *maré*, para usar uma expressão alegórica da *rede*, para serem “reinseridos” na *sociedade*.

Ainda que a metáfora do grupo tenha sido empregada na Antropologia há tempos e no CAPS AD, ela serve de abstração para imaginar um lugar ideal e um regime de coesão que metaforiza as disciplinas dos nossos tempos, Strathern (2005: 54) retoma a fragilidade dessas abstrações para a elaboração de análises mais concretas, pois no mundo real, diz a antropóloga, apenas os indivíduos pertencem a ele, as abstrações não. Isto é, concretamente somos corpos consumidores, trabalhadores, pertencemos a uma família, somos indivíduos para o Estado, somos componentes de uma população. Esse indivíduo real (não abstrato), reforça Strathern (2005: 54-55), é que pode ser tornado invisível, ou pode ser “retirado” da *sociedade*, quando as suas relações sociais não são moduladas na interação da pessoa com os estabelecimentos comerciais, o Estado, as fábricas, os escritórios, as escolas, os bancos. Esta ideia restrita de indivíduo está calcada numa intolerância da diversidade das formas sociais, uma vez que a pessoa só é indivíduo na condição de consumidor ou provedor de serviços.

O segundo sentido de *autonomia* aparece no CAPS AD como a capacidade do indivíduo de conduzir sua vida e endossar suas escolhas. Portanto, *autonomia* diz respeito à retomada pelo controle das vontades e o cuidado de si mesmo. A esse

respeito, a coordenadora do CAPS AD retoma a centralidade da noção de “direção de si mesmo” como condição primordial do indivíduo:

a pessoa poder fazer as escolhas dela. E isso é em tudo na vida. Se eu perco as rédeas da minha vida, como é que fica? Depende muito e exclusivamente deles; de como a gente vai conduzir a vida (entrevista com a coordenadora do CAPS AD).

A *autonomia* que se concretiza no controle das escolhas é noção fundante da ideia de humanidade no pensamento ocidental. Foucault (1985) notou que no pensamento grego antigo houve uma ética de cuidado de si como prática racional da liberdade, uma reflexão moral sobre o sujeito como agente de seus atos. "Cuida-te de ti mesmo", tema consagrado por Sócrates, era uma regra de conduta da vida social e pessoal, um dos fundamentos da arte da existência. O governo de si é metáfora também do governo de todas as operações físicas e morais, dos balanços, cujo objetivo final de todas essas práticas é a ética do domínio.

Entretanto, no pensamento não ocidental, a condução de si e das coisas que cercam o mundo da pessoa, não define propriamente a peculiaridade dos seres humanos. Jullien (2001) recuperou na filosofia chinesa o sentido que o controle de si exerce na concepção da humanidade. Em Mêncio, a direção dos processos dos quais os sujeitos participam não é a condição *a priori* do humano, ela é antes virtude de todos, é a via de acesso da transcendência, da tomada de consciência da marcha das coisas (2001: 61).

Se a *autonomia* neste dispositivo de assistência encerra-se numa concepção que define antes a humanidade dos sujeitos e não a virtude para melhor viver no mundo, ela é decisiva nos processos de exclusão dos *usuários*, pois é sobre a noção de uma *autonomia* conquistada ou perdida que o indivíduo garante seu lugar na *sociedade*. É por isso que o objetivo terapêutico neste modelo de assistência é fazer com que seja produzido um sujeito com as condições elementares da humanidade, sem elas ele não pode participar da *sociedade* – ele é sujeito de controle e *autônomo*.

O espaço do CAPS AD, assim como a equipe profissional, são apenas instrumentos, como disse uma vez a coordenadora, para que os *usuários* engajados na terapêutica possam fazer uso de certos recursos materiais e humanos em busca de seu autoconhecimento e controle. Nesse sentido, o lugar do CAPS AD, ao modo do que

Wacquant (2002) descreve nos ginásios de treinamento de boxe, é espaço de formação do corpo e da alma. Tanto no espaço de formação pugilista quanto no CAPS, a disciplina e a remodelação física e moral conduzem os sujeitos ao ascetismo<sup>112</sup>. As práticas incentivadas nesses espaços, lugares de resguardo e exercícios da ética do cuidado de si, devem ser o exato oposto do que se vive nas ruas, da “abjeção”, para usar a expressão de Rui (2012a), ao elaborar uma etnografia da corporalidade do *nóia*. Busca-se com essas práticas fazer com que o *usuário* aprenda a lidar com a *doença* e, com isso, consiga retomar o controle de sua vida.

Diante dessas ponderações, mostrarei em seguida as disputas terapêutico-políticas em torno de pessoas que estão sob o julgamento de juízes e da equipe do CAPS AD porque lhes foram solicitada judicialmente a internação compulsória ou involuntária. Portanto, são pessoas que tem um estatuto de *doente* ainda mais precário.

#### **4.4 – Os pedidos de internação: o embate político-terapêutico materializado nos documentos**

Os pedidos de internação involuntária e compulsória que chegam da Comarca de São Bernardo do Campo no CAPS AD arrebatam a equipe de profissionais, o Ministério Público, familiares e *usuários* com dilemas éticos, políticos e terapêuticos de difícil resolução, pois envolvem projetos de vida, políticas públicas de saúde, saberes, técnicas e escolhas morais.

Quando é solicitado à 1ª Vara da Família e Sucessões do município um pedido de internação involuntária (aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro) ou internação compulsória (aquela determinada pela Justiça)<sup>113</sup>, os promotores responsáveis pelo processo, antes de encaminhá-lo ao juiz, deverão avaliar as possibilidades de tratamento alternativas aos manicômios. Prevista na lei 5.267/96 (Art. 3º), o poder público deverá adotar medidas para a implementação de serviços

---

<sup>112</sup> A etnografia de um aprendiz de boxe escrita por Louis Wacquant é em muitos aspectos inovadora para a Antropologia..

<sup>113</sup> A internação involuntária é encaminhada ao Ministério Público por um médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento a ser internada a pessoa julgada.

intermediários que garantam a extinção gradual de leitos manicomiais. Por outras palavras, deve-se priorizar os tratamentos em meio aberto, no lugar da internação integral, por esta razão, chegam ao CAPS AD os pedidos para avaliação para possível internação.

Os técnicos devem enviar à promotoria um documento com a avaliação médica do sujeito, sugerindo o *encaminhamento* mais adequado a ser feito. Tendo em mente uma diretriz da atual gestão municipal da secretaria de saúde de São Bernardo do Campo, e a pedido dos gestores ligados ao gabinete do prefeito, os profissionais devolvem aos promotores documentos argumentando os benefícios da proposta terapêutica do CAPS. Neste âmbito, instaura-se uma disputa terapêutica protagonizada pelos técnicos em defesa da proposta do tratamento em meio aberto, algo que, para eles, é de fundamental importância para demarcar suas posições políticas acerca dos modelos de assistência reivindicados pelo movimento da luta antimanicomial. Com a chegada destes pedidos e o posicionamento adotado pela equipe do CAPS AD em impedir que a pessoa judiciada seja internada, estes profissionais se colocam a discutir formas de ampará-la na *rede* de saúde. Estas serão as questões a serem descritas e analisadas adiante.

Quando a *demanda* da internação aparece no CAPS AD, seja por meio de familiares que passam no *acolhimento* fazendo um apelo à equipe, seja por meio da *demanda* judicial da Comarca municipal<sup>114</sup>, de pronto os profissionais realizam uma reunião de equipe para avaliar coletivamente as *ações* futuras que resultarão numa *intervenção* terapêutica. O *caso* Cleber foi tema de uma das reuniões que pude acompanhar. O técnico Davi apresentou um pequeno resumo da história institucional do *usuário* que, desta vez, estava sendo julgado para uma futura internação involuntária:

Cleber tem 27 anos, é usuário de múltiplas drogas, tem transtorno bipolar, esteve internado no Lacan [hospital psiquiátrico da cidade] durante alguns meses. Já passou no CAPS em 2011, mas não aderiu ao tratamento. A mãe dele procurou o serviço recentemente. Ela foi encaminhada para o grupo de família, mas não retornou mais. A família fez o pedido de internação involuntária para Cleber. O

---

<sup>114</sup> Os pedidos de internação compulsória processados pelos juízes do Estado de SP nem sequer chegam ao CAPS AD. Nesses casos, a pessoa passa por outro processo judiciário, são outras instâncias médicas que redigem o laudo médico. No Hospital Psiquiátrico Lacan, localizado em São Bernardo do Campo, muitos dos leitos são financiados pelo governo do estado.

processo ainda está em julgamento. (Diário de campo, 25 de fevereiro 2013).

Foi decidido em reunião que Davi, o técnico com formação em Psicologia, faria uma visita domiciliar e uma *sensibilização*<sup>115</sup> à família, a fim de entender a razão do julgado e dos familiares não terem aderido ao tratamento tempos atrás, porque informações como estas ajudariam a equipe a elaborar um projeto de tratamento que convencesse o juiz de que o CAPS AD é eficaz para Cleber e que tal projeto fosse também bem aceito pelos familiares. A aproximação de Cleber seria fundamental para fazer uma *escuta* e colher informações necessárias para a elaboração do *laudo* médico, cuja avaliação será redigida e *encaminhada* aos promotores.

A caminho do Jardim Ypê, bairro popular da cidade, acompanhei o técnico naquela visita domiciliar. Ele me dizia da importância da *escuta* nesses casos: “temos que conhecer esta pessoa por inteira”. O técnico *escutaria* Cleber para extrair fragmentos da história da vida dele, tão importantes para o *laudo*, que em última instância seria o documento intermediador entre a equipe e o juiz. O futuro de Cleber dependeria das impressões causadas naquela visita, de modo que essas seriam discutidas na reunião de equipe, até que se chegue ao consenso de um projeto terapêutico adequado ao *usuário*.

Conversamos sobre alguns assuntos com Marta, mãe de Cleber, mas foi uma pergunta feita pelo técnico que desencadeou a *escuta*: *Qual é a sua queixa, Marta?* Marta disse que a convivência com seu filho estava insuportável: *Ele roubou todos os eletrodomésticos da casa, é agressivo, me ameaça, ameaça também o padrasto, grita, xinga, quebra a casa toda, se deixar. Foi por isso que a gente pediu a internação.* Cleber não quis sentar-se na mesa da cozinha conosco, preferiu ficar em seu quarto e quase iniciou uma discussão com a mãe quando ela insistiu dizendo que Davi iria até o quarto conversar com ele. Davi, vendo que a situação estava um pouco tensa, continuou a conversa em voz alta para que ele pudesse acompanhar do outro cômodo. Bastou ouvir a palavra “internação” para que Cleber começasse a falar. Do outro lado da parede, ouvia-se a voz. A prática da *escuta* se desenrolou de maneira bem minimalista: Cleber não passava de uma voz, não tinha rosto, nem expressão, nem olhar.

---

<sup>115</sup> O sentido aqui é muito parecido ao empregado pelo Consultório de Rua (capítulo 3), quando entendem que *sensibilizar* é uma estratégia que visa comover e conscientizar pessoas.

Foram poucas as perguntas do técnico. Após horas de *escuta*, Davi tentou finalizar a conversa de forma amistosa: *Posso te dar um aperto de mão, Cleber?* Ele foi até a cozinha, apertou a mão do psicólogo e fez o pedido para que “a carta” (o ofício do processo judicial) fosse rasgada. Na avaliação do psicólogo, Cleber estaria em *surto*<sup>116</sup>, como disse. A desorganização aparece de forma bastante sutil na fala de Cleber, “até parece que tem muito sentido na loucura”, disse o psicólogo. E acrescentou ainda que a narrativa dele era muito fria e calculista, típica de uma fala psicótica. Assim provavelmente seria o *laudo* de Cleber.

Davi ficaria responsável pela redação do *laudo* a ser enviado aos promotores. Mas antes do documento ser produzido, um novo debate seria feito pela equipe do CAPS AD no qual seriam discutidas as possibilidades de *acolher* Cleber na *rede*. Diante do pedido de internação, a *motivação* do *usuário* não é testada na *triagem*, uma vez que o tratamento já se inicia a contragosto da pessoa internada. Por essa razão, o *usuário* não passa pela *triagem*, ele é *encaminhado* diretamente para as demais etapas do tratamento.

No caminho de volta, perguntei a Davi o que aconteceria com Cleber. Na avaliação do técnico, cuja opinião não será única ou preponderante na conclusão do *laudo*, Cleber deveria ser *acompanhado* na atenção básica (nas UBS), assim ele receberia *cuidado* de profissionais do PSF sem saber, já que não houve da parte dele nem dos familiares a aceitação para o tratamento. A proposta de Davi seria improvável de ser aceita consensualmente pelos demais profissionais, uma vez que seria difícil convencer o juiz de que na *rede* básica de saúde Cleber estaria bem supervisionado. Ali os *cuidados* são menos pungentes, já no CAPS AD, o tratamento exige mais *responsabilidade* do *usuário* e o acompanhamento profissional é mais cauteloso.

Seria arriscado propor ao Judiciário um tratamento nos serviços de atenção básica porque escapa ao modo como o juiz provavelmente pensaria uma alternativa ao confinamento dos hospitais psiquiátricos. Isto quer dizer que os técnicos devem lidar com um repertório de exigências implícitas no processo de internação e um tipo de discurso palatável ao juiz. É o domínio de uma escrita técnica capaz de convencer àqueles que têm o poder de determinar as sentenças que se configura o desafio dos técnicos perante o juiz. Em um núcleo de medidas socioeducativas, Munhoz (2013) nos

---

<sup>116</sup> Uma etnografia dos CAPS para pessoas em *sofrimento* psíquico de Sartori (2010) nos mostra como se configura o cuidado com pacientes em crise.

mostra que o domínio de uma técnica de argumentação e escrita é o modo de fazer com que certos detalhes sejam mostrados, outros omitidos, a fim de revelar um certo tipo de menino ao juiz e convencê-lo a não internar o julgado. O que descreve Munhoz não é peculiaridade dos ofícios que circulam no judiciário, outros estudos já haviam mostrado que os documentos - com termos próprios, forma distinta, campos e até instruções para seu preenchimento – induzem a leitura e a interpretação, e por meio das categorias escondem fatos e tornam outros observáveis (Heimer 2006)<sup>117</sup>.

Afinal, que noções balizam as decisões judiciais para uma internação? A essência das justificativas das internações, previstas na Lei 10.216/2001, tem respaldo em algumas noções da psiquiatria acerca da pessoa portadora de transtorno mental ou do momento da crise. Numa avaliação das ressonâncias dos termos psiquiátricos na legislação, Lima (2007) expõe que o sujeito diagnosticado com transtorno mental está submetido ao “rebaixamento ou estreitamento da consciência<sup>118</sup>” ou ainda com a preservação da consciência a pessoa encontra-se “sem capacidade para uma decisão racional<sup>119</sup>” (2007: 2). Decorre que, nas instâncias judiciárias, entende-se que o sujeito avaliado perdeu a sua “capacidade de discernimento” e coloca sua própria vida e de terceiros em risco, tal como aparece na legislação. Na Psiquiatria, elencam-se ainda mais riscos, como dizem, para estes sujeitos, como observa o autor: risco de autogestão, de heteroagressão, de agressão à ordem pública, de exposição social e incapacidade grave de auto-cuidado (2007: 2).

É de responsabilidade do Estado garantir o direito de proteção da pessoa com transtorno mental, de que trata a lei citada. Amparada nas concepções formuladas no campo da Psiquiatria, a resolução da lei é de “proteção integral”, incluindo “serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros” (Art. 3º, § 2º). Por essas formulações, a sugestão de Davi para tratar Cleber nas UBS seria inaceitável no Judiciário. O que deve aparecer nos *laudos*, fato que depende do

---

<sup>117</sup> Uma ressalva importante de Villela (2011) sobre o modo de encarar os documentos vale ser feita. Em sua análise documental sobre distúrbios existentes na primeira república do Sertão de Pernambuco contra a *ordem* pública, o autor chama atenção para o fato de que os documentos possibilitam estabelecer, sempre a partir de pontos de vistas, como as autoridades públicas responsáveis pela segurança lidam com esta questão. Entretanto, os documentos não são encarados como “vocalizações eternas”, mas como “efeitos da ação humana” (: 16).

<sup>118</sup> Nas classificações psiquiátricas, com base no CID-10, Lima (2007) mostra que para este caso os diagnósticos são o estupor catatônico esquizofrênico ou depressivo, no transtorno dissociativo histérico, retardo mental,

<sup>119</sup> Segundo o que se consta neste trecho, as classificações psiquiátricas referem-se aos transtornos delirantes e alucinatórios e outros.

argumento desenvolvido na escrita, é o modo como os múltiplos serviços do CAPS AD garantem a *integralidade* do *usuário* e como essa *rede* contribuirá efetivamente para a retomada do “discernimento” do doente, para usar os termos da lei.

Tendo em vista essas concepções jurídicas, a equipe coloca-se a discutir as formas para garantir a integralidade cobrada pelo juiz. Quando a pessoa julgada não tem sequer abrigo, os parceiros da *rede* devem ser mobilizados para *acolher* o *usuário* avaliado pelo juiz. Além de estabelecerem parcerias com o PA psiquiátrico (para os leitos), os profissionais do CAPS AD também contam com a equipe da Casa de Apoio Transitória (CAT)<sup>120</sup>, onde o *usuário* poderá residir durante o período de tratamento no CAPS AD. Esse tipo de projeto ganha mais força argumentativa no Judiciário uma vez que se aproxima pouco mais dos desígnios da lei, o da *integralidade*. Assim, os sentenciados ficam mais retidos nas malhas da *rede* de saúde.

Os ofícios, entretanto, não são suficientes para persuadir o juiz. A coordenadora conta que é também preciso *sensibilizar* os promotores, por isso, os convidam a visitar a *rede* de saúde do município. Neste caso, a conversa e a *sensibilização* é um dos modos dos profissionais da saúde apresentarem pouco mais a perspectiva *humanizada* no Judiciário, por isso é um modo de fazer política, segundo nos conta a coordenadora:

Por isso que é importante uma boa conversa com a promotoria. Há um mês atrás eu fui com a secretária de saúde mental fazer uma conversa com a promotora. Foi tão bom. Ela veio aqui depois. Era uma compulsória que ela ia pedir, daí a gente ofereceu a CATI. Ele [a pessoa processada] está na CATI. Ela veio aqui, ela adorou. Achou a ideia super boa e não estou dizendo que é garantia de sucesso, é uma tentativa diferente, onde a gente não vai tolher a autonomia e o direito de escolha da pessoa. Essa é a diferença. Mas foi muito legal. Ela [a promotora] viu outro caso pra mim, ela me ligou perguntando se eu dava um jeito de ajudar essa pessoa. Então, é muito importante essa conversa com a promotoria e com o judiciário, pra que a gente possa articular bem essa questão da internação compulsória. (Entrevista com a coordenadora do CAPS AD).

Nos relatórios *encaminhados* aos promotores, além do parecer médico é preciso ser escrita em linhas muito gerais uma proposta de tratamento, não como o *PTI* mas um esboço genérico das contribuições que o CAPS AD e a gestão intersetorial da saúde têm

---

<sup>120</sup> Também chamadas de Repúblicas Terapêuticas.

a oferecer para o sujeito. Nesses textos, argumenta-se a favor dos principais conceitos com os quais trabalham a equipe profissional, tais como a ideia de *liberdade*, a *individualização*, a multidisciplinaridade da equipe, a *responsabilização*; tudo isso aparece na escrita dos relatórios como fatores e condições elementares de uma tecnologia terapêutica eficaz, por isso, são elencados como argumentos para desqualificar o projeto psiquiátrico, como aparece na fala da coordenadora:

A gente acredita que o usuário vai se beneficiar de ficar num regime aberto. Ele vai poder realizar um projeto terapêutico. A gente não acredita que a pessoa vai ter uma melhora num lugar fechado, onde ela vai ficar num lugar fechado e não vai ser trabalhada com autonomia. Ela pode mudar muitas coisas, muitos caminhos, e fechada, ela não faz nada. Ela fica simplesmente fechada. Você fecha a pessoa por X tempo. E aí? O que mudou? O que foi trabalhado com ela? A alegação é sempre neste sentido porque a gente acredita que uma pessoa em liberdade e com escolhas, ela pode escolher também fazer diferentes do que ela estava fazendo até o momento em que levou ela a um pedido de internação compulsória (entrevista com a coordenadora do CAPS AD).

Certas palavras-chave servem não apenas como substituição mas também como poderosos artifícios retóricos, implantados estrategicamente a fim de travar uma tensão entre as linguagens comparadas e precisar com maior exatidão o argumento dentro de um quadro mais geral. É o que nos diz Urciuoli (2000) sobre a aplicação de termos vagos ou muito precisos em audiência. Cada termo expressa uma força, do mesmo modo que desempenha um papel de articulador de diversos campos.

O *fluxo* aberto no Judiciário não deve ser cortado após o envio do relatório, porque os profissionais do CAPS AD acreditam que cada *caso* ali registrado, ainda que seja para uma avaliação, deve ser *acompanhado* mesmo quando a sentença final é a internação. *Casos* como estes são sempre discutidos em reuniões intersetoriais e com a cúpula de secretários, coordenadores dos setores e gestores ligados ao gabinete do prefeito, porque é entendido que tais disputas fortalecem o atual governo municipal que já declarou seu posicionamento político de combate à internação compulsória.

As internações são casos que convocam a *rede* toda, não apenas o CAPS AD. É de interesse dos trabalhadores dos serviços e dos gestores das políticas públicas

assumirem para si o compromisso da tutela desses sujeitos porque *casos* como estes, quando abrem a comunicação no Judiciário, trazem à tona aspectos significativos das disputas terapêuticas *humanizadas*. É nas mediações dos documentos que se confrontam os modelos terapêuticos em meio aberto e o modelo psiquiátrico obsoleto, para seguir o argumento dos gestores de São Bernardo do Campo. Para os profissionais é travada uma disputa no mundo dos papéis, cujas armas que possuem é a argumentação. Tão fundamental quanto necessário é o embate no Judiciário porque publiciza a proposta política para saúde defendida pelos atuais gestores municipais.

Luta política não é a única realizada no mundo dos documentos. Estes artefatos tecnocráticos gerenciam incontáveis práticas, de domínios muitos diversos. Procurei mostrar descritivamente que uma vez retidas neste aglomerado da *rede* as pessoas transformadas em *usuários* passam a ser gerenciadas por técnicos e artefatos (documentos, *softwares* e medicamentos). Aqui quase tudo é documentado, o projeto para a retomada da *autonomia* do sujeito, chamado de *PTI*, a *individualização* do *usuário* também é resultado de um longo processo descritivo e documentado no *prontuário*, incluindo as prescrições médicas, as entradas e saídas no CAPS AD. Também são registrados os direitos e os deveres de todas as pessoas envolvidas no processo terapêutico, através do *contrato de convivência*, as parcerias atadas entre outros serviços da *rede*, as reuniões e as deliberações.

No CAPS AD, o governo dos *desejos*, da moral disciplinar e da ética do cuidado de si são inscritos nos papéis, para depois serem quantificadas e avaliadas ao final do processo de tratamento. Administra-se também a conduta dos profissionais, os *fluxos*, a continuidade das *ações*. De um lado, porque são os registros que asseguram transparência e a avaliação, de outro, porque efetivam as relações. Os documentos são recursos e também idioma que cumpre, sob a rubrica das auditorias, os desígnios do *humanismo*.

Procurei descrever o *fluxo* dos *usuários* que entram no CAPS AD e ali permanecem em *cuidado* até serem “devolvidos” à *sociedade* novos indivíduos aptos a sustentar relações das quais estavam antes apartados. Espaço de ascetismo e resguardo, no aglomerado CAPS AD, concentram-se matérias para as reformas da alma: trabalhadores que ajustam as particularidades dos sujeitos e os conduzem à imersão em si mesmos; técnicas de *escuta*; medicamentos que agem sobre os *desejos*, documentos

que mapeiam as éticas, os comportamentos, as transformações corporais e as histórias; *softwares* de monitoramento que perseguem as condutas.

O indivíduo *doente*, trazido da rua pelos redutores de danos, pelos familiares insatisfeitos, pelos ofícios judiciais desafia, no limite, a noção de humanidade que se construiu entre nós. A *doença* manifesta-se como tal quando o controle é perdido, quando alguns laços são rompidos e o sujeito é pouco a pouco “dessocializado”. É porque inventamos uma *sociedade* com regimes de integração calcados nas disciplinas que os *doentes* são apartados, porque também são insubmissos a elas. Mas é a direção das escolhas e dos *desejos* a marca onde reside, no pensamento ocidental, a condição da nossa *autonomia* e da nossa *humanidade*. Uma definição humana ambígua como essa já tem em seu cerne a intolerância à diversidade, pois é uma humanidade que se concretiza por exclusão: ter ou não ter *autonomia*. Tal formulação em muito se difere do que colocou o filósofo Mêncio: autonomia é a “grande via da regulação” em busca do transcendental, do “Céu”, para os chineses (Jullien 2001: 59-61).

Sob essa lógica, sempre teremos uns sujeitos mais humanos que os outros. E a *humanização* invocada na Saúde Coletiva como bandeira de luta novamente encontra-se num impasse: no lugar de lidar com as diferenças que é a manifestação humana por excelência, as políticas de *humanização* podem ser motivadas pela intolerância aos indisciplinados e insubmissos e cujas terapêuticas os conduzem necessariamente a uma “dessocialização” para, em seguida, reformar essas almas e “reinseri-las” numa *sociedade* demasiadamente inflexível.

## **PARTE 3**

# **OS CÁLCULOS DO GOVERNO EM *REDE*: OS EMPREENDIMENTOS PARA MEDIR, AVALIAR E CALCULAR A SAÚDE**

## Capítulo 5 – A gestão da saúde no mundo dos registros: empreendimentos técnicos, políticos e pessoais para construir a *rede*

*Now it must here be understood that ink is the great missive weapon, in all battles of the learned, which, conveyed through a sort of engine, called a quill, infinite numbers of these are darted at the enemy, by the valiant on each side, with equal skill and violence, as if it were an engagement of porcupines.*

*(Jonathan Swift, “The Battle . . . between the Ancient and Modern Books,” 1710)*

Em muitas pesquisas os documentos ocupam um lugar secundário, na maior parte dos casos são esquecidos. Quando aparecem, eles são descritos como objetos que fazem intermediações. Algumas respostas têm aparecido na Antropologia, sugerindo tanto um novo caminho analítico para pesquisas com documentos quanto outras convenções estilísticas de uma nova escrita – estas *respostas etnográficas* foram reunidas por Riles (2006). Dos materiais de campo que encontrei durante a pesquisa em São Bernardo do Campo, parte significativa deles são inscrições materiais de todo tipo: planilhas, prontuários, mapas, fichas, cadastros, recados, manuais, folhetos, normativas impressas, enfim, um mundo de papéis e de tinta. Procurando entender a centralidade dos registros e do ato de registrar na dimensão da gestão intersetorial, reservei a terceira parte da tese para olhar mais atentamente que relações tais inscrições estabilizam, que campo de fenômenos elas suscitam, o que elas iluminam e o que ocultam. Mais do que isso, entendo que sem os registros a administração da saúde não acontece, os *usuários* não aparecem nos serviços como *casos*, sua história não é registrada nos *prontuários*, as parcerias não são atadas pelos *encaminhamentos*, nem o trabalho dos profissionais

podem ser auditorados, enfim, não há gestão alguma sem uma pilha de papéis e de programas computacionais.

Assim, os registros revelam num primeiro momento os esquemas produzidos pelos trabalhadores e gestores da saúde para visualizar as parcerias, melhor calcular os *encaminhamentos*, reparar e vasculhar os pontos de engate da *rede* (cf. Capítulo 5), em outro momento (cf. infra Capítulo 6), os registros cartográficos iluminam a gestão dos territórios, esta dimensão tão central dos governos.

Com esses rituais de inscrições e verificações, acredita-se que toda a potencialidade da gestão intersetorial está sendo aproveitada. Essa ideia aparece com outra formulação quando gestores da *rede* discutem o que seria uma gestão ideal: é aquela em que o caso já fora previsto e para ele já foram arquitetadas maneiras de administrá-lo. Uma gestão ideal em sua versão *humanista* é aquela em que o *cuidado* é *integral*, isto é, a pessoa é tratada em várias dimensões. Contudo, para que um *cuidado* seja pleno, dentro dos desígnios dos serviços, as circunstâncias devem ser antecipadas em previsões, em cálculos e em planejamentos.

A tarefa que enfrentarei neste capítulo é descrever os materiais e os esforços que tornam possíveis efetivar os cálculos da gestão. Entendo o cálculo como um conjunto de operações efetivadas para encontrar um resultado que é montado pela combinação de muitos fatores. Por essa razão, se o resultado buscado é o ideal da *intersetorialidade*, na sua versão administrativa, e a *integralidade*, na versão *humanista*, imperativos estes que impulsionam a criatividade no plano prático, as operações que irei apresentar são procedimentos que colaboram no aperfeiçoamento da gestão, isto é, as operações para enxergar as coisas na *rede*, conjecturar as possíveis parcerias, esquematizar medidas futuras, montar estratégias de *ação*, reparar, padronizar, entre outras. Esses são os cálculos feitos pelos trabalhadores e gestores da saúde de uma gestão intersetorial.

Os materiais sobre os quais irei debruçar-me neste capítulo são, num primeiro momento, *fluxogramas* e *protocolos* de atendimentos produzidos ou utilizados pela equipe do Consultório na Rua (Capítulo 5.1 e 5.2), cujos artefatos são mobilizados para planejarem *intervenções* precisas num público-alvo muito visado, pessoas em situação de rua e usuários de drogas. Estes documentos materializam os cálculos e as estratégias da gestão para melhor *encaminhar*, estabilizam em forma de *fluxogramas* o itinerário dos movimentos, a mensuração das parcerias potenciais e inscrevem nos *protocolos* a

estimativa das condutas previsíveis para uma *ação* ideal. Mais do que isso, ao tornar visíveis as conexões possíveis para a gestão da saúde, essas inscrições materiais são também fundamentais para tornar evidentes e mais eficazes os canais de comunicação nos aparatos de gestão.

É oportuno ressaltar que tais planejamentos não são exigências exclusivas do Consultório na Rua, eles são parte de um plano de *ação* municipal, a partir do qual oficiais administrativos de outras esferas de governo buscam calcular a forma mais incisiva de *intervir* sobre este público.

O *software Hygia* (Capítulo 5.3) utilizado para esquadrihar todas as matérias conectadas na *rede* também será matéria de investigação deste capítulo. Procuo mostrar como operam ferramentas tecnológicas para mensurar em detalhes e em grandes quantidades fenômenos de qualquer natureza, assim como tais recursos compartilham informações de um ponto a outro na *rede*, facilitando os *fluxos* de toda natureza, mas, sobretudo, os de comunicação. Eles também produzem imagens da *rede* (as parcerias, o movimento das pessoas, as *ações* dos trabalhadores, etc.). Por fim, descrevo outros empreendimentos pessoais para ligar os pontos da *rede*, fazer com que os serviços se enxerguem, desta vez com os *apoiadores* (Capítulo 5.4), pois eles esquadriham os aparatos de gestão. Estes trabalhadores procuram enxergar os pontos de engate, examinar as parcerias, olhar de dentro os aglomerados, de modo que eles possam identificar as fendas abertas e as conexões potenciais, mas também possam extrair dados e avaliar o funcionamento intersetorial deste aparato.

Assim, irei seguir a gestão da saúde no mundo dos registros para buscar uma abordagem etnográfica de um modo de gestão contemporânea. Entendo os documentos como artefatos tecnocráticos, seguindo a sugestão de autores que fizeram uma etnografia dos artefatos do conhecimento moderno (Riles 2006; Biagioli 2006; Reed 2006; Vianna 2010, 2014). Como tais, eles são capazes de mobilizar uma rede de ideias, pessoas e tecnologias; revelam temporalidades e retóricas. Riles (2006: 7) ainda sugere a potencialidade dos documentos em proporcionar a apreensão da modernidade etnograficamente.

O que os registros no campo da saúde revelam do mundo contemporâneo? Veremos que os *fluxogramas* e os *protocolos* colocam à mostra a dimensão do cálculo na administração pública. Como planejar uma ação para que ela seja certa? Como

visualizar a potência dos equipamentos? Como fazer com que pessoas e coisas circulem de um lado ao outro? O impasse deste tipo de cálculo veio à tona em nossos tempos em função do desafio de cuidar de pessoas em *liberdade*, diferente do que se calculava em instituições fechadas. Governar em liberdade configura a inventividade do pensamento governamental neoliberal, como mostraram Deleuze (2008 [1990]), Castel (1981) e Rose (1999 [1989]), uma vez que é expandida a zona de autonomia de pessoas e entidades mas sempre emaranhadas em novas formas de regulação. Muito próximo ao que noto nos modos de funcionamento das *redes* de saúde, Miller e Rose (2008) mostram que no “governo à distância” as formas de poder são construídas sobre tal premissa. Como cuidar de pessoas em seu aspecto mais amplo, de forma *articulada*, sem que elas se percam na *rede*? Como incitar a circulação entre diversos setores de modo ordenado? Como acompanhar o movimento das coisas?

O desafio de uma gestão em *liberdade* é monitorar os movimentos. Argumento que os registros são os artefatos fundamentais para seguir tudo que circula na *rede*, eles também gravam os rastros das coisas que se colocam em circulação. Ademais, os registros revelam os cálculos da gestão. Foucault (2008a) foi quem trouxe a ideia de que o problema enfrentado pelas artes de governar é precisamente o cálculo. Nem em demasia, nem escasso: o dilema da arte de governar é a medida suficiente do exercício de poder<sup>121</sup>. O impasse do cálculo aparece mais concretamente no nascimento da Estatística, que para Foucault (*idem.*: 365), “etimologicamente, estatística é o conhecimento do Estado, o conhecimento das forças e dos recursos que caracterizam um Estado num dado momento”. Quando foi desbloqueada a arte de governar, passagem que marca a substituição da Soberania para os Estados modernos, uma série de quantificações dos fenômenos da vida, das mercadorias em circulação, do território e das pessoas registraram essa nova função do Estado em administrar.

Rose (1999 [1989]: 6) mostra que a Estatística depende de inscrições no mundo material - relatórios, mapas, gráficos, números, desenhos. A esse propósito, Hacking (1982) verifica que na primeira metade do século XIX os números representaram uma resposta política dada pelo Estado para otimizar o governo. Esse modo de governar exigiu uma “avalanche dos números impressos”.

---

<sup>121</sup> Sobre essa premissa, Foucault (2008b) sinaliza que o princípio da autolimitação do governo, problema da razão governamental moderna do século XVIII, foi buscado no mercado, lócus também da verdade: “na medida em que, através da troca, o mercado permite ligar a produção, a necessidade, a oferta, a demanda, o valor, o preço, etc., ele constitui nesse sentido um lugar de verificação, quero dizer, um lugar de verificabilidade/falsificabilidade para a prática governamental” (: 45).

Com isso, compreendo que esse conjunto de empreendimentos pessoais e tecnológicos produz *redes* na medida em que também as submetem às varreduras, aos reparos, às contagens, às leituras em detalhes. Sem os artefatos surgidos nessa “avalanche dos números”, seria impossível materializar uma administração com intenções e medidas precisas. Por isso, os registros são artefatos centrais dos governos.

### **5.1 – O itinerário dos *fluxos*: cálculos estabilizados nos *fluxogramas***

Com grande frequência gestores ligados à coordenação das secretarias municipais, cujo encargo é majoritariamente administrativo, exigem dos demais trabalhadores a “abertura dos *fluxos*”. Sobre tal tarefa recai a importância fundamental de construir pouco a pouco aparatos em *rede*, de modo que são pequenas e meticulosas iniciativas que entrelaçam os serviços.

Como o trabalho de interligação dos canais é artesanal, uma das formas que os trabalhadores da saúde utilizam para conectar os serviços é registrar o movimento das coisas. Tais inscrições torna visível o caminho dos *fluxos*, de tal forma que um desenho da *rede* é estabilizado nos documentos. Prática tão comum no mundo empresarial, essas figuras da contabilidade tornaram a economia visível e o mercado mensurável (Hopwood & Miller 1994). A arena dos sistemas de saúde também foram alvos de sucessivos procedimentos para torná-la uma entidade calculável (Kurunmaki; Miller 2008).

Com a elaboração de figuras e esquemas, os profissionais de São Bernardo do Campo mensuram as *parcerias* potenciais, por isso é tema sempre retomado em reuniões. Para não perder de vista que caminhos são possíveis serem tomados em determinadas circunstâncias, os profissionais da *rede* de saúde elaboram mapas das *ações* para projetarem o melhor movimento na condução de um *caso*, porque entendem que são programações como essas que efetivam o trabalho em *rede*.

Em momentos antes (cf. supra Capítulo 3), mostrei que o trabalho da equipe do Consultório na Rua é fazer *intervenções* em cenários de uso de drogas mas tais *ações* não se encerram em si mesmas, elas são as primeiras tentativas para *enredar* pessoas

nos aparatos. Eles mapeiam as cenas de uso de drogas, identificam os *riscos*, *abordam* os usuários, *escutam* as queixas deles, calculam a melhor *intervenção* a ser feita, oferecem alguns serviços, caso a oferta seja aceita, *encaminham* para o tratamento. O trabalho não acaba por aí. Depois do *encaminhamento*, cabe também à equipe fazer contato com os parceiros necessários para que o sujeito seja *acompanhado*. Vale lembrar que pessoas em situação de rua não costumam aderir ao atendimento, seja porque não possuem os documentos para efetivação dos cadastros, seja porque sofrem hostilização por estarem sujos, ou também porque desistem dos tratamentos antes da conclusão. É pensando nesses entraves que a equipe faz muitos esforços, não apenas para trazer esse público para os serviços, mas garantir que o *fluxo* correto do atendimento não seja interrompido por negligência profissional, ou porque o *usuário* foi impedido de ter acesso ao serviço por conta de uma burocracia que o desfavoreceu.

Mencionei também em outro momento (cf. supra Capítulo 3) que os trabalhadores de rua são treinados a identificar vestígios de *risco*, seja por meio dos sinais corporais ou pelos sofrimentos anunciados na fala. Não basta saber identificar os *riscos*, é preciso também saber como amenizá-los prontamente por meio de *cuidados* básicos e emergenciais, mas, sobretudo, saber para onde é preciso *encaminhar* o sujeito. Portanto, o cálculo do movimento produzido no *encaminhamento* é fundamental para colocar o sujeito no *fluxo* mais adequado. Para tanto, a equipe produz uma imagem dos possíveis canais abertos num *encaminhamento*.

No escritório do Consultório na Rua, uma das paredes é coberta por cartazes enormes com *fluxogramas* desenhados à canetões hidrográficos. Os diagramas do *Encaminhamento* e do *acompanhamento* ocupavam um espaço considerável da parede, compostos por 19 operações diferentes que foram dispostas graficamente de tal forma que possibilitasse os redutores de danos visualizarem a dinâmica daquelas duas *ações*, o movimento gerado por cada uma delas e, importante notar, enxergar a sua extensão na *rede*.

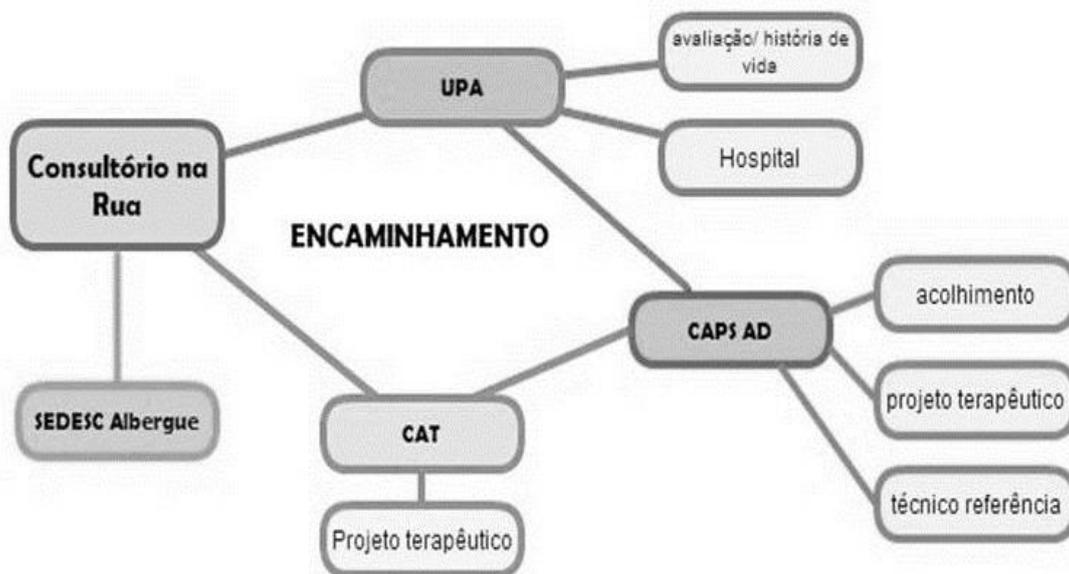


Figura 7 - Fluxograma do encaminhamento

## Consultório na rua acompanha



Figura 8 - Fluxograma de acompanhamento

Os *fluxogramas* são esquemas simplificados para serem estudados até que sejam memorizados pelos funcionários. Entende-se que para tecer uma *rede* é necessário conhecer os pontos a serem entrelaçados, os serviços com os quais trabalharão em parceria, as vazantes abertas. Essa compilação lhes serve como mapas mentais para direcionar as pessoas abordadas na rua num *fluxo* adequado de acordo com a queixa pronunciada. Por exemplo, quando é identificado um caso de tuberculose, qual seria o *fluxo* ideal? Ainda na rua, no momento da *abordagem*, o profissional deve saber que para o tratamento da tuberculose alguns parceiros da *rede* devem ser acionados: 1) o laboratório de análises clínicas para a realização do exame; 2) a equipe do Programa Municipal de Controle de Tuberculose; 3) os agentes de saúde das equipes do PSF para *acompanhar* a medicação; 4) se o sujeito quiser fazer o tratamento em abrigo, é preciso ativar a parceria do Albergue Noturno; 5) para *encaminhar* para o Albergue a equipe deve antes fazer contato com o Centro Pop, da Secretaria de Assistência Social. Os redutores de danos devem reconstruir mentalmente esses *fluxos* para fazerem uma *intervenção* adequada. Os processos de trabalho devem ser arquitetados de modo rápido e automatizado.

Seria equivocado colocar o *usuário* com queixa de tuberculose em outro *fluxo* senão este que acabei de esquematizar, pois ele se perderia no aglomerado, ou não receberia o tratamento ideal para o seu *caso*. Vejamos o que acontece se um *usuário* entra no *fluxo* inadequado. Imaginemos que um profissional mal informado não identifique os sintomas da tuberculose e, no lugar de requisitar um exame laboratorial, ele o *encaminhe* para uma UPA. Ali o atendimento é mais demorado e mais custoso porque são serviços de urgência e emergência, geralmente com filas de espera enormes. Sem os documentos adequados para a ficha de cadastro, um morador de rua já seria tão logo barrado. Ainda que seja atendido e que, na melhor das hipóteses, o profissional médico recolha uma amostra de escarro para fazer os exames laboratoriais, os resultados só ficariam prontos dias depois da requisição. O *vínculo* entre o profissional da UPA e do morador de rua já se perderia, de modo que nem o médico nem o oficial administrativo que o atendeu saberiam localizar o usuário na rua. Com muita sorte, ele voltaria ao serviço para pegar os resultados.

Daqui decorre que um equipamento de saúde ficaria sabendo de um *caso* de tuberculose e nada poderia fazer para resolvê-lo. Todos os demais serviços que acompanham *casos* de tuberculosos não seriam contatados, não haveria comunicação,

nem parceira, nem trabalho *intersectorial*. Na melhor das circunstâncias, o mesmo *usuário* voltaria a entrar na *rede* por alguma outra porta de entrada, uma UBS ou Hospital. Assim, com as malhas frouxas, o *usuário* não fica retido na *rede*, ele entra num serviço e logo sai, não é movido pelo *fluxo* adequado para que seu *caso* seja manejado dentro dos desígnios da intersectorialidade e da integralidade.

Muitas vezes acompanhando as *ações* da equipe do Consultório na Rua, no momento em que uma queixa era feita e a partir dela o profissional deve reconstruir mentalmente aqueles *fluxos* para fazer uma *ação* correta, causava-me espanto ver como arquitetavam rapidamente os processos de trabalho, algo que para mim era uma tarefa quase impossível. Ter em mente a projeção dos movimentos através dos quais as pessoas irão deslocar-se no emaranhado é fundamental para mensurar a *ação* no presente e projetá-la no futuro, sem isso a *rede* não seria utilizada como um aparato intersectorial.

O cálculo das *ações* é procedimento elementar para a administração dos serviços no âmbito da gestão intersectorial, ainda que em cada equipamento de saúde haja outros cálculos (cf. supra Capítulo 3 e Capítulo 4). As práticas calculistas alteram profundamente a capacidade dos agentes, das organizações e as relações entre eles, assim como liberam novas formas de agir, por essas razões que Rose (1992) as entende como “tecnologias de governo” (: 183). Das formas de quantificação, o cálculo tem a particularidade, segundo Miller (2001), de traduzir diversos e complexos processos num único registro.

Os *fluxogramas* são boas imagens para visualizarmos os cálculos das *ações*, mas também eles registram os rastros dos movimentos. Deste modo, a esquematização dos *fluxos* refaz o itinerário do *usuário* nos aparatos. O exemplo que os redutores de danos nos trouxeram é o caminho que um morador de rua poderá seguir na *rede*, ou seja, um cálculo probabilístico dos movimentos previstos para este público. Entretanto, outros *fluxogramas* mais complexos, registram não os movimentos previsíveis, mas os ideais para obter um *cuidado integral*. Quando é planejado o *fluxo* ideal de um público, dizem que se constrói uma *linha de cuidado*. Essa é a imagem pensada para traçar o itinerário de um *fluxo* sem que o *cuidado* seja interrompido – é *cuidado* contínuo, tal como uma linha.

No campo da saúde, o termo *linha de cuidado* é empregado para ordenar o *fluxo* de um público específico, assim todos os profissionais visualizam de forma objetiva o movimento mais propício para *cuidar* de forma *integral* do *usuário*. Muitas *linhas* podem ser criadas, a depender das escolhas políticas de gestores municipais ou das exigências normativas de outras esferas de governo. Para abrir um trajeto ideal no qual o *usuário* irá caminhar, é preciso juntar os serviços da *linha* (*articulá-los*, melhor dizendo) e abrir as portas de passagem, senão o *fluxo* é interrompido em algum dos trechos. Muitas *linhas de cuidado* são elaboradas na Saúde Pública e Coletiva, as *linhas* de usuários de álcool e drogas, de saúde mental, de gestantes, de hipertensão e diabetes, de obesidade, de urgência e emergência. Usa-se a *linha* para planejar o *fluxo* ideal na *rede*. É o tipo ideal de itinerário que é tomado como parâmetro para se planejar a arquitetura da *rede*.

A esse respeito, cabe dizer, ainda, que os *fluxogramas* e as *linhas*, na simplificação que os configuram, são depuração dos demais processos envolvidos nas *ações*, de maneira que ao final de um procedimento de purificação parece restar apenas o elementar. A objetividade, no ideal moderno, ganha o sentido de neutralidade, pois fogem dos diagramas dos *fluxos* e das práticas calculistas os interesses políticos e as intrigas, os debates e as disputas, conservando apenas a ideia de que das *ações* foram enxugadas as impurezas. Mas a objetividade científica, esse ideal de verdade para os modernos, é consequência de processos que Latour (1994 [1991]) entende como purificação; é através da dissociação e do estabelecimento de fronteiras claras, “separando cuidadosamente a parte que pertence às coisas em si e a parte devida à economia, ao inconsciente, à linguagem ou aos símbolos” (: 41). O objetivo percorrido para a plena realização da modernidade, que nunca se realizou, diz o autor, seria a obtenção da máxima purificação ontológica (a natureza dissociada por completo da cultura).

Nos *fluxogramas* não aparecem os furos da *rede*, nem tornam visíveis os pontos de apoios que cada profissional conseguiu ativar nos aglomerados, também não aparecem as ordens que determinam a prioridade de algumas *ações* e não de outras, não é visualizada a escassez dos recursos, nem os ruídos de comunicação ou os papéis que se perdem e os dados que no sistema são perdidos. Nos *fluxogramas* aparecem apenas os cálculos de um *fluxo* purificado dos imponderáveis.

Além das projeções futuras que um *fluxo* pode ter, também são inscritas nos papéis as condutas profissionais. É tema da próxima sessão.

## **5.2 – Padronização do *cuidado* nos *protocolos*: o cálculo das *ações* para gestantes**

A padronização dos *fluxos* é outro investimento fundamental para criar estratégias de planejamento, para elaborar uma tipo de gestão ideal, a sua melhor performance no cotidiano. Assim são criados procedimentos padrões, os chamados *protocolos* de atendimento, para serem seguidos pelos profissionais. A formalização dos *fluxos* implica em estabelecer uma série de condutas padronizadas, levando-se em conta todas as estratégias para direcionar o *caso* de forma mais eficiente possível aos demais parceiros da *rede*. Esses são os *fluxos* compactuados pelos serviços. Nem todos os movimentos previstos são *protocolados*, apenas aqueles que, por conta de seu grau de complexidade ou vulnerabilidade estimado pelos gestores, tornam-se prioritários nos serviços. O *fluxo* das gestantes é um desses exemplos de prioridade, é uma *linha de cuidado* específica, uma vez que a gestão delas passou a ser uma questão importante para o cenário das políticas públicas de São Bernardo do Campo.

A necessidade de articular diversos serviços para atender às gestantes veio a ser prioritária quando foi identificada essa *demand*a específica. Aqui vale um parêntese para deixar claro que são os gestores públicos quem criam a *demand*a das gestantes e não o contrário, isto porque a linguagem comumente mobilizada para alegar a criação das *demand*as no campo das políticas públicas é o idioma dos direitos. “Conceder direitos” é a expressão usada para justificar a cobertura de serviços a um público antes não contemplado pelos serviços de saúde e que, a partir, da *demand*a criada, irão receber *cuidados*. Por essa razão, a ideia de “necessidade” é que aparece ambivalente: por um lado mostra-se como a “necessidade” de a *rede* oferecer o serviço, por outro a “necessidade” da população em “recebê-lo”.

Para esclarecer os deslizes semânticos, Roberto Iunes (1995) apoiou-se na discussão de especialistas em economia médica, para compreender como o idioma da

economia invade o campo da saúde e produz um novo sentido. Assim, a “necessidade” é entendida nas políticas públicas como:

aquela quantidade de serviços médicos que a opinião médica acredita deva ser consumida em um determinado período de tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto seja possível segundo o conhecimento médico existente. [Jeffers *et al.* (1971: 46-47) *apud* Iunes 1995].

Neste caso, são os gestores quem preveem ou avaliam a necessidade de um serviço para um público específico. Uma *demand*a só é criada depois de ser discutida entre os gestores a necessidade de adaptar os serviços de saúde para atender os casos mais prioritários. Com estes objetivos em vista, os gestores formalizam o trânsito ou o descolamento ideal dos usuários da nova *demand*a. E assim, é criado um *fluxo* ideal para um público-alvo.

Quando nasce uma *demand*a, muita atenção é voltada para encontrar uma forma de equiparar a “necessidade” de ter acesso aos serviços de saúde e a capacidade de oferecer os atendimentos, como a lei econômica básica da oferta e procura. A propósito dos empréstimos linguísticos do campo econômico, na Inglaterra da década de 1960, economistas ocuparam cargos importantes no Ministério da Saúde. Segundo Kurunmaki e Miller (2008), uma nova linguagem passou a ser elaborada nos sistemas de saúde em todos os Estados de bem-estar social, “tornou-se o sonho de sucessivos governos fazer uma medicina calculável” (2008: 9). Já Aldred (2008) mostra que o campo da medicina foi invadido pela lógica do mercado e do empreendedorismo, justificando inclusive novas formas de envolvimento do setor privado nos serviços públicos de saúde. No “negócio do risco”, como ela entende esse campo híbrido, o risco é “normalizado como parte do planejamento organizacional, e desta perspectiva o Estado parece gerenciá-lo” (2008: 26).

Numa situação imprevisível, que não foi planejada anteriormente, os gestores se colocam a discutir formas de criar uma *rede* específica para tal público (é também o

lugar da *demanda*)<sup>122</sup>. Isso quer dizer que são arquitetadas *redes* específicas para estes *casos*, ou em outra linguagem uma *linha de cuidado*<sup>123</sup>.

Em São Bernardo do Campo a *demanda* das gestantes surgiu por exigência do Ministério da Saúde para implantar estratégias de combate à mortalidade materna e infantil, organizando a chamada *Rede Cegonha* (Portaria Nº 1.459/2011). Trata-se da padronização de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento. Seria uma *linha de cuidado* das gestantes, para retomarmos um bom termo deles. A diretriz ministerial ordenou o *fluxo* das gestantes no município<sup>124</sup>, compactuado por diversos serviços, discutido e estudado pelos trabalhadores até que a articulação dos equipamentos fosse tão operante que pudesse tornar visível uma *rede* para gestantes. Para garantir a atenção obstetra e infantil no SUS, as estratégias da *Rede Cegonha* é concatenar o maior número de parceiros possíveis, desde a Atenção Primária à Especializada. O objetivo, segundo consta na Portaria 1.459/11, é “organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade”.

A *rede* que se espera formar para dar conta de todos os processos exigidos no acompanhamento das gestantes é extensa, convoca grande parte dos equipamentos de saúde. A estratégia da intersetorialidade, neste caso, visa garantir o cumprimento da meta de redução dos óbitos natais, uma exigência de outras esferas de governo<sup>125</sup>. Espera-se com tais medidas diminuir as taxas de mortalidade materna e infantil. Programas de vigilância sanitária para mulheres grávidas no continente africano, financiados pela Organização Mundial da Saúde, promovem o controle epidemiológico por meio de relatórios estatísticos minuciosos. Esse sistema de vigilância, próximo ao modo de funcionamento dos dispositivos sentinelas brasileiros, permite criar uma cartografia da infecção do vírus HIV e da sífilis em diferentes regiões dos países (Raynault 1997, Chabrol 2012, Courdec 2011).

O grande desafio colocado pelos gestores e trabalhadores da *rede* é, portanto, como colocar essas mulheres num *fluxo* certo? Uma vez mais é a regulamentação dos

---

<sup>122</sup> Sobre o modo como é possível reconhecer o território das *demandas*, irei mostrar a tecnologia do geoprocessamento no Capítulo 6.

<sup>123</sup> Em documento oficial, algumas redes temáticas são prioritárias: rede cegonha, rede de atenção às urgências e emergências, rede de atenção psicossocial, rede de atenção às doenças crônicas. Ver: [http://www.conass.org.br/pdf/3a\\_RAS\\_CIT%2016022012.pdf](http://www.conass.org.br/pdf/3a_RAS_CIT%2016022012.pdf)

<sup>124</sup> São Bernardo do Campo foi o primeiro município brasileiro a aderir à *Rede Cegonha*.

<sup>125</sup> Em setembro de 2010, o Secretário Geral das Nações Unidas, lançou a Estratégia Mundial para a Saúde da Mulher e da Criança, com foco na redução da mortalidade materna e infantil. Esta estratégia foi pactuada pelo Brasil em maio de 2011, juntamente diversos países. Sobre as diretrizes internacionais e os elementos constitutivos das redes de atenção à saúde no Brasil, em especial a Rede Cegonha.

*fluxos* que permite produzir alguns esquemas que visam interligar os serviços e alinhar as condutas entre eles. Outra função primordial dos registros é estabelecer objetivamente que condutas abrangem cada uma das *ações*, como deve ser a abordagem, que exames devem ser solicitados, que documentos são produzidos em cada um dos procedimentos; todos esses modos de agir são estabilizados no *protocolo*. Neste registro é formalizada uma espécie de guia para a *ação* dos trabalhadores. Mais do que uma padronização, porque as instruções normativas podem ressoar como jurisprudência, entendendo os *protocolos* como um mapa das *ações* para o *cuidado*, é mais instrutivo do que normativo.

*Protocolar* é um modo de tornar estável uma série de negociações e discussões anteriores, mas cujas deliberações culminam na produção de um documento. Porter (1995) nos fala que a padronização não é apenas a imposição de um sistema de regulamentação burocrática. Mais do que isso, padronizar é uma condição de interação em sociedades diversificadas que exige construir sentidos comuns. Sem esta operação não haveria transações comerciais, por exemplo. A coordenação de atividades entre zonas amplas é possível pelo esquema da padronização porque produz um sentido através do qual as atividades amplamente dispersas podem ser compatíveis umas com as outras. Portanto, a padronização alinha os sentidos dispersos e vagamente interpretados.

A esse respeito, o secretário de saúde do município no período de 2009-2012, concedeu uma entrevista no “Portal da Inovação da Gestão do SUS”, na qual anuncia as estratégias adotadas por sua equipe para a implementação da *rede* de saúde de São Bernardo do Campo. Ele entende que para interligar os serviços é preciso “aprimorar o processo de comunicação”, cujos empreendimentos adotados para alcançar tal intento é a produção de *protocolos* clínicos:

Também aprimoramos a comunicação entre os profissionais. Fazemos a construção dos protocolos clínicos com forte parceria e adesão dos profissionais de saúde. Ao invés de incorporar um protocolo já exitoso de outro município ou do próprio Ministério da Saúde, nós temos muito cuidado em fazer um processo de gestão participativa, por meio de oficinas que envolvem médicos, farmacêuticos, odontólogos, enfermeiros, gerentes de unidades e diretores de hospitais, partindo de um material de referência, mas adaptando a nossa realidade e com a adesão dos profissionais ao processo. Isso vale para a rede de cuidado materno infantil, a Rede Cegonha, para a rede de hipertensão,

diabetes, urgência e emergência, para tuberculosos. (Entrevista de Arthur Chioro)<sup>126</sup>

O sentido que o secretário dá aos *protocolos*, e sua funcionalidade prática, é a produção de uma linguagem compartilhada, muito próximo como entende Porter (1995). Essa redutibilidade permitida pela padronização tem função elementar numa gestão intersetorial, uma vez que são estabelecidos procedimentos claros e objetivos para direcionar as condutas profissionais. A padronização das *ações*, feita através de esquemas lógicos e concisos, permite criar uma linguagem de comando, pois os *fluxos protocolados* apresentam instruções para a execução de cada uma das *ações* que impulsiona o *usuário* no *fluxo* (para onde *encaminhar*, como *abordar*, o que *escutar* nas queixas, etc.).

O *fluxo* das gestantes, excepcionalmente, já veio *protocolado* do Ministério da Saúde<sup>127</sup>, embora fuja do escopo desta pesquisa, indicar como foi estabilizado tal documento. A regulamentação de um *fluxo* é um processo longo e demorado, exige muita discussão entre os parceiros, até que todos compreendam e executem de forma satisfatória o andamento do *usuário* na *rede*. Os esforços empreendidos para regulamentar o *fluxo* das gestantes, e com isso atar os nós da *Rede Cegonha*, não foram escassos. A elaboração das diretrizes propositivas desta *rede* específica foi feita por gestores responsáveis pelos serviços comprometidos, deste conselho participaram os coordenadores dos Hospitais, da Atenção Básica e da Atenção Especializada, a partir do qual foi elaborado o “Plano de ação regional e municipal”<sup>128</sup>.

---

<sup>126</sup> Cf. Entrevista de Artur Chioro disponível em: <http://apsredes.org/site2013/blog/2012/03/25/ademar-arthur-chioro-secretario-de-saude-de-sao-bernardo-do-campo-sp-fala-sobre-a-experiencia-do-municipio-com-a-implantacao-dos-nucleos-de-territorializacao-a-integracao-da-upa-com-a-unidade-basica/>

<sup>127</sup> Outros *fluxos* surgem pela discussão que os gestores e trabalhadores da saúde mental do município levantam, como é o caso do *fluxo* do morador de rua.

<sup>128</sup> Este documento registra a adesão do município à Rede Cegonha, por esta razão ela firma um compromisso com o Ministério da Saúde. Nele deve conter as informações do grupo condutor municipal, a descrição do plano de ação, as metas quantitativas e a programação física e financeira. Mais instruções no endereço: <http://aplicacao.saude.gov.br/sisredes/>

## CUIDADO À GESTANTE

GESTANTE



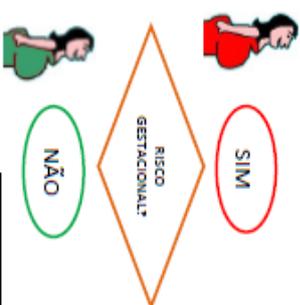
Todas as gestantes*	
Ações	Parâmetros
Reuniões educativas- unid./gestante	4 reuniões/ gestante
ABO	1 exame / gestante
Fator RH	1 exame / gestante
Teste Coombs indireto para RH-	1 exame para 30% do total gestantes
EAS	2 exames / gestante
Glicemias	2 exames / gestante
VDRL	2 exames / gestante
Hematócrito	2 exames / gestante
Hemoglobina	2 exame / gestante
Sorologia para toxoplasmose (IGM)	1 exame / gestante
HBSAg	1 exame / gestante
Anti-HIV1 e anti-HIV2	1 exame / gestante
Coleta triagem neonatal	1 coleta / gestante
Consulta médica puerpério/gestante	1 consulta /puérpera
Ultrassom obstétrico	1 exame/gestante
Citopatológico cervico-vaginal	1 exame / gestante
Dosagem de Proteínaúria-fita reagente	1 exame / gestante
Consulta odontológica	1 consulta

\*Fontes: Manual de Gestão de Alto Risco e Caderno de Atenção primária de Pré-Natal e Puerpério (no prelo)

PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NO CENTRO DE REFERÊNCIA, SOB ACOMPANHAMENTO DA EQUIPE DE APS

Pré-natal alto risco*	Parâmetros
Ações	Parâmetros
Cons. Especializadas	5 consultas/gestante de alto risco
Teste de tolerância à glicose	1 teste/gestante de alto risco
Ultrassom obstétrico	2 exames/gestante de alto risco
ECG	1 exame/gestante de alto risco
US Obstétrico com Doppler	1 exame/gestante de alto risco
Cardiograma	1 exame/gestante de alto risco
Contagem de Plaquetas	1 exame/gestante de alto risco
Dosagem de Ureia, Creatinina e Ac. Úrico	1 exame/gestante de alto risco
Consulta Psicossocial	1 exame/gestante de alto risco
Urocultura	1 exame/gestante de alto risco
Dosagem de proteínas-urina 24h	1 exame/gestante de alto risco

PRÉ-NATAL  
UBS/EQUIPE APS



PRÉ-NATAL NA UBS COM EQUIPE DE APS

Pré-natal risco habitual*	Parâmetros
Ações	Parâmetros
Consulta médica	3 consultas/ gestante
Consulta enfermagem	3 consultas/ gestante

A L  
E Z A

**Figura 9** – Fluxograma de cuidado à gestante. **Fonte:** BRASIL. Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança. REDE CEGONHA: Estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil. Ministério da Saúde. s/d.

Ainda faltava ajustar com os parceiros os *protocolos* de atendimento para que as diretrizes orientassem as *ações* deste plano. Para tanto, os membros do colegiado da *Rede Cegonha* fizeram *sensibilizações* e treinamentos em diversas instâncias da *rede* de saúde, como ocorreu numa das reuniões, na qual a superintendente do Hospital Municipal Universitário (HMU), também membro do colegiado, explicou as metas daquele plano.

Carolina, a conselheira que nos apresentava o “plano de *ação*” da *Rede Cegonha*, foi enfática ao dizer que para uma política de atenção às gestantes ser bem executada, as funções dos profissionais deveriam ser bem delineadas, porque assim não aparecem brechas na *rede*, a comunicação melhora, os mal-entendidos são, em sua maioria, resolvidos. Quando Carolina diz que a principal estratégia é “identificá-las e vinculá-las precocemente”, o apelo que se faz é para que qualquer profissional, cada qual em suas atribuições, saiba os procedimentos esperados caso a *demand*a seja identificada. Ou, ainda, espera-se que se memorize o mapa da *Rede Cegonha*, a fim de que se façam os *encaminhamentos* adequados.

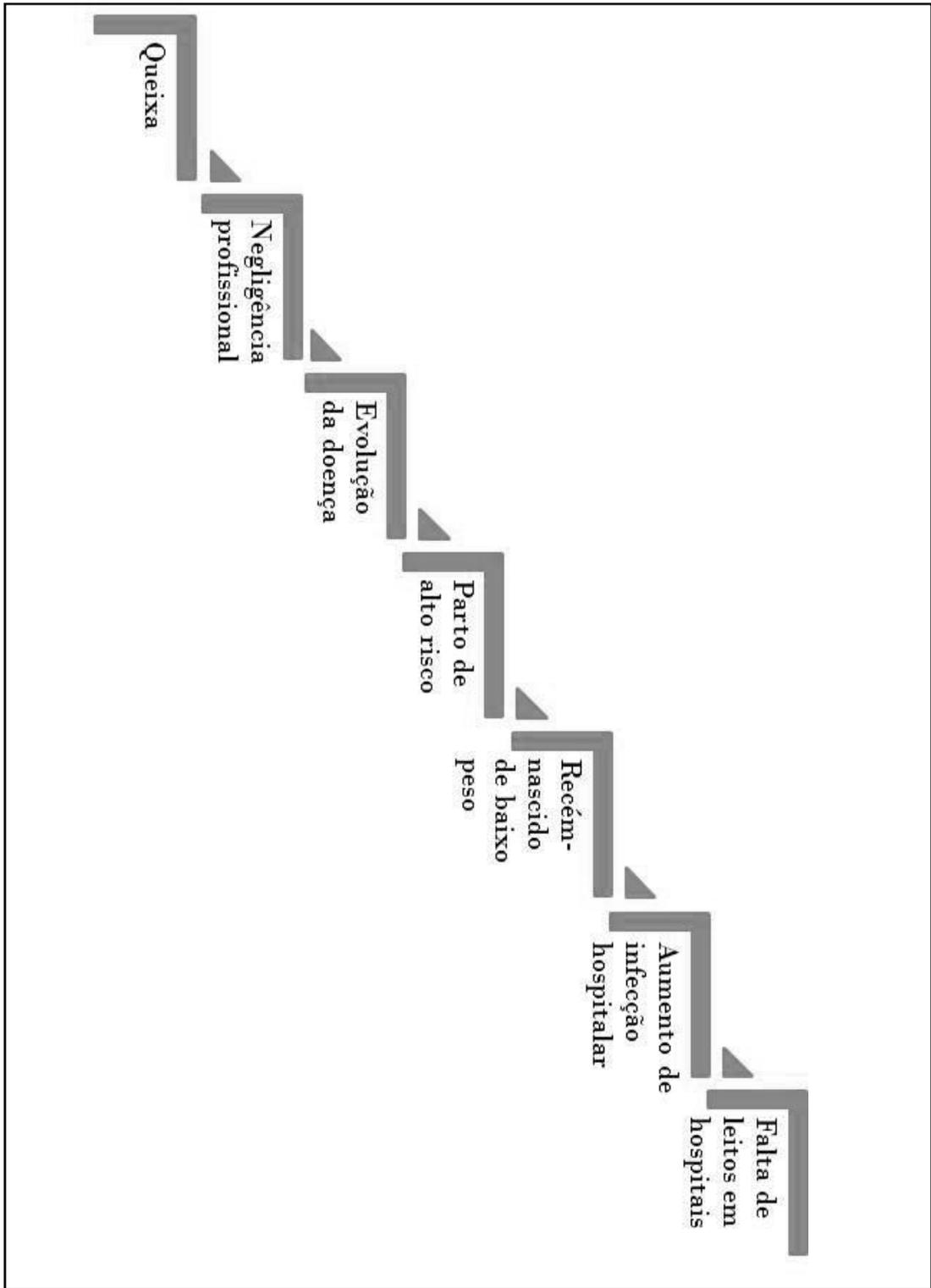
Ainda que haja muitos esforços para alinhar os serviços, há muitas brechas nas parcerias mal atadas. O que fazer quando é possível constatar que há uma fenda na interligação dos serviços? Quando Carolina falava dos encargos esperados pelos profissionais, uma das trabalhadoras que participava da reunião disse que na UBS onde trabalhava os ginecologistas deixam passar muitas vezes os exames de laboratoriais, sendo esta uma das brechas que tornava mal sucedida a *Rede Cegonha*. A queixa fora tão debatida que dela foi deliberada uma reunião com todos os coordenadores de UBS do município para pensar o problema da negligência destes exames tão primordiais nos pré-natais. Naquela reunião um dos assessores do prefeito, Sérgio, que enalteceu a necessidade de uma intervenção imediata para remediar a fissura na *rede* - por isso sugeriu o chamado de uma discussão geral nas UBS -, ele também chamava a atenção para o fato de que essas brechas, além de serem falhas de planejamento, acabam gerando efeitos colaterais irremediáveis.

Este profissional bem treinado para administrar a *rede* de saúde nos ensina que é preciso identificar se os médicos deixam de fazer os exames porque negligenciam suas atribuições de cargo, ou se, muito provavelmente, não cumprem suas funções porque a *demand*a é acima do esperado. De imediato, ele nos sugere uma solução simples: se não há médicos suficientes para toda *demand*a, é preciso treinar outros profissionais para

fazerem os exames. O gestor entende que a displicência nos exames gera um problema enorme para *rede*, ela sabota o “plano de *ação*” da política de redução da mortalidade materna e infantil.

Catarina Vianna (2010, 2015) nos mostra que numa agência de desenvolvimento internacional, para aumentar o impacto dos seus programas, selecionando apenas os programas de fomento mais amplos no país e diminuindo aqueles com parcerias isoladas, os funcionários do escritório em Londres experimentam ensinamentos da engenharia social. Utilizando a técnica da “árvore de problema” os profissionais desta agência de fomento identificam as relações causais e estabelecem a hierarquia de causa e efeitos dos problemas (2010: 274). Muitos cálculos precisam ser feitos para selecionar as parcerias, afinal a antropóloga mostra que os documentos produzidos na agência precisam estar alinhados com as exigências das políticas de financiamento.

Semelhante ao que nos é apresentado nesta etnografia, o gestor de São Bernardo do Campo nos deu uma demonstração de engenharia social, elaborando de modo simples e esquemático a origem de uma fenda na *rede*, que, como efeito dominó, acarretavam problemas estruturais e de difícil solução. Vejamos o raciocínio da sucessão dos eventos:



**Figura 10** – diagrama do problema de mortalidade materna e infantil

O encadeamento das ações, como o fez Sérgio, elaborado por um pensamento lógico de causalidade permite tratar estratégica e logicamente o problema e identificar a etapa e gravidade das ocorrências empíricas. Este tipo de explicação sinaliza mais um aspecto importante do que se entende por *ação* no campo da saúde. Na discussão sobre as *ações* feitas pela equipe do Consultório na Rua, mostrei que as práticas de trabalho são *intervenções* porque elas modificam a condição de vida da pessoa. Neste sentido, entende-se que ao fazer *ações* na rua é um direito que está sendo concedido. É por isso que estes trabalhadores também fazem política no âmbito da prática de trabalho. No caso em que Sérgio ilustrou, uma *ação* produz efeitos em cadeia. Novamente o termo esboça a ideia de que qualquer prática é *intervenção*, mas desta vez, fica evidente o campo de ressonância de uma *ação*. E o diagrama ilustra os efeitos produzidos por uma *ação* indevida.

Mais do que isso, seguindo os vestígios de uma *ação*, é possível mensurar o estágio do problema, assim como as intervenções necessárias para interromper o desencadeamento de mais *ações*, com isso é possível estimar também o impacto delas na *rede* de saúde.

Uma visão como esta, que exige a antecipação e previsão dos fatos, diz muito a respeito da elaboração que os trabalhadores de São Bernardo do Campo fazem da ideia de gestão e as ferramentas a que recorrem para avaliar, mensurar e intervir sobre as vidas. Estas são as saídas encontradas para remediar os impasses da gestão, cujas tentativas implicam em adotar instrumentos e tecnologias para precisar *ações* e os seus impactos causados.

Com a organização meticulosa do “plano de *ação*” da *Rede Cegonha*, criam-se estratégias que têm a pretensão de não deixar escapar de *intervenções* mulheres grávidas, sobretudo aquelas que apresentem muitos *riscos*, como é o caso das gestantes usuárias de drogas em situação de rua. E se pensarmos com a lógica de causalidade de que Sérgio deu mostras, os efeitos colaterais que estas mulheres provocariam na *rede* não são poucos. A começar pelo fato de que gestantes em situação de rua não realizam quase nenhum exame pré-natal e o consumo de drogas, muitas vezes abusivo, de certo traria muitas complicações de saúde ao bebê e à mãe.

A equipe do Consultório na Rua exerce uma função considerada primordial pelos gestores no programa de combate à mortalidade infantil, uma vez que eles

elaboram *ações* para identificar a *demanda*, *abordar* o público, *ofertar* cuidados, trazer essas mulheres para a *rede* e *articular* todos os parceiros para o acompanhamento da gestante. Ainda que não consigam trazê-las para os serviços de saúde, onde teriam os *cuidados* mais adequados, a estratégia para “conquistar” este público é considerada boa tática para atingir o público-alvo do “plano de *ação*”. Os acompanhamentos semanais no local onde a gestante vive, sempre insistindo na *oferta* do *cuidado*, até o momento em que a pessoa aceite recebê-los, são, essas tentativas de conquista do público.

O *caso* de Tatiane, gestante em situação de rua e usuária de crack, havia sido identificado pelos redutores de danos numa das visitas ao bairro Ferrazópolis, mas como ela não quis conversar naquele dia, os redutores não insistiram no contato. Após terem encontrado uma *demanda* de gestante no local, as visitas ao Ferrazópolis passaram a ser semanais, como uma estratégia para mantê-la sob observação. Acompanhei a equipe no dia em que os profissionais do Consultório na Rua realizaram uma *intervenção*. Rodeávamos as ruas onde Tatiane costumava ficar, até o momento em que um dos redutores a avistou:

Olha a grávida ali! Gritou a enfermeira. Ela e a médica ficaram inquietas no banco do veículo [do Consultório na Rua] quando avistaram a menina aproximando-se dos redutores de danos que estavam fora do carro *abordando* as demais pessoas numa cena de uso de crack. *Será que os meninos [redutores de danos] vão conseguir falar com ela? Ela está com cara de chapada. Não vai querer falar com eles.* As duas técnicas cogitavam a possibilidade de conseguirem fazer uma *abordagem*, que durante semanas elas vinham tentando. Os redutores voltaram para o carro. Um deles sentou no banco da frente e pediu pro motorista seguir, dizendo: *Ela não quer falar com a gente. Ela não quer nenhum serviço.* O redutor deu o recado à equipe. O companheiro de Tatiane, do lado de fora, gritava com ela, puxando-a pelo braço em direção à van. Ele bateu na porta e pediu pra parar o carro. A enfermeira e a médica saíram do carro num sobressalto. Elas conversaram com a gestante e seu companheiro. Voltaram minutos depois com Tatiane. Ela aceitou fazer os exames pré-natais. A sós com a menina, as duas técnicas, conversaram com ela e aproveitaram para colher uma amostra de sangue para os exames. Depois da consulta clínica, Tatiane saiu do carro. Todos os profissionais, inclusive eu, nos juntamos em volta dela. A médica disse que os resultados dos primeiros exames pré-natais seriam entregues na segunda-feira da próxima semana, ali mesmo, às 9h da manhã. E ainda pediu para que o companheiro se lembrasse do compromisso. (Diário de campo 04/05/2013).

Sem exigir que as mulheres entrem nos serviços de saúde para fazerem o acompanhamento médico da gravidez, a estratégia dos redutores de danos de levar até elas uma equipe que faça, com poucas exigências burocráticas, os *cuidados* médicos (como a consulta clínica, a coleta para exames e a entrega dos resultados) é um desses empreendimentos para fazer contato com seu público-alvo. O monitoramento é bastante importante, embora seja apenas um dos primeiros passos de uma cadeia de procedimentos que o sucedem.

Ao voltarem para o escritório do Consultório na Rua, os técnicos que participaram dessa *ação* junto com o coordenador da equipe começaram a elaborar as estratégias de parcerias. Qual seria o planejamento para aproximar os parceiros e prepará-los para não deixar passar despercebida a gestante Tatiane? O que fariam para afinar daquelas parcerias para esse *caso*? De imediato, foi acordado que um dos técnicos do Consultório na Rua deveria ligar para a UBS do Ferrazópolis informando aos profissionais que foi identificada uma *demand*a de gestante naquele território. E os profissionais da UBS levariam o *caso* para a equipe do PSF, no qual um ACS faria o acompanhamento de Tatiane. O coordenador aproveitou para dizer quais seriam os próximos passos a serem feitos:

- a) acompanhar a gestante semanalmente (retornar ao *campo* Ferrazópolis).
- b) marcar reunião com gestores da UBS daquele território para discutir as possíveis *ações conjuntas*.
- c) informar à maternidade do Hospital Municipal Universitário (HMU), quando o momento do parto estiver próximo.
- d) informar também ao Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (CAISM).

A estratégia para o *caso* da gestante Tatiane exigiu a articulação de pelos menos três parceiros da *rede*, ainda que ela tenha pisado nos equipamentos poucas vezes. Além das *ações* nas ruas, tão importantes para o trabalho de “conquista”, a articulação da *rede* para o *caso* de uma gestante em situação de rua é feita também por inúmeros

procedimentos burocráticos os quais dão materialidade ao *caso* Tatiane, e as parcerias para o manejo do *caso* sejam atadas. É por meio de documentos que se atam os nós, porque no papel é possível enxergar o caminho dos *usuários*, as possíveis parcerias, as *intervenções* já feitas e as possibilidades futuras. Aqui a burocracia entrelaça as malhas da *rede*, em outras etnografias, artefatos burocráticos podem criar outros tipos de aparatos de gestão. A malha burocrático-administrativa para refugiados no Brasil produz visibilidade para os governos estatais, por isso os documentos permitem que estes sujeitos sejam mantidos num “campo de refugiados sem cerca”, como nos mostra Perin (2013).

Mas ao tratar de *casos* que agregam muitos *riscos* e que provocam repercussões tão grandes na *rede*, é inevitável não fazer uma analogia da *rede cegonha* com um cerco, pois excessos de planejamentos e articulações trazem a ambiguidade de ao *cuidar* em excesso, também controlar em demasia.

Quando o momento do parto se aproxima, o cerco se fecha para essas mulheres. O *protocolo* de atendimento seguido pelo Hospital para os *casos* de gestantes em situação de rua, e seguindo também as exigências previstas no *protocolo* da *Rede Cegonha*, determina que a paciente e o filho recém-nascido não deverão ser liberados sem antes encontrar um responsável pela sua tutela. De acordo com o procedimento padronizado, a equipe da maternidade do hospital responsável pelo parto da paciente (HMU ou CAISM) deverá acionar a assistente social do próprio estabelecimento de saúde para averiguar se a mãe tem condições de ficar com a guarda materna de seu filho. Caso a mãe não tenha direito à guarda, é necessário acionar a Vara da Infância e o Conselho Tutelar.

O apelo às instâncias judiciárias não devem ser imediatas e recorrentes, ao menos se na *rede* de saúde não houver nenhuma condição de *acolhimento*, isto porque a retirada do filho de sua mãe é uma solução drástica e pouco *humanizada*, de acordo com os preceitos *humanistas* compactuados entre os trabalhadores da Saúde Pública. Casos complexos como estes exigiram algumas adaptações na *rede* de saúde de São Bernardo do Campo, de modo que foi necessário encontrar uma resolução para a *demand*a das gestantes em situação de rua, senão o *fluxo* deste público específico estaria falho, ineficiente e obstruído. Para arrematar o *fluxo* das gestantes, de maneira que houvesse um aparato de busca e *encaminhamento* para a *rede*, diversos serviços de *acompanhamento* e tratamento, e a porta de saída, os trabalhadores da *rede* de saúde

adaptaram a antiga Casa de Acolhimento Transitória (para usuários de drogas em situação de rua) para receber algumas gestantes, com perspectiva de criação de uma Unidade de Acolhimento Transitório exclusiva para mulheres com seus filhos recém-nascidos<sup>129</sup>.

O *cuidado humanizado* às gestantes não é consensual entre todos os trabalhadores da *rede*, isto porque é mais comum entre assistentes sociais dos hospitais acionarem imediatamente o Ministério Público e o Conselho Tutelar para estes *casos*. Houve muitos esforços protagonizados, sobretudo, pela equipe do Consultório na Rua, para *sensibilizar* as equipes da maternidade dos hospitais, para que também elas discutissem a resolução das gestantes com os demais parceiros da *rede*. Com isso, foi criado um espaço específico de discussão entre todos os parceiros da *Rede Cegonha*, em cujas reuniões mensais fossem elaborados *projetos terapêuticos individuais (PTI)* em conjunto. Foram envolvidos profissionais do PSF, HMU, CAISM, Consultório na Rua, CAPS AD e República Terapêutica - todos os parceiros possíveis para a *articulação* de uma *rede* fina na qual a gestante tenha diversos pontos de apoio.

Outros empreendimentos feitos pelo Consultório na Rua também seguiram em direção ao aprimoramento da *Rede Cegonha*, tal como a ampliação do acesso nas UBS, com a flexibilização dos horários de atendimento, isto quer dizer que para priorizar o atendimento às gestantes em situação de rua não era necessário exigir a documentação para abertura de cadastro, nem o agendamento para consultas, coleta de exames, realização de ultrassonografia e outras ações necessárias ao acompanhamento dos exames pré-natais.

Os esforços para produção de uma *rede acolhedora*, como uma vez um redutor disse, são tomados como modelo ideal na Saúde Coletiva, embora no cotidiano o excesso de *cuidado* possa cercar o seu público e na dimensão organizacional, não haja consenso do sentido de *humanização*, por isso tantas *sensibilizações* entre os parceiros e o abrandamento burocrático. Ainda que o enunciado *humanista* seja um apelo vigoroso no campo da saúde, a sua elaboração empírica na gestão não é óbvia. Exige quase sempre uma certa medida de criatividade para inventar proposições ousadas que desafiem o limite dos aparatos institucionais e afrontem os procedimentos burocráticos.

---

<sup>129</sup> Até o final de 2014 ainda não havia sido finalizado o projeto, embora muitas discussões já vinham sendo feitas para a criação de uma unidade exclusiva para este público.

### 5.3 – Investimentos para enxergar a *rede*: ferramentas tecnológicas para a gestão intersetorial

Na lógica administrativa da saúde, é fundamental administrar as pessoas, o dinheiro, os bens materiais, os territórios; tudo aquilo que envolve a saúde de uma população. É com tal intenção em vista que os trabalhadores de saúde mobilizam conhecimentos para conceitualizar, acompanhar e descrever suas próprias práticas de governo. O conceito da intersetorialidade, tomado como modelo ideal a ser cumprido, só faz sentido como expressão administrativa se a *rede*, seu principal aparato de gestão, puder ser visualizada por todos. É neste sentido que entendo a relevância do sistema *Hygia*, o *software* implantado nos equipamentos da *rede*, cuja capacidade desta ferramenta tecnológica, entre outras, é acelerar os canais de troca e iluminar certos pontos obscuros da *rede*.

Desde maio de 2005, iniciou-se o processo de informatização da gestão da saúde do município. Responsável pela implementação deste projeto, o departamento de Tecnologia de Informação, ligado à secretaria municipal de Administração, buscou ampliar as tecnologias em saúde<sup>130</sup>, implementando pouco a pouco nos serviços uma rede de dados que pudesse conectar todas as unidades. Nessa rede, fica hospedado o *Hygia*, um sistema capaz de manter todas as informações geradas no âmbito da *rede* de saúde.

*Redes* são polivalentes, tanto que muitas imagens lhes vêm à tona quando os trabalhadores de saúde falam delas. Os trabalhadores de rua recolhem um a um dos seus *usuários*, num trabalho paciente que envolve sedução e conquista (cf. supra Capítulo 3) como uma pesca artesanal, para depois de envolvidos na *rede* como um *caso*, os *usuários* possam ser *cuidados*. No CAPS AD, as malhas são mais finas, a *triagem* é seletiva. As *redes* do tratamento filtram apenas aqueles que estão *motivados* no tratamento. Ali o público é selecionado, organizado em coletivos, tratado e, finalmente, devolvido à *sociedade* (cf. supra Capítulo 4). *Rede* é também arquitetura dos processos de trabalhos, já que ela oferece uma imagem dos movimentos pelos quais as vazantes dos *fluxos* correm (cf. Capítulo 5.1). Desta vez como um tecido, a *rede* remete à

---

<sup>130</sup> O movimento de informatização é generalizado em todo o SUS. O E-SUS é um *software* público utilizado para organizar a gestão do funcionamento das unidades básicas. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde.

imagem dos nós que entrelaçam os serviços (cf. Capítulo 5.1, 5.2). A depender de como a *rede* é posicionada, ela parece mais um cerco (cf. Capítulo 5.2).

Já a rede de dados, onde está alocado o sistema *Hygia*, sua função é desobstruir os *fluxos* de informações, a sua principal característica é a conectividade de um ponto e de outro da *rede* de saúde. Porque o *software* facilita a troca, ele colabora para acelerar o movimento dos *fluxos*, ele também permite que os aglomerados da *rede* sejam vistos e vasculhados pelos demais trabalhadores. Portanto, a segunda função do *software* é disponibilizar ferramentas que permitam, como uma lente de aumento, visualizar algumas dinâmicas e matérias de uma determinada localidade da *rede*. Acoplando informações registradas em bases de dados, o *software* permite criar imagens esquematizadas dos territórios, dos equipamentos, dos recursos materiais e das pessoas agregadas à *rede* de saúde.

Entretanto, nem todas as ferramentas de visualização estão disponíveis para todos os funcionários. O campo de visão que cada um tem no sistema depende do cargo que ocupa, por isso cada trabalhador ou gestor possui um *login* e senha específicos para ter acesso às informações e fazer os cadastros e alterações que lhe cabem. Uma técnica de enfermagem, um técnico redutor de danos e um oficial administrativo do Consultório na Rua apresentaram-me os campos de visões que cada um deles tem acesso com seus *logins*. De forma resumida, os campos de acesso são restritos àquilo que cabe à função de cada funcionário - o registro das *ações* que eles realizaram, o cadastro dos *usuários*, os equipamentos onde os *usuários* passaram, os exames que foram solicitados; aos responsáveis pela administração dos materiais de uso dos equipamentos, é possível enxergar o estoque, fazer pedidos de novos materiais, etc.).

Entrei em contato com o departamento de Tecnologia de Informação da prefeitura para pedir esclarecimentos sobre o sistema *Hygia*, já que não conseguia ter uma visão mais ampla com os acessos dos funcionários do Consultório na Rua, que gentilmente se dispuseram a apresentar-me as funções do *software*. Kelly, a técnica de tecnologia de informação, recebeu-me na sessão de “Informação para Gestão” para esclarecer minhas dúvidas sobre o *Hygia*. Sem saber bem o que perguntar-lhe, pois tecnicamente meus conhecimentos em TI eram muito limitados, pedi a Kelly que me explicasse “o que” o sistema registra, “o que” ele visualiza e “o que” ele administra. A perguntou souo estranha para a técnica pois, depois fui entender com sua explanação, o sistema torna administrável grande parte dos materiais, das *ações* feitas e das pessoas

(sejam elas *usuárias*, gestores ou profissionais). Essa é propriamente a função de um sistema como este.

Notando meu completo desconhecimento com tais tecnologias, Kelly começou do zero, explicando o mais elementar de tudo: o *login*. Como as senhas de acesso limitam o campo de visão e de atuação dos usuários deste sistema, Kelly entrou no sistema com seu *login*, assim tivemos acesso a todas as funções disponíveis no *Hygia*, porque o seu cargo permitia-lhe não somente ter a acesso a tudo mas fazer pequenos reparos no sistema. Em seguida, Kelly pacientemente apresentou-me cada um dos itens. E foi com a abertura de todos os campos de visão que a técnica apresentou-me que segue minha análise sobre “o que” o *Hygia* é capaz de administrar, “como” e “com que” ferramentas.

Com a implantação do sistema *Hygia* em praticamente todos os serviços de saúde de São Bernardo do Campo, os funcionários da saúde passaram a enxergar certos aspectos nos demais pontos da *rede*. A conexão dos pontos da *rede* de saúde realizada através do sistema permite que um campo de visão antes oculto passe a ser observado e que essa materialidade tão elementar para a gestão torne-se visível. De forma resumida, os pontos da *rede* de saúde tornam-se legíveis à medida que os *usuários* que por ali passam vão sendo cadastrados no sistema, assim como são registrados os exames solicitados, os medicamentos no estoque das farmácias, os *encaminhamentos* feitos; enfim, quanto mais *ações* são contabilizadas no *software* mais leituras são possíveis de serem feitas.

Afinal, o que o sistema *Hygia* torna legível? Seria impossível detalhar cada um dos itens que a técnica de TI apresentou-me durante nossa conversa que se estendeu durante todo o período da manhã. Para tornar a descrição mais analítica do que puramente descritiva, reorganizei analiticamente os campos observáveis do sistema, embora devo deixar claro que tal sistematização não é feita da mesma forma pelos funcionários da *rede*. Deste modo, reagrupei os campos de observação em três conjuntos analíticos.

O primeiro campo observável é o do indivíduo. Alguns elementos dele podem ser vistos através do preenchimento de fichas de cadastros com itens básicos de identificação como nome, endereço, idade, escolaridade, CPF e RG. Além desses, também são tornados legíveis os diagnósticos e informações elementares sobre sua

história de vida. Dados assim são inscritos nos *prontuários* eletrônicos, cujas inscrições liberam um campo de visão muito molecular dos elementos mais íntimos da subjetividade dos indivíduos (ainda que estes documentos sejam de acesso restrito<sup>131</sup>).

Os rastros dos *usuários* também podem ser seguidos procurando no *Hygia* pelo seu nome cadastrado. Uma lista de ocorrências irá se abrir na tela com todas as passagens da pessoa pelos equipamentos de saúde, os exames solicitados e os profissionais que o atenderam. O mesmo ocorre com os profissionais, também as *ações* feitas e os medicamentos prescritos podem ser visualizados no sistema. Tanto os *usuários* quanto os funcionários da *rede* podem ser acompanhados no campo virtual, embora as informações dos trabalhadores sejam restritas às suas práticas profissionais, ao passo que uma avalanche de inscrições é produzida sobre os atendidos da *rede*.

A base de dados de outras plataformas digitais como o CADSUS<sup>132</sup> também podem ser conectadas ao *Hygia*, isto quer dizer que as informações armazenadas no sistema de informação específico para o PSF podem ser associadas à ficha do *usuário*, caso ele esteja cadastrado em ambos os sistemas. Com isso, o *software* permite associar um *usuário* a sua família e ao seu domicílio declarado nas fichas de cadastro, permitindo ainda que dados como estes possam servir de informação para calcular inúmeras pesquisas epidemiológicas. É tornado legível, além do sujeito, também um núcleo familiar, uma casa, um bairro e um território.

O segundo campo observável pelo sistema *Hygia* são as coisas, os *recursos*, segundo a denominação dado neste campo. Na linguagem administrativa, a qual Scott (1998) entende como categorias de Estado, os artefatos de interesse para a gestão são assim chamados de *recursos*. Para o autor, a linguagem é utilitarista uma vez que essa categoria aparece para denominar os aspectos de utilidade prática, como nos exemplos que ele elenca sobre a ideia de natureza: “as plantas valorizadas tornaram-se ‘colheitas’, as espécies que competem com outras plantas são estigmatizadas como ‘ervas daninhas’, e os insetos que as comem são ‘pragas’ ” (1998: 13).

O estoque de todos os medicamentos é controlado pelo sistema, assim é possível acompanhar também o movimento das coisas. Num campo específico chamado “Farmácia”, o *software* registra a entrada de cada medicamento, o serviço onde ele está

---

<sup>131</sup> Apenas os profissionais responsáveis pela elaboração dos *prontuários* podem ter acesso a essas versões eletrônicas.

<sup>132</sup> O Cadastramento Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde consiste no processo por meio do qual são identificados os usuários do SUS e seus domicílios de residência.

armazenado. Controla também os medicamentos prescritos e aqueles que foram entregues aos *usuários*.

Os leitos também são *recursos* a serem administrados na *rede* de saúde. No campo “Internação”, o *software* organiza um catálogo dos leitos disponíveis nos equipamentos de saúde, produzindo uma visão panorâmica dos lugares livres, os reservados, os ocupados e os leitos a serem liberados. Apresentei em momentos anteriores (cf. supra Capítulo 5.1) a relevância dos leitos na gestão, porque além de serem poucos e custosos, apenas os pacientes com um quadro clínico muito grave precisam ser *encaminhados* aos serviços de tratamento intensivo. Porque os leitos despendem muitos subsídios financeiros e tecnológicos, eles são *recursos* que devem ser monitorados com maior rigidez.

O monitoramento do dinheiro não é feito pelo *Hygia*, uma vez que é exigida pelo Sistema Nacional de Auditoria a declaração dos *recursos* financeiros destinados à saúde no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), uma plataforma que disponibiliza as declarações dos gastos do município, do estado e da união. A fiscalização e controle mais detalhada dos serviços de saúde é feita pelo SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS) e SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares), dois sistemas que permitem o acompanhamento das programações físicas e orçamentárias e das ações de saúde prestadas pela assistência ambulatorial e hospitalar.

O terceiro campo observável é a população. Neste ponto cabe dizer que a população só é legível porque é produzida também no âmbito virtual. No campo “Informações completas sobre a população”, apenas os dirigentes de saúde têm acesso a uma base de dados que possibilita realizar levantamentos epidemiológicos, produzindo leituras de acordo com as variáveis escolhidas. É assim que o *software* produz uma população que se torna também um *corpus* calculável e legível. Outra leitura possível de ser feita sobre a população permite enxergar os indicadores das *demandas*, de maneira que é possível identificar o perfil das pessoas que conformam um grupo específico e cujos gestores preveem a necessidade de vinculá-los a um serviço de saúde, por isso são calculadas as *demandas* previstas.

A importância de monitorar as coisas pela *rede* de saúde é uma dessas exigências da cultura de auditoria. Os rastros dos bens materiais no campo da Saúde

Pública são seguidos pelos sistemas de auditorias que funcionam como métodos de avaliação e controle da materialidade dos governos. Para Power (1997), esses objetos de exploração das práticas administrativas realizam “rituais de verificação”, porque os sistemas de auditoria lançam mão de ferramentas para enxergar coisas, “tornam visíveis” as contas públicas, permitem que as ações sejam submetidas às “consultas públicas”, como sugerem os termos deste campo. Quando tais procedimentos de vigilância ocorrem nas instituições públicas, para o autor importa menos contribuir para produção da gestão do que assegurar o controle interno desta gestão, na forma de monitoramento técnico.

Algumas ferramentas no sistema *Hygia* exercem funções de especulações excessivas e até coercitivas, como ocorre com o controle das vacinas. Um sistema de alerta é programado para notificar ações de prevenção, tais como a vacinação exigida pelo SUS para um dado espectro populacional, assim é possível saber se os *usuários* cadastrados deixaram de receber as vacinas disponíveis nos equipamentos de saúde de acordo com as exigências de imunização do Ministério da Saúde. O alerta é também disparado no *Hygia* quando uma doença de alto risco é registrada. Uma notificação compulsória é gerada automaticamente para o setor da Vigilância Sanitária. Algumas doenças são submetidas rigorosamente ao monitoramento epidemiológico, como é o caso da dengue, tuberculose, malária, DST/AIDS e Hepatites Virais, para as quais foram elaborados programas nacionais de controle. De acordo com as exigências dessas diretrizes, o sistema *Hygia* também é programado para notificar a ocorrência dos casos que estão na eminência.

Uma visão ampla é oferecida pelo sistema apenas aos gestores da *rede*, e não a qualquer funcionário, de acordo com o tipo de leitura que se pretende fazer seja olhar para as *demandas* do município, o quadro epidemiológico, o cenário de vacinação, os estoques, os documentos ou os leitões. Uma imagem do todo é produzida a partir dos números extraídos, de modo que eles fornecem os parâmetros da dimensão da *rede*. É deste modo que se sabe a quantidade de medicamentos que a *rede* recebeu do governo federal, o estado de saúde dos *usuários* da *rede*, a dimensão do *risco* gerado pela falta de vacinação e assim por diante.

Visualizar a amplitude e a proporção das coisas administráveis é essencial para a gestão. Este tipo de perspectiva é utilitarista à medida que enxerga a dimensão do cálculo em quase tudo. Convém dizer que as verificações e as performances de

transparência na medida em que exibem uma capacidade de precisão, elas tornam evidente uma racionalidade em torno da “verdade” ou “realidade”, mas expurgam destas práticas a dimensão política que as envolvem. Em outras palavras, a avaliação de *risco* e a vigilância rigorosa tornam-se questões puramente técnicas e não políticas.

#### **5.4 – As manutenções na *rede*: os *apoiadores* em saúde**

O apelo às tecnologias informacionais é evidente e necessária para produzir uma visão simultaneamente ampla e minuciosa das matérias governáveis, mas não é o único recurso. Com o advento do modelo de gestão intersetorial, passaram a atuar no SUS os *apoiadores*, cujo encargo é articular a *rede* de saúde. Tal como eu entendo seu papel, esses trabalhadores iluminam alguns pontos da *rede*, eles circulam pelos serviços para avaliar se o conjunto funciona de forma satisfatória. Por essa razão, os *apoiadores* fornecem uma visão do todo, trazendo de um lugar a outro informações, experiências, debates e soluções.

Desde 2003, a função do “apoio institucional” é abordada em documentos do Ministério da Saúde, embora apenas em 2006 na Política Nacional de Humanização, a sua função é definida. Com a descentralização da gestão do SUS e a necessidade de articulação dos serviços, o apoio institucional é também entendido como uma estratégia para superar os dilemas das articulações em cogestão. Pereira Junior e Campos (2014: 896) o entendem como um método de organização dos processos de trabalho para a “elaboração, implementação e execução de projetos e políticas públicas, enquanto apoia a construção de sujeitos, indivíduos e coletivos”. A sua função não é facilmente definida, uma vez que a figura do *apoiador* ao mesmo tempo em que está inserida nas instituições das quais participa, ele lhe é externa. De modo breve, seguindo as definições do MS, o *apoiador* é o profissional que ampara a análise institucional no processo de articulação das gestões.

[...] a função apoio institucional se concretiza num modo inovador de se **fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, com o objetivo de fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações**, ressignificando e articulando conceitos e tecnologias advindas da **análise institucional e da gestão**. Ofertar suporte aos movimentos de mudança deflagrados por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio. As diretrizes do apoio institucional integrado são a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos, aproveitando as lacunas para ativar movimentos que produzam diferença/ruptura com o que está instituído, ou seja, que busque novos modos de produção da atenção e da gestão na saúde e maior implicação e satisfação dos trabalhadores com seu próprio trabalho. (BRASIL, 2011: 15, grifos meus).

O que confere ao *apoiador* a capacidade de analisar os equipamentos é a sua posição ambígua por ser de “dentro” e de “fora” ao mesmo tempo. Está dentro do serviço porque participa dos processos de trabalho, embora não se fixe em nenhum deles. O *apoiador* transita pela *rede*, de um ponto a outro. Mas também está fora porque seu olhar não se encerra num único aglomerado da *rede*. Essa ambiguidade resolve a problemática questão da contratação de “assessores” ou “consultores” que trazem um olhar externo e crítico às instituições mas não acompanham as equipes em momento algum – não tem *vínculo* com elas. Como preferem Pereira Junior e Campos (2014), o *apoiador* não faz pela ou para as equipes, e sim “com” as equipes. De outro modo, é esta classe de profissionais que colabora no planejamento de implementação de projetos, elabora críticas ao funcionamento dos serviços, acompanhando as equipes, conhecendo seus funcionários e os *usuários* atendidos. Portanto, entendo que os *apoiadores* são os articuladores das *redes* ou os seus reparadores.

Em São Bernardo do Campo foram contratados cerca de 50 *apoiadores*, com formação de nível superior da saúde, que estão distribuídos nos nove núcleos de *territorialização* (cf. infra Capítulo 6) do município. Espalhados em todo o território onde abrange a *rede*, estes profissionais circulam pelos pontos adscritos no seu território de atuação. Além das reuniões de equipe e de território, os *apoiadores* devem fazer visitas domiciliares porque também a interlocução com os *usuários* é fundamental para a compreensão do funcionamento de aparatos de gestão intersetorial.

Para fazer reparos, o *apoiador* deve antes identificar os canais obstruídos, as portas fechadas, os fios esgarçados, os rasgos, os nódulos, as linhas arrebitadas. Para

ter uma visão como esta, ele precisa andar pela *rede*, cavar cada lugar onde há concentração de matérias, enviar de um lugar a outro informações e ideias que não foram transportadas outrora. Ele deve penetrar e conhecer em profundidade a dinâmica de trabalho de cada serviço, de modo que com tal vivência ele possa articular e promover conversas entre os parceiros que estão com a comunicação falha ou ainda não se conhecem. As reuniões intersetoriais servem para serem feitos tais reparos, assim como, estes momentos promovem o encontro necessário para que as parcerias possam ser conjugadas. Com uma visão ampla, o *apoiador* deve propor atendimentos e *ações* compartilhadas, levando em conta o potencial do encontro e da soma dos profissionais de diferentes serviços. É ele quem consegue projetar com mais detalhes um mapa dos serviços *articulados*, por isso seu papel é fundamental na gestão em *rede*.

Para alinhar as políticas públicas, os *apoiadores* são requisitados para implementar uma *linha de cuidado*. Eles sugerem o modo como as *articulações* da *linha* podem ser feitas. Após circular muito pelos serviços, estes profissionais podem fazer os “balanços” finais: aquilo que falta em um serviço, pode ser compensado em outro, de tal forma que as *linhas* não sejam rompidas nem embaraçadas. É uma perspectiva em *rede* que deve operar na lógica do *apoiador*.

No CAPS AD, acompanhei a atuação de uma *apoiadora* durante alguns meses. Como essa profissional caminhava pela *linha* do *cuidado* em saúde mental, percorreu alguns dos serviços deste *fluxo*. A proposição que a *apoiadora* ofereceu ao caso de uma *usuária* da *rede* explicita com precisão o olhar intersetorial para o qual chamo a atenção. Érica iniciou o tratamento no CAPS AD pelo consumo que faz do crack. Ela também foi acolhida na República Terapêutica porque estava em situação de rua durante sua gravidez. Quando seu filho nasceu, Edson, o pai da criança, retomou contato com Érica. Com o reaparecimento de Edson, a equipe de ambos os serviços passaram a reclamar do comportamento dela, tema este sempre retomado nas reuniões intersetoriais as quais acompanhei durante algumas semanas. Muitos questionamentos foram levantados a respeito da situação do casal: como fazer com que a presença de Edson não desestabilize emocionalmente a *usuária*? Como respeitar a relação do casal no âmbito das instituições? Como impor limites para que Edson não desrespeite as normas dos serviços? Apesar das duas equipes estarem em contato, não conseguiam acertar na conduta e Érica continuava descontente em ambos os serviços.

Foi a *apoiadora* quem trouxe uma visão panorâmica do manejo deste *caso*. Para ela, Érica deveria ser desvinculada temporariamente do CAPS AD e ser *encaminhada* ao CREAS da Mulher, porque a *articulação* do CAPS AD e da República Terapêutica estavam sufocando a garota: Érica deveria estar todos os dias no CAPS AD para seguir seu tratamento e apesar de estar *motivada*, ela retomou o uso do crack desde que Edson voltara. A proposta da *apoiadora* era deixar o tratamento de drogas em segundo plano e *encaminhá-la* para um serviço cujo foco assistencial era outro. A *apoiadora* notou que CAPS e República estavam boicotando a relação do casal, já no CREAS da Mulher, Érica poderia desenvolver a sua identidade de mulher, reflexão esta que ajudaria a garota a compreender sua relação com o pai de seu filho, segundo a sugestão da *apoiadora*.

A visão “de fora” da *apoiadora* permite notar os efeitos gerados de um *cuidado* em conjunto, porque decerto não são os mesmos de um tratamento mais pontual. As *intervenções* são mais numerosas e combinadas, por isso seus efeitos são diferenciados. Esta mesma visão externa ajudou os profissionais do Consultório na Rua a realizar um “balanço” do trabalho em equipe. Foi a *apoiadora* quem propôs uma reunião para a realização deste exercício, na qual foram apontadas as “fraquezas” e as “potencialidades” do serviço, para usarmos os termos dela. Uma visão como esta colaborou para explicitar um ponto de vista distanciado e analítico do funcionamento daquele serviço.

A visão de dentro do serviço, entretanto, também pode ser feita pelo sistema *Hygia*. Sendo assim, qual é a diferença entre a visão que o *Hygia* oferece e a visão do *apoiador*? Vimos que o *Hygia* só abre o canal do *fluxo* de informações, o *apoiador* leva junto dele as informações, as problematiza em reuniões, as contesta. O *apoiador* faz apelos e provocações; ele *sensibiliza*.

Outra função do *apoiador* é realizar as capacitações para que se efetue o aprimoramento dos processos de trabalho em *rede*, são as “reuniões de educação permanente”. Depois de passar o mês inteiro andando pela *rede*, o *apoiador* reúne uma amostra de trabalhadores de alguns serviços e os faz conversarem sobre os *casos* conjuntos, os ruídos de comunicação, as *demandas* que surgiram, etc. É neste sentido que os *apoiadores* fazem pequenas manutenções nos aparatos da *rede*. São eles quem costumam os fios soltos, remendam os rasgos, desembaraçam os nós, abrem as portas trancadas, consertam os tecidos esgarçados – esses são trabalhadores que fazem os

reparos. Com essas funções em mente, o secretário de Saúde do município certa vez declarou que “existe uma teia e essa teia precisa ser tecida, então precisamos desses apoiadores”<sup>133</sup>.

Acompanhando os esforços de trabalhadores da Saúde Coletiva, as manutenções dos aparatos de *cuidado*, as inscrições documentais de padronização das condutas e dos *fluxos*, as estratégias de posicionamento das *redes*, tudo isso explicita o modo como é formulada a noção de gestão, a um só tempo um governo regulador de bens e pessoas, austero na vigilância e empunhado com a bandeira dos direitos universais. O mundo dos registros assinala bem quão obsessivos são os propósitos da gestão. Para cada *ação* uma previsão, um cálculo, um planejamento, uma intervenção – administrar com precisão e cautela, mas gerenciar tanto quanto possível.

Convém dizer que os registros iluminam uma racionalidade particularmente interessante dos governos: a obstinação pelo esquadramento. Nos desenhos dos *fluxos* são depuradas as parcerias potenciais, as *articulações*, as previsões dos caminhos a serem seguidos; deles também é conjecturado o itinerário dos movimentos, daí provém as *linhas*. Dos *protocolos* de atendimento são examinadas em detalhes as *ações* que impulsionam os *usuários* no *fluxo*. Obstinação também pelo melhor desempenho da gestão, os trabalhadores se colocam a projetar as condutas mais adequadas, para isso as padronizam em *protocolo*. Os aparatos em *redes* também são esquadramentos pelos *apoiadores*, aqueles que examinam ponto por ponto e fazem seus reparos.

Por outro lado, nesses registros estão implicados inúmeros investimentos para tornar a gestão palpável, para enxergar e seguir pessoas, objetos e ideias. Também os seus vestígios são perseguidos. Acompanha-se o movimento dos atendidos e dos profissionais, dos bens materiais e do dinheiro. As inscrições materiais assumem tamanha importância no mundo administrativo à medida que são instrumentos de leituras. Elas são codificações estabilizadas em documentos dos propósitos e das intenções dos agentes envolvidos. É a dimensão dos campos de interesses que se materializa nos papéis.

Os empreendimentos todos descritos neste capítulo, mostram o aspecto peculiar e criativo da gestão. Todas tentativas, algumas fracassadas, outras bem sucedidas de não

---

<sup>133</sup> Entrevista disponível em: <http://apsredes.org/site2013/blog/2012/03/25/ademar-arthur-chioro-secretario-de-saude-de-sao-bernardo-do-campo-sp-fala-sobre-a-experiencia-do-municipio-com-a-implantacao-dos-nucleos-de-territorializacao-a-integracao-da-upa-com-a-unidade-basica/>

deixar que, por um lapso, algo escape. Por isso os registros são matérias fecundas para uma abordagem antropológica, porque neles concentram-se as intenções e as ideias, os esforços, os saberes, os cálculos; tudo aquilo que compõe o mundo da administração. Sem os documentos, uma gestão com doses equilibradas de *liberdade* e de controle seria inviável. Eles são a materialização da governamentalidade, mas, sobretudo são artefatos dos governos, instrumentos de cálculos, ferramentas de legibilidade.

A seguir mostrarei como as inscrições cartográficas são utilizadas na gestão intersetorial da saúde. Com outra linguagem, as matérias territoriais é que são perseguidas nos documentos, o território é esquadrihado e produzido ao mesmo tempo. Sobre este terreno bem mensurado é que as *redes* são visualizadas no território e o seu crescimento é planejado.

## Capítulo 6 – Cartografias sanitárias: conhecer e produzir o *território* para administrar a saúde

*...Naquele império, a arte da cartografia alcançou tal perfeição que o mapa duma província ocupava uma cidade inteira, e o mapa do império uma província inteira. Com o tempo esses mapas desmedidos não bastaram e os colégios de cartógrafos levantaram um mapa do império, que tinha o tamanho do império e coincidia com ele ponto por ponto. Menos dedicadas ao estudo da cartografia, as gerações seguintes decidiram que esse dilatado mapa era inútil e não sem impiedades entregaram-no às inclemências do sol e dos invernos. Nos desertos do oeste perduram despedaçadas ruínas do mapa habitadas por animais e mendigos; em todo o país não há outra relíquia das disciplinas geográficas.*

*(Suárez Miranda: Viajes de Varones Prudentes, livro quarto, cap. XLV, Lérida, 1658<sup>134</sup>)*

A difusão da cartografia como base para o planejamento e formulação de políticas públicas no campo da saúde brasileira tem sido propagada desde o início do processo de descentralização político-administrativa do SUS, incitado pelo movimento da Reforma Sanitária. Se a nova concepção de saúde adotada nas diretrizes políticas concebe o ser humano como a expressão de um compósito de fatores (sociais, ambientais, psicológicos e biológicos – cf. supra Capítulo 1), para compreender a saúde em suas múltiplas expressões é preciso verificar o que se passa nos territórios onde os sujeitos habitam. Portanto, o espaço é uma dimensão fundamental no planejamento da gestão de uma população. A valorização político-analítica da dimensão espacial dos fenômenos, processos, objetos e atores faz das tecnologias de leitura e mensuração territorial instrumentos elementares de governos.

---

<sup>134</sup> Citado por Jorge Luís Borges, *História universal da infância*.

Os territórios oferecem um campo de investigação potente no qual se manifesta uma lógica de gestão. As leituras e medições espaciais produzem dados que se destinam aos fins administrativos para melhor gerir os recursos da *rede* e para *intervir* de forma mais precisa na saúde de uma população. Por outro lado, os procedimentos de delimitação e ordenamento do espaço produzem o que é chamado na Saúde Pública de *território*<sup>135</sup>, essa dimensão elementar da gestão. Portanto, entendo que o *território* não é um dado *a priori* sobre o qual é imputado um regime de significação. Os empreendimentos cartográficos os criam na medida em que os vasculham e os ordenam.

Diferente das conjunturas de luta pela garantia do direito à terra, cujo processo de formalização jurídica implica no reconhecimento e nomeação de povos e grupos étnicos, como ocorre com populações indígenas, quilombolas e camponesas<sup>136</sup>; o espaço é na Saúde Pública uma categoria de ordenamento e distribuição dos equipamentos e a cartografia serve antes de instrumento para o planejamento de um gestão intersetorial. Não há, portanto, disputas na esfera da representação espacial, fato mais recorrente em contextos do uso da cartografia como instrumento de luta<sup>137</sup>. Por ser uma ferramenta administrativa de conhecimento e manipulação espacial, entendo que, no escopo de um projeto de expansão das *redes*, a cartografia é uma tecnologia de gestão.

Neste capítulo, irei descrever e analisar o modo como o espaço é concebido, produzido e ordenado num projeto sanitário. Interessa saber que conteúdos devem ser conhecidos para que o *território*, na Saúde Pública e Coletiva, seja um bem administrável. Os procedimentos cartográficos adotados neste setor tornam evidentes apenas a perspectiva dos trabalhadores e gestores do SUS, esse é olhar incorporado nos mapas, enquanto que o ponto de vista dos *usuários* da *rede* é obliterado das composições representacionais.

---

<sup>135</sup> Destaquei o termo porque se trata de uma categoria nativa do espaço. Mostrarei adiante como os *territórios* expressam os propósitos de um projeto de administração da saúde.

<sup>136</sup> O espaço reivindicado pelos grupos em questão passa igualmente por procedimentos de avaliação para a sua regularização jurídica. Por meio de cartografias e laudos, da mobilização de saberes técnicos em detrimento dos nativos, a visão estatal sobre a terra é caracterizada por um modelo de ocupação muito diferente dos saberes de seus habitantes. A respeito da experiência de mapeamento participativo em comunidades quilombolas ver Pinto e Wanderley (2010), sobre o encontro de duas tecnologias e técnicas de percepção espacial em quilombos ver Santos (2014).

<sup>137</sup> O monopólio estatal do uso da cartografia como instrumento de registro e controle espacial passou por significativas transformações ao longo dos anos 1990, quando começou a ser elaborado um projeto de “mapeamento participativo”. A essa virada cartográfica foi atribuída a importância da reivindicação de processos participativos na confecção de mapas, a partir da percepção das populações locais (cf. Lévy, 2008).

As inscrições materiais trabalhadas nesta tese antes revelaram os impasses de como mensurar e conhecer a *rede* de saúde (cf. supra Capítulo 5), cujos documentos e ferramentas serviram como recursos para visualizar como deveria funcionar uma gestão intersetorial. Documentos e mapas são registros elementares nas administrações, sem os quais uma gestão que busca criar condições de *liberdade* dos movimentos de pessoas e de coisas e que tem pretensões de *universalização* do direito à saúde, seria impossível de ser realizada.

As cartografias são outras inscrições que também recuperam a dimensão do planejamento neste setor. O espaço é vasculhado por ferramentas tecnológicas de navegação (SIG<sup>138</sup>, GPS<sup>139</sup>) e por *softwares* de leitura, cujos dados produzidos são inscritos em mapas que servirão de substrato referencial para planejar o assentamento dos equipamentos de saúde nos *territórios* de acordo com as *demandas* deles. Por outras palavras, a cartografia serve de instrumento de planejamento de uma gestão intersetorial.

A dimensão territorial é central no planejamento da Saúde Pública, por essa razão foi criado um método para ordenar a expansão dos sistemas locais de saúde, cujo procedimento é denominado de *territorialização* (Capítulo 6.1). Esse será o primeiro conjunto de dados a ser descrito neste capítulo. Em seguida, irei descrever as produções cartográficas nos municípios. Primeiro mostrarei o que as imagens satélites e os mapas geoprocessados colocam à mostra numa escala mais ampla (Capítulo 6.2.1). Em seguida, vou analisar como são produzidos os mapas feitos à mão. Esses documentos inscrevem aquilo que é visualizado durante uma caminhada pelo terreno, por isso, são mapas de microescala (Capítulo 6.2.2). Por fim, vou descrever que inscrições são incorporadas no *caderno do território*, documento este que agrega uma grande quantidade de detalhes apreendidos pelos *softwares* de leituras espaciais e na caminhada dos trabalhadores pela comunidade, compondo uma espécie de inventário sanitário (Capítulo 6.3).

---

<sup>138</sup> Sistema de Informação Geográfica.

<sup>139</sup> Global Positioning System.

## 6.1 – A territorialização da rede: ordenamento e gestão do espaço

Duas décadas após a criação do SUS, iniciou-se um processo de reorganização do sistema de saúde, já que os recursos e serviços estavam distribuídos em todo o território nacional de forma desequilibrada. Constatou-se que enquanto em algumas regiões concentravam-se recursos, em outras, eles eram escassos. Com o *Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)*, instituído pelo Decreto 7508/11, criou-se um modelo de organização territorial do SUS, com o objetivo de equilibrar a distribuição dos recursos de maneira mais uniforme e garantir condições para o desenvolvimento de *redes* nas cidades. Esse planejamento previa a instalação de um aparato mínimo de administração da saúde, composto por um conjunto de serviços elementares: os equipamentos de “atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde” (Art. 5o). Sob tais parâmetros, foram criadas diretrizes de planejamento para ordenar em escala nacional e regional o projeto de ampliação do SUS.

No âmbito das políticas municipais, o processo de ordenamento do sistema local de saúde e o processo do planejamento das *redes* são chamados de *territorialização*. *Territorializar* um equipamento significa adaptá-lo ao meio, ajustá-lo à realidade local, de forma que os serviços de saúde atendam as *demandas*. Porém, um serviço só é *territorializado* quando o terreno é delimitado de acordo com as finalidades administrativas da gestão local. Por essa razão, a primeira etapa da *territorialização* de um sistema de saúde é o ordenamento do espaço em *territórios* administrativos.

O *distrito sanitário* é uma das categorias espaciais utilizadas para ordenar o sistema de saúde no âmbito municipal. Esse *território* abrange a área geopolítica de um município, parte dele (caso a cidade tenha uma extensão territorial grande) ou uma junção de vários municípios, dependendo da *demanda* para os serviços de saúde ou dos recursos dos quais os municípios dispõem. Portanto, um *distrito sanitário* não é um decalque exato do mapa geopolítico de uma cidade. Esse *território* exprime a cartografia das *demandas* de saúde numa escala municipal.

Momentos antes (cf. supra Capítulo 5) mostrei como é feito o cálculo administrativo para *cuidar* da *demanda* de um público específico. Para tanto, os *protocolos* de atendimentos e os *fluxogramas* oferecem uma imagem de como segui-las

nas práticas cotidianas de trabalho, por isso esses documentos compõem um plano de *ação*. Já os *distritos sanitários* manifestam o modo como as *demandas* aparecem espacialmente e como elas são distribuídas no espaço. Essa delimitação territorial oferece, portanto, a medida administrativa para assentar os aparatos de saúde nos municípios de acordo com as *demandas*.

Um *distrito* é ainda fragmentado em outros espaços menores (*área de abrangência*, a *micro-área* e a *moradia*), cujas demarcações mais precisas e detalhadas só são possíveis de serem elaboradas na medida em que os trabalhadores dos serviços de saúde passam a conhecer de perto o espaço onde atuam.

As *áreas de abrangência* delimitam o campo de atuação dos agentes de saúde nas imediações das Unidades Básicas de Saúde (UBS); é a medida territorial que expressa o raio de abrangência das *intervenções* dos equipamentos assentados num dado terreno. Portanto, esse *território* exprime o cálculo do raio de abrangência de um equipamento e a distância da irradiação das *ações*.

Já as *micro-áreas* são unidades menores dentro dos *distritos sanitários*. A decomposição do *território* em unidades pequenas segue a lógica do esquadramento territorial. A importância administrativa deste recenseamento espacial se dá na localização precisa dos grupos populacionais que exigem serviços pouco mais específicos como os equipamentos da Saúde Mental, de assistência social e de educação. As *micro-áreas* manifestam, na lógica administrativa, os *territórios de risco*, por assim dizer. Deste modo, essa medida espacial revela a distribuição dos *riscos*.

A terceira unidade espacial dos mapas sanitários é a *moradia*, o espaço mais elementar de todos porque, sendo local das residências, é o *território* da família e da vida íntima. O mapeamento das *moradias* é feito por meio das visitas domiciliares realizadas pelas equipes dos PSF e dos CAPS<sup>140</sup>. Estas práticas até excessivas de acompanhamento inserem-se num conjunto de estratégias de orientação e *intervenção* aos casos de famílias vulneráveis<sup>141</sup>, elas marcam entre nós o modo como assuntos da vida íntima passaram a ter importância pública.

---

<sup>140</sup> Nos equipamentos de assistência social as equipes dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e dos Centros de Referência Especializado Assistência Social também realizam visitas domiciliares para um acompanhamento territorial dos *casos*.

<sup>141</sup> Breda (2013) faz uma pesquisa de campo junto à equipe do CRAS numa cidade no interior do estado de São Paulo. Analisando os desdobramentos em torno das visitas domiciliares, ela busca entender a capilaridade do Estado quando penetra na casa de famílias, passando a impor modos de vida.

A família aparece como instância primeira e imediata da medicalização dos indivíduos desde a política médica do século XIX, quando as práticas médicas passaram a ter uma súbita importância para os aparelhos do Estado e para a conservação da população. Donzelot (2001 [1980]) investigou o modo como os assuntos estatais apoiaram-se nas famílias para efetivar um modelo de intervenção estatal moral dentro das casas. Com isso, o autor nos mostra como a dimensão da família permitiu articular uma ética privada da boa saúde e um controle coletivo e estatal da higiene.

As noções espaciais num projeto sanitário iluminam o modo como são feitos os cálculos na administração pública para otimizar o uso do espaço e calcular o impacto provocado pela *intervenção* dos aparatos de gestão da saúde no *território*, por isso a necessidade de calcular a abrangência dos equipamentos, a irradiação das *ações*, os pontos de mais *riscos* e a visualização da vida íntima dentro das casas. É nesse sentido que tais noções espaciais manifestam uma perspectiva administrativa do espaço.

Os *riscos* abalam os sistemas nocionais da moral, embora Castel (1981: 108) tenha argumentado que a elaboração discursiva na gestão dos *riscos* isenta-se de um julgamento normativo uma vez que mobiliza uma linguagem científica. Assim, os aspectos morais do *risco* estão encobertos por noções técnicas. Nessa linha argumentativa, a incorporação do *risco* nas cartografias sanitárias e a importância da dimensão privada num projeto territorial de Saúde Pública são questões que resgatam um importante questionamento acerca da suposta neutralidade objetiva da cartografia.

Harley (1989) entende que há uma geopolítica da força no campo representacional pois o discurso cartográfico opera em silêncio quando a medição, esse procedimento de classificação moderno, é uma via para a produção de verdades cartográficas (1989: 4). Os procedimentos técnicos e os conteúdos topográficos dos mapas sanitários, como no caso do projeto de *territorialização*, revelam espaços instrumentais, encerrados no anseio de gerir os *riscos* eminentes. Unidades topográficas que se baseiam na medição do impacto territorial das instituições, como também no mapeamento dos focos de *riscos*, por serem o que Harley (1989: 6) chamou de “pequenos códigos da transcrição cartográfica” codificam, legitimam e promovem uma visão de mundo na qual prevalece a lógica estatal e governamental do espaço.

Os cálculos espaciais realizados num projeto de *territorialização* revelam também o que seria o ideal da gestão intersetorial na dimensão dos *territórios*: para os

equipamentos terem o melhor desempenho no local onde estão assentados, eles precisam estar bem ajustados, pois assim garantiriam a “cobertura” completa da saúde nos locais, para usar uma expressão recorrente no campo da Saúde Pública. Isto quer dizer que nesta visão cartográfica imagina-se uma *rede* com a amplitude exata de um *distrito*, a maior das categorias espaciais de um município.

Quando resgatei os propósitos das *redes* de *cuidado* para usuários de drogas numa conjuntura crítica de “guerra ao crack” (cf. supra Capítulo 2), elas manifestaram o paradoxo de como algumas políticas *cuidam* e *cercam* esta população na dimensão das cidades. Também no âmbito das políticas de combate à mortalidade materna e infantil, as *redes* para gestantes o cerco poderia repelir seu público (cf. supra Capítulo 5). Nas *redes* de tratamento do CAPS AD, as malhas finas da *triagem* separam apenas aqueles que têm o *desejo* em *cuidar* da *doença* (cf. supra Capítulo 5). Desta vez, a *rede* exprime a paradoxal medida do *humanismo* de levar os serviços de saúde “para todos”, como forma de distribuir serviços e promover a cidadania, como mostrei alhures (cf. supra Capítulo 1). Contudo este ideal é esboçado apenas na condição de que essas *redes* cubram todo o *território* e até vasculhem as casas e a intimidade das pessoas.

Veremos adiante que técnicas são utilizadas para conhecer e produzir o *território* sobre o qual os aparatos de saúde são alocados nos terrenos.

## 6.2 – Produções cartográficas

Em São Bernardo do Campo, o processo de *territorialização* teve início em 2010, quando foram criados os nove *distritos de saúde*. Algumas capacitações e seminários foram realizados para que os trabalhadores fossem envolvidos no reordenamento territorial. À época, um comitê intergestor firmou o compromisso para o cumprimento das metas de planejamento dos novos *territórios*, cujas etapas são acompanhadas passo a passo pelo Conselho Nacional de Saúde<sup>142</sup>.

---

<sup>142</sup> O planejamento da *territorialização* é firmado entre os gestores municipais e o Conselho Nacional de Saúde, cujo documento que registra o compromisso é chamado de *Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)*.

Esses espaços sanitários, como veremos, só passam a existir à medida que são submetidos às contínuas leituras de dados, coordenadas, referenciamentos, alguns elaborados por sofisticadas ferramentas tecnológicas (*softwares*, sistemas de navegação), outros mais artesanais, como caminhadas pelos bairros. Dados como estes produzem uma imagem gráfica, um decalque dos *territórios* sanitários.

As produções cartográficas são elementares para o melhor funcionamento da *rede* na dimensão dos *distritos sanitários*, por outro lado, elas também são fundamentais para o ordenamento das práticas de trabalho, pois as representações espaciais delimitam com mais precisão qual é o campo de atuação dos profissionais que circulam pelos *territórios*, como é o caso dos ACS, os profissionais dos CAPS e do Consultório na Rua. Quando a demarcação do *território* não é ainda evidente, muitas vezes porque é preciso fazer com que os mapas circulem na *rede*, e o terreno foi pouco decodificado por procedimentos de leituras, perde-se a referência do espaço, desorganiza-se também a prática profissional, porque seus limites de atuação ficam borrados.

A respeito da dificuldade em reconhecer as fronteiras dos nove *distritos* de São Bernardo do Campo, uma trabalhadora pronunciou-se com certa angústia numa reunião dizendo que sem conseguir enxergar esses *territórios*, sentia-se impossibilitada de trabalhar. “*Isso me tira o chão!*”, lamentou-se. Na colocação desta profissional, fica evidente que é o processo de ordenamento dos espaços que os fazem existir, sem isso nem os *territórios* existem, nem o campo de atuação dos trabalhadores é evidente. Portanto, os procedimentos cartográficos longe de serem só decalques e rascunhos, eles organizam ideias, limites, práticas e rumos da gestão da saúde.

Exercícios de reconhecimento espacial são relevantes para a gestão porque sem o desenho dos *territórios*, sem as leituras e o controle das informações espaciais não se realiza a administração de todas as coisas que circulam na *rede*, nem a prática profissional é estabelecida em termos precisos, já que toda a equipe tem um *território* específico de atuação. A dimensão espacial oferece um respaldo referencial de grande parte das práticas sanitárias, sejam elas terapêuticas ou burocráticas, sejam em micro escala ou em macro. Todo o ordenamento da gestão da saúde materializa-se numa cartografia.

Alguns empreendimentos cartográficos são necessários para que os *territórios* e as coisas das quais eles são compostos sejam vistos e manipulados, e ainda sejam

produzidos e pensados como objetos governáveis. Veremos adiante alguns exercícios cartográficos, uns são esboços de imagens geográficas, outros mapas geoprocessados graças aos sofisticados instrumentais de mapeamento; todos eles servem de suporte material para o planejamento das *ações*.

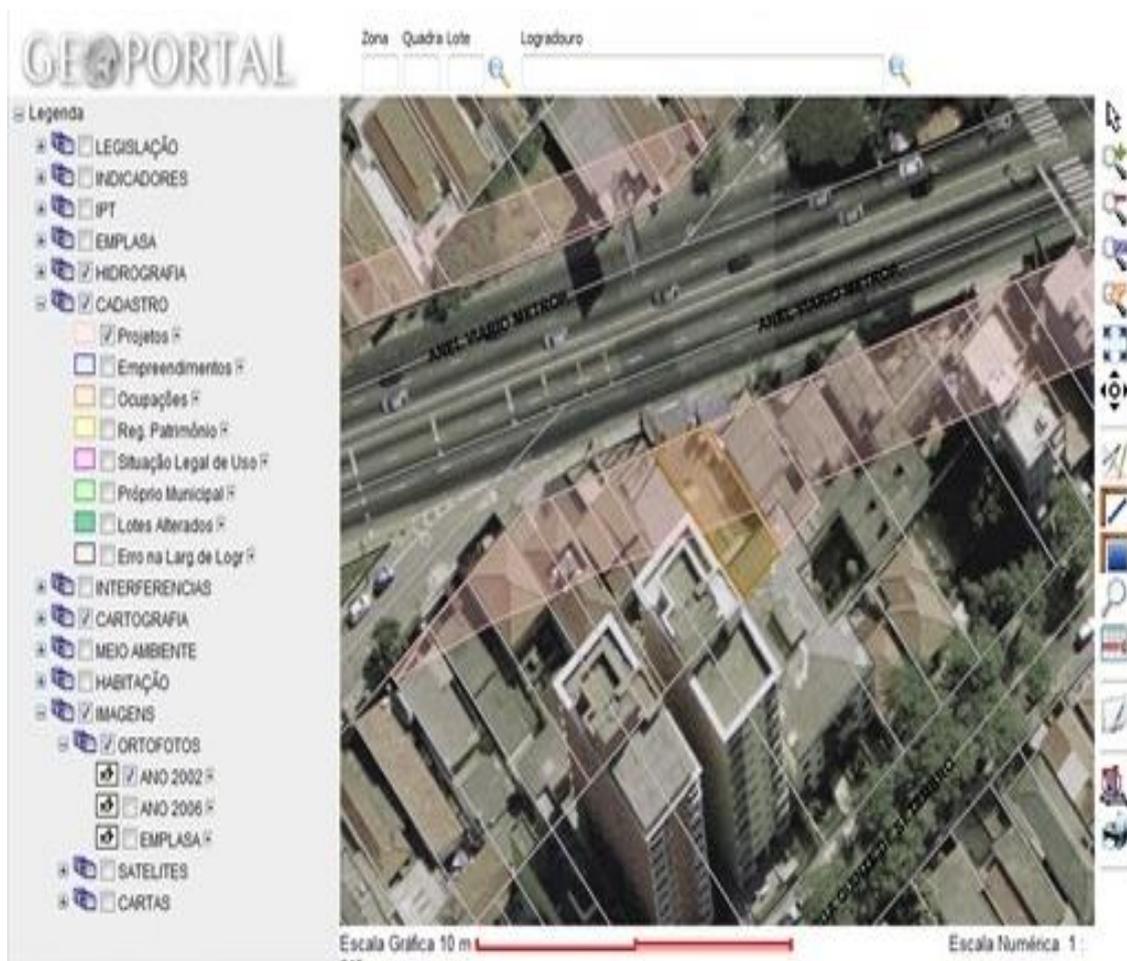
### 6.2.1 - Mapas da saúde

Desde 2011, quando foram promulgadas as diretrizes da organização do SUS, os mapas foram incorporados no plano de expansão dos sistemas locais de saúde como instrumentos para apontar geograficamente a situação sanitária da população, porque dentro desta lógica administrativa, recorre-se ao mapeamento e a gravura cartográfica para instrumentalizar o ordenamento dos equipamentos de saúde. As representações cartográficas chamadas de *mapas da saúde* são exigências postas pelo Ministério da Saúde para os gestores municipais e estaduais.

Aqui o mapeamento dos espaços se efetua a partir da utilização de tecnologias de precisão (GPS e SIG) por uma equipe técnica específica escalada para realizar a leitura do terreno. Já para a elaboração dos *mapas da saúde*, os recursos tecnológicos utilizados são *softwares* (*OpenStreetMap*, *MapOMatix*) que combinam coordenadas, escalas e diagramas, oferecendo uma ampla variação de leituras, cujas imagens de satélite oferecem um decalque do terreno. Em São Bernardo do Campo, uma equipe específica do Departamento de Tecnologia da Informação, da “Seção de Desenvolvimento de Aplicações para Geoprocessamento” disponibilizou os *mapas da saúde* para consulta pública, numa homepage chamada de *Geoportal*<sup>143</sup>.

---

<sup>143</sup> Disponível em <http://fic.saobernardo.sp.gov.br/geoportal/default.aspx?legenda=Externo>.



**Figura 11** – Interface do Geoportal.

O cálculo implicado neste tipo de mapeamento sanitário estima mensurar com certa precisão a disposição dos equipamentos de saúde na área observada. É este olhar de sobrevoos que oferece uma visão vasta do terreno a ser administrado, um olhar calculista que examina as possibilidades de uso da terra, do relevo, das instalações – qualquer coisa que seja administrável com eficácia e de modo rentável. Em suma, é um olhar que ajusta as lentes para focar nos aspectos voltados aos usos humanos, ao potencial a ser explorado.

Nota-se o uso de escalas maiores quando a visão interessada é uma perspectiva estratégica. Estas imagens oferecem um olhar panorâmico do sistema local de saúde, pois são decalques da diagramação da *rede* no *território*. Uma visão panorâmica mostra as coordenadas dos locais onde os equipamentos estão posicionados no *distrito*. Visões como essas, simplificadas nos detalhes e amplas em escala, buscam resolver o problema específico de como seria a cobertura dos serviços de saúde em todo o *território* do

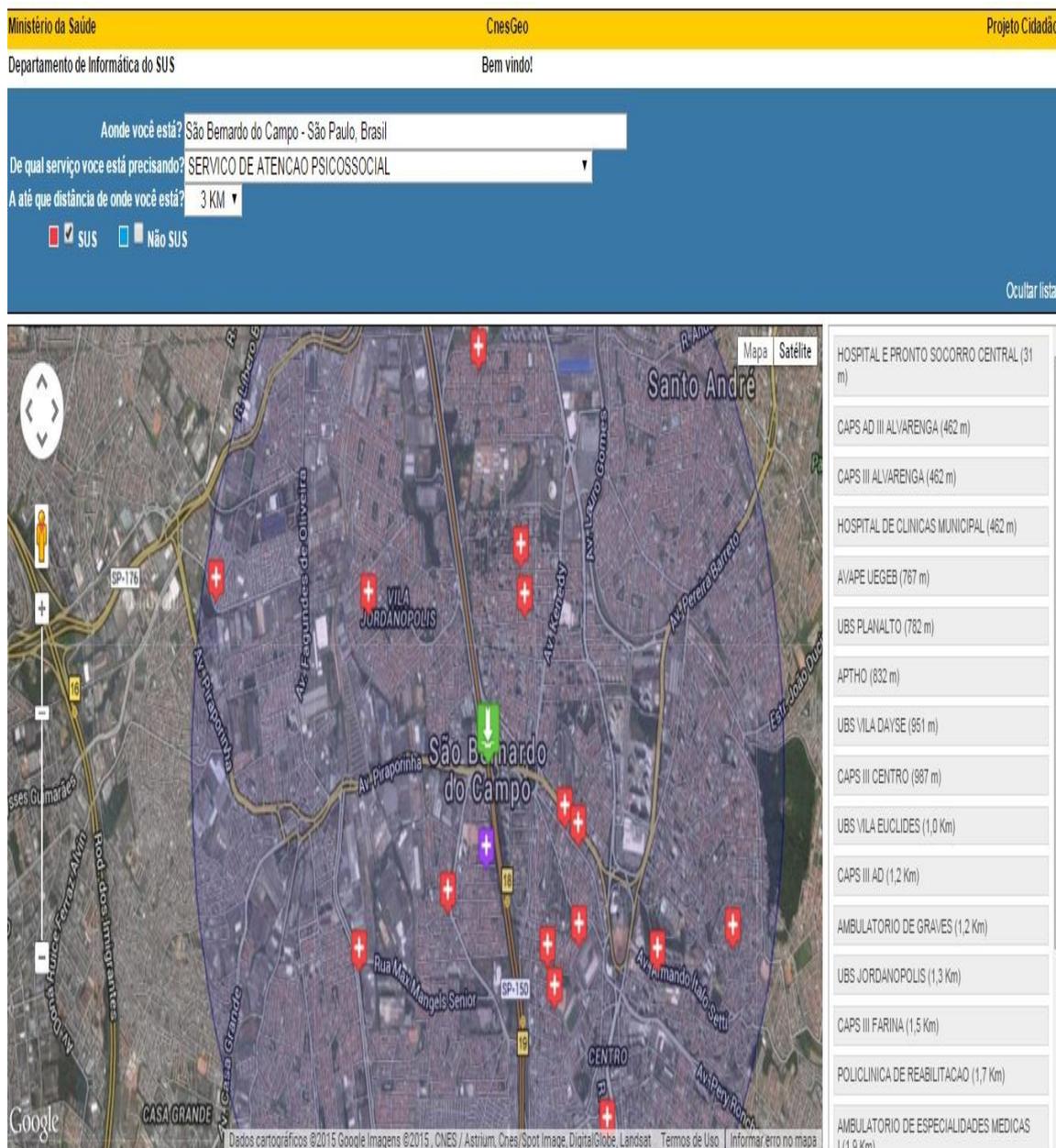
*distrito sanitário*. Nessa escala, observa-se se os equipamentos de assistência estão localizados em áreas de mais vulnerabilidade, para dar respaldo assistencial ao seu público. De outro modo, observa-se de longe se os locais de mais *demanda* estão cobertos pela *rede* de saúde. Assim, no âmbito das cartografias o imperativo da *universalização* mobiliza recursos tecnológicos como estes para oferecer uma visão mais apropriada à expansão do direito, à sua *universalização*, por assim dizer.

Inúmeros antropólogos têm se debruçado sobre a questão de como utilizar escalas mais amplas sem, contudo, lançar um olhar generalizante sobre o contexto observado. George Marcus (1995) buscou respostas no método das etnografias multissituadas em fenômenos globais, com o qual o etnógrafo seguiria os atores e os discursos por vários pontos. Ong e Collier (2005) propuseram uma análise dos fluxos globais não como fenômenos universalizáveis, mas como composições (*assemblages*) que codificam contextos heterogêneos de diversos cantos. Já Ferguson e Gupta (2002) procuraram compreender como as relações entre práticas de governo nos territórios nacionais podem ser particularmente desafiadoras para estabelecer uma expressão do Estado chamada por eles de espacialidade estatal. No Brasil, estudos na temática das cooperações internacionais, como as pesquisas feitas por Vianna (2010, 2015) e Cesarino (2014), suscitaram o debate sobre prática etnográfica no plano micro e macro dos projetos institucionais.

Na etnografia de Vianna (2010: 142), na relação entre instituições que participam dos projetos de cooperação, nota-se que as visões panorâmicas dos projetos de financiamento espalhados em diversos países ajudam a multiplicar relações de parcerias. Em escalas maiores, a visão é estratégica para mobilizar uma imagem dos pontos do emaranhado, são, sobretudo, composições feitas por pessoas que ocupam cargos de gerência. Esse tipo de visão apesar de não enxergar bem os seus parceiros, e de não oferecer um visão de como pessoas vivem a pobreza na dimensão micro ou como as ajudas financeiras interferem diretamente em suas vidas, apesar disso ela oferece uma perspectiva que permite visualizar a expansão dos “tentáculos” dos emaranhados, como preferiu chamar Vianna (2010: 356).

De modo muito similar, os mapas panorâmicos dos *distritos sanitários* não torna visível o que há de específico nos pontos da *rede*, mas oferecem uma visão estratégica de como melhor ajustar os aparatos de gestão nas localidades das *demandas*. A visão obtida num olhar panorâmico permite enxergar certas coisas que só podem ser

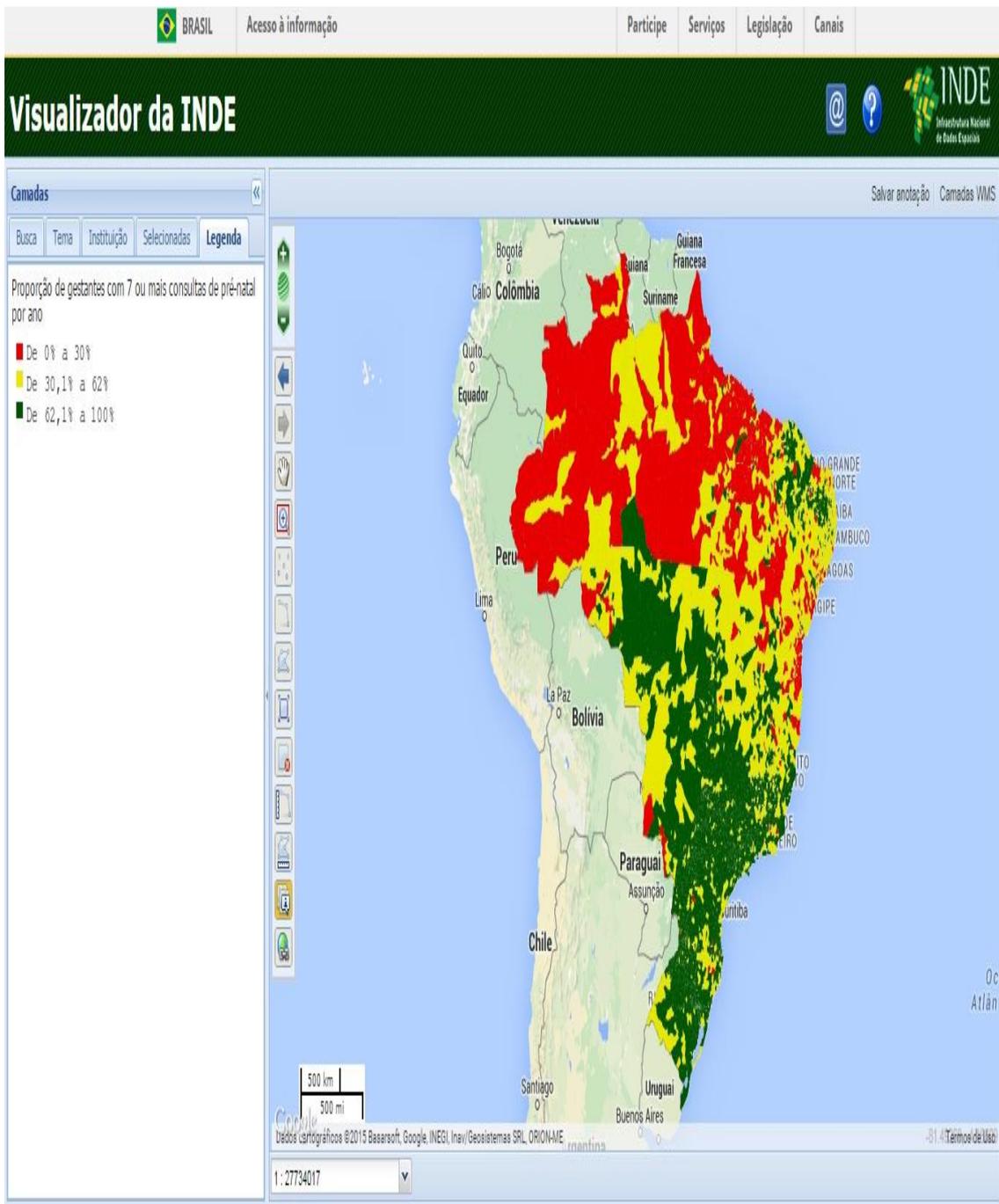
visualizadas numa escala mais ampla. Assim como o inverso também revela uma dinâmica vista apenas na escala micro. No mapa a seguir, por exemplo, é possível visualizar a disposição de equipamentos de atenção psicossocial:



**Figura 12** – mapa temático de São Bernardo do Campo dos serviços de atenção psicossocial. Fonte: DATASUS.

A vista de sobrevoo tornam visíveis alguns pontos da *rede* dispostos no *território*. Estas ferramentas de visão de longo alcance permitem enxergar na dimensão da cidade todos os equipamentos da *rede*, a situação de saúde da população, os índices epidemiológicos, a quantidade de casas, etc. Ademais, com esses mapas é possível fazer leituras não só das cidades, mas dos estados e do país. Assim, a imagem que se cria nessas situações é do conjunto todo. Nesta perspectiva, o campo de visão é maior, mas não se trata de afirmar que mais coisas podem ser vistas. Entendo que as ferramentas de leitura criam campos de visibilidade e de ocultamentos. Certas imagens só podem ser criadas quando vistas de longe e outras só quando são olhadas de perto, por isso se caracteriza um jogo do que tornar visível e o que ocultar.

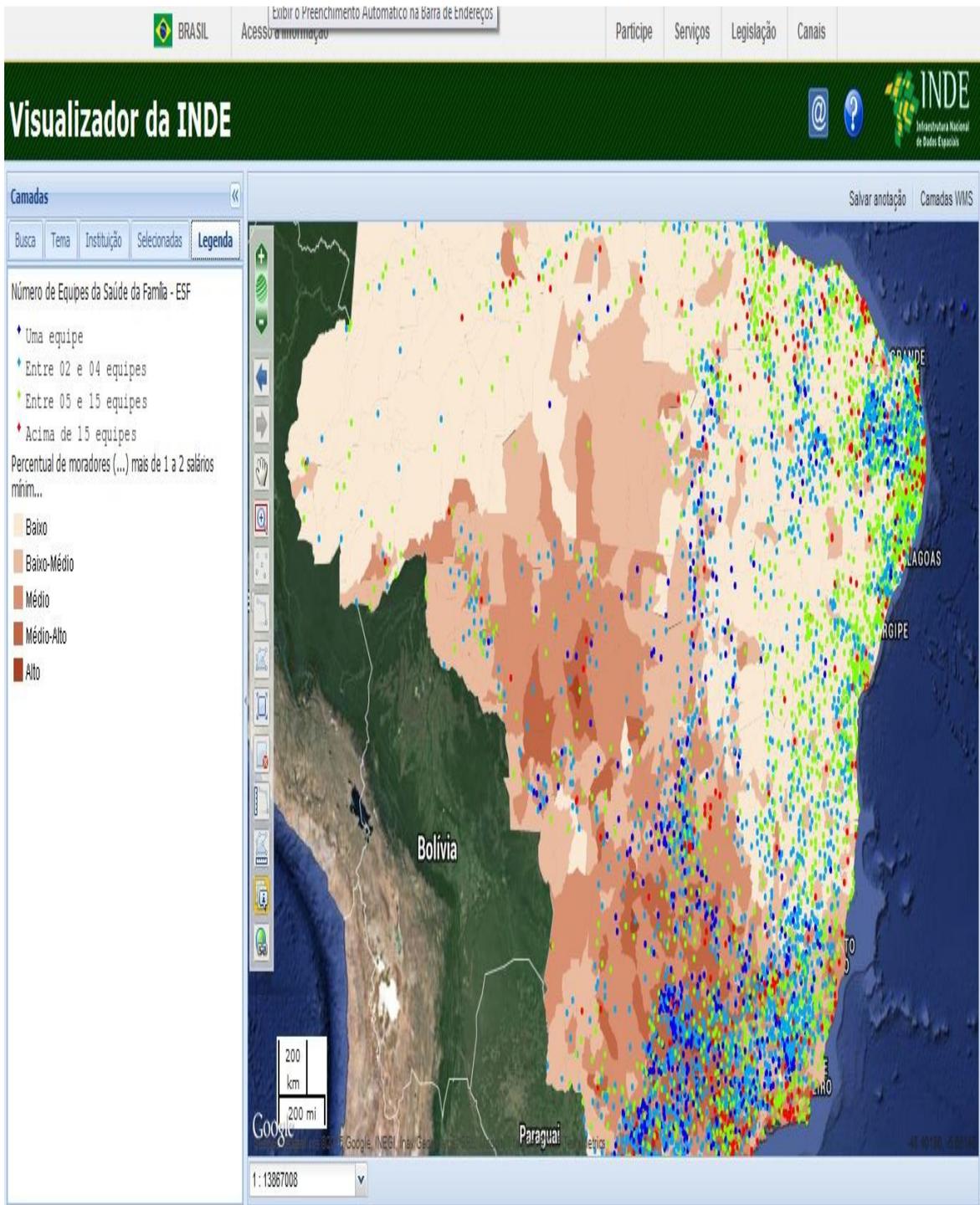
Os filtros dos mapas, na linguagem cartográfica, manifestam bem a ideia de que, quando se ajusta o foco do olhar numa ampla escala, um campo de visão é aberto e não que a quantidade de coisas é que foi ampliado. No mapa a seguir, utilizei três filtros para produzir as camadas da representação cartográfica de “gestantes com sete ou mais consultas pré-natal por ano”. Vejamos que campo de visão foi produzido:



**Figura 13** – Mapa temático da proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal por ano.  
Fonte: DATASUS.

Neste mapa é possível visualizar a concentração das gestantes que estão sendo mais *acompanhadas* pelos profissionais e as menos *acompanhadas*. Com este filtro, a imagem produzida mostra apenas a questão das mulheres que fazem os exames mínimos exibidos no plano de *ação* do combate à mortalidade materna e infantil (cf. supra Capítulo 5), outras questões são ocultadas. Não se pode dizer que o campo de visibilidade gerado é maior do que na escala micro. O que se nota é uma imagem que só pode ser criada se vista por esta perspectiva.

No próximo mapa, apliquei dois filtros que permitem cruzar as informações de uma camada e da outra. O primeiro filtro torna visível a distribuição das equipes do PSF pelo território nacional. Já o segundo mostra o percentual de moradores com renda entre um e dois salários mínimos. Com a sobreposição das duas camadas é possível inferir, por exemplo, se as áreas em que a concentração de famílias vulneráveis é mais alta coincidem também com a atuação de mais equipes do PSF. Com isso, este mapa traz visibilidade para a questão da cobertura dos serviços em locais com mais ou menos *demandas*, como veremos a seguir:



**Figura 14** – Mapa com duas camadas: a) o percentual de moradores com 1 ou mais salários mínimos; b) a distribuição de equipes da Saúde da Família. Fonte: DATASUS.

Tanto uma visão quanto a outra (escalas micro e macros), ajudam na gestão sanitária dos *territórios* a colocar sob a direção imediata da administração todas as funções do meio (os seus recursos naturais e urbanos). Submetem-se os *territórios* a muitas leituras e mensurações com o objetivo de otimizar os recursos da *rede* e do espaço, potencializar os impactos das *ações*, não concentrar equipamentos num canto e deixar o *território* descoberto em outro, em suma, o objetivo é *intervir* sobre os meios de vida e produzir o que se chama de *cuidado*. Mais do que isso, com essas ferramentas a *universalização* da saúde também é inventada no plano prático.

Num projeto de expansão das *redes* de saúde, que tipo de leitura importa fazer dos *territórios*? Os *mapas da saúde* são legíveis porque o instrumental tecnológico de reconhecimento espacial se presta a cumprir a tarefa de produzir analogias simplificadas da realidade, gerando imagens sempre parciais do que se passa nos *territórios*. Interessa enxergar a distribuição dos serviços de saúde, os dados estatísticos da população, a quantidade de leitos e equipamentos, a cobertura de recursos humanos, a circulação de pessoas na *rede*, os focos de doenças epidêmicas. Dados como estes servem de coordenadas para a formulação de um decalque da situação de saúde de uma população e os mapas dão substrato empírico para o projeto de expansão das *redes*.

Inscrições cartográficas servem tanto para auxiliar no planejamento da *territorialização*, oferecendo um material abundante em detalhes, quanto nas auditorias deste projeto. A cartografia dos municípios confeccionada com o uso dos *softwares* também irá compor a base de dados do DATASUS (Departamento de Informática). Lá, estes mapas se destinam ao acompanhamento das metas do projeto de *territorialização* dos sistemas locais. As prestações de conta dos *distritos de saúde* podem ser feitas pelas imagens produzidas nas cartografias, embora haja outras formas<sup>144</sup>. As imagens criadas nos *mapas da saúde* são utilizadas pelos gestores municipais para tornar público o que se tem feito no projeto de *territorialização* das *redes* (lei complementar 141/2012, art.31). Tornam-se legíveis as obras com as quais o município comprometeu-se em realizar no *COAP* e as metas para o cumprimento da *territorialização*.

Assim como os números (cf. supra Capítulo 5), as imagens tornam-se parte significativa do mundo organizacional, quando o estatuto da sua representação é

---

<sup>144</sup> As auditorias dos sistemas de saúde locais são verificadas por meio de relatórios. As ações realizadas nos territórios são acompanhadas pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA) graças aos relatórios enviados de sistemas de informações locais. Assim, os gestores municipais relatam o modo como é feita a gestão dos recursos materiais em bases de dados segmentarizadas através de sistemas de informação.

manifestado como “evidência”. As imagens, num contexto rigoroso de verificação e comprovação, são o que Latour entende por *inscrições* (2000: 107), as “provas visuais” usadas como “camadas finais num texto científico” (: 112); elas assumem uma importância significativa no processo de transformação do material empírico em conhecimento verossímil e aceitável. Interessado em verificar os modos de produção do conhecimento científico, Latour demonstra que as exposições visuais compõem elementos cruciais na conformação de um texto científico<sup>145</sup>. Elas só são obtidas graças aos *dispositivos de inscrições*, chamado também pelo autor de *instrumentos (op.cit.)*, definido pela simples característica de ser uma estrutura qualquer que permita uma exposição visual, como os telescópios, os microscópios, e para o nosso caso, os *softwares* cartográficos. As evidências visuais são fundantes do pensamento científico moderno, e o seu estatuto tiveram força de verdade.

É neste sentido que as imagens topográficas ocupam um lugar de destaque nas auditorias, porque suas imagens revelam evidências. Quando as imagens são apresentadas e tratadas como evidência, ou como fatos, não é o conteúdo mostrado que ganha o destaque primordial, mas a capacidade em mostrar algo, para Neyland e Coopmans (2013: 2), é o seu “status como um registro persuasivo e definitivo” que pode ser contestado ou sancionado.

Quando os espaços são submetidos às leituras panorâmicas, quando são vistos por instrumentais tecnológicos tão sofisticados, certas coisas podem ser vistas, outras não podem ser enxergadas porque apenas uma lente de aumento as tornaria visíveis. Em seguida, veremos outros empreendimentos cartográficos que colocam à mostra os aspectos mais detalhistas do que ocorre no *território*.

### 6.2.2 – *Um olhar de perto: a caminhada pelos territórios*

No campo da Saúde Pública, além dos mapas geoprocessados, as cartografias feitas à mão são modalidades de apreensão da configuração territorial e de identificação

---

<sup>145</sup> Latour não diferencia fato científico de objeto técnico ou artefato. A questão da construção de um “fato”, ou do conhecimento científico, assemelha-se ao procedimento do “objeto”. Toda a questão reside em “formar alianças para resistir às controvérsias” (2000: 217), isto é, como convencer pessoas, disseminar os objetos no tempo e no espaço, reunir recursos.

dos processos ambientais. Recorre-se a outras formas de registros espaciais, ocultos nas cartografias convencionais, na tentativa de explorar as especificidades do *território*, como forma de enfatizar, a partir do ponto de vista dos moradores do bairro e trabalhadores da *rede* suas experiências sensíveis no espaço. Aqui o processo de mapeamento e a elaboração de registros cartográficos são realizados esporadicamente por trabalhadores da saúde, membros de equipes com ênfase na *intervenção* comunitária.

Num projeto de mapeamento participativo com propósitos sanitários utiliza-se a cartografia com o objetivo de conhecer as dinâmicas territoriais, ou o modo como moradores locais fazem uso dos serviços de saúde ou, ainda, para verificar os efeitos das práticas de saúde exercidas pelos agentes públicos na comunidade. Difere-se em boa medida das disputas cartográficas em contextos de lutas sociais (cf. Acselrad 2008) porque aqui o mapeamento é participativo na medida em que qualquer trabalhador pode se apropriar das técnicas cartográficas, embora os *usuários* dos equipamentos de saúde não estejam incluídos neste processo.

Para difundir os conceitos introdutórios da cartografia participativa em São Bernardo do Campo foram realizadas oficinas e capacitações, das quais participei durante o período em que estive em campo. Um curso de formação foi elaborado pelos *apoiadores* da *rede* com o objetivo de difundir algumas técnicas para todos os trabalhadores da *rede*, entre elas o uso das cartografias e a elaboração de roteiros de avaliação do *território*. No primeiro dia recebemos um treinamento de como caminhar pelos bairros. A caminhada seria feita em grupos com até quatro pessoas. Além das instruções iniciais dadas pela *apoiadora*, cada grupo recebeu um “roteiro de observação”, com os principais elementos a serem observados.

Ressaltou-se no treinamento o fato de que era fundamental ajustar o olhar durante a caminhada. O ajuste à atenção, do qual tanto se falou nesta capacitação, aproxima-se de um modo de produção de conhecimento que Ingold, inspirado em Gibson, chamou de educação da atenção, uma “sintonia fina ou sensibilização de todo o sistema perceptivo” (Gibson 1979 *apud* Ingold 2000: 21). A este propósito, o Ingold entende que o conhecimento não existe na forma de conteúdo mental, ele consiste antes em habilidades sensíveis. A cognição e o conhecer, para ele, não são processos de reconhecimento das estruturas externas ou internas à mente, mas é “imaneente à vida e consciência do conhecedor, pois desabrocha dentro do campo da prática” (2000: 21).

Numa cartografia interessada nos processos de saúde e doença no *território*, a educação da atenção se presta a desenvolver que tipo de habilidades? E o ajuste do olhar aponta para qual direção? A coordenadora do curso nos disse para ficarmos atentas às *potencialidades* do território. Nesse caso, as *potencialidades* seriam os elementos todos que influenciam na situação de saúde dos moradores. Sem deixar de lado a discussão já levantada em momentos anteriores (cf. supra Capítulo 6.2), que o espaço é concebido na Saúde Pública como um bem econômico e administrável e que a noção de *risco* ordena a percepção espacial, os elementos ecológicos dos territórios, nesta perspectiva, têm potência em produzir saúde ou doença nas pessoas.

Dois conjuntos de elementos ambientais enumeravam algumas das *potencialidades* físicas e sociais do *território*, como se nota no documento da capacitação:

**1) Ambiente físico** - rua, casa, saneamento, energia elétrica, áreas verdes, transporte, acessos, ocupação do território, áreas comerciais, residenciais e industriais.

**2) Ambiente social e comunitário** - áreas de encontros e de lazer, escolas, quadras, igrejas, associações, órgãos públicos, feiras, estabelecimentos de saúde.

Elementos ambientais como estes aparecem numa cartografia da saúde como marcadores ecológicos para o diagnóstico socio-sanitário do *território*. Neste empreendimento, a dimensão mais fundamental do espaço é local, aproximando os significados da realidade social através da dinâmica do cotidiano. A apreensão desta dimensão num projeto sanitário busca estabelecer conexões entre o impacto das *ações* em saúde nas condições de vida das pessoas.

A leitura destes processos de vida não pode ser feita por instrumentos de leitura cujas projeções são panorâmicas, mas, antes, por outras formas de conhecer o mundo, como as caminhadas. É o caminhar, esse modo de engajamento corporal, que permite perceber o ambiente por outra perspectiva. Ingold (2011) entende que o caminhar, o contato com o solo, é uma forma de conhecer o meio, porque “não percebemos o mundo com os olhos, orelhas ou pele, mas como o corpo todo” (: 45). As caminhadas abrem um novo campo de percepção, um modo diferente de perceber o mundo, embora desde Platão e Aristóteles a tradição ocidental tenha valorizado mais o sentido da visão e da

audição, em detrimento ao tato. Aqui, nas caminhadas, os agentes de saúde entram em contato com o *território* e apreendem um ponto de vista que os *softwares* de sensoriamento mais remotos são incapazes de reproduzir.

Partimos, duas redutoras de danos e eu, para o mapeamento do Parque São Bernardo, um dos principais campos de atuação do Consultório na Rua e o *território* que escolhemos visitar no curso de capacitação. Recebemos um "diário de bordo" para anotarmos nossas percepções ambientais e as entrevistas que faríamos com um profissional da UBS do *território* e com um morador do bairro. Também deveríamos fazer uma visita na casa de um dos *usuários* atendidos na UBS e, por fim, confeccionar um mapa do trajeto percorrido. Caminhamos do bairro Nova Petrópolis, onde fazíamos o treinamento, até o bairro de destino, cujo trajeto percorremos em cerca de 25 minutos. No caminho falávamos de muitos assuntos, mal prestávamos atenção à paisagem. Quando finalmente chegamos ao bairro, cada uma de nós nos preparávamos para dar início à tarefa do mapeamento: uma pegou o "roteiro de observação", outra o caderno para anotações, eu abri uma página em branco para as anotações cartográficas.

Seria improvável montar um mapa detalhado do bairro todo, porque a ideia era observar os detalhes. Por isso, uma das redutoras, conhecedora das imediações, propôs o mapeamento da principal via local, cujo ponto de partida seria a UBS Farina. Terminaríamos o mapeamento na UBS Parque São Bernardo. Começamos a lenta caminhada pela Rua dos Viannas. Optamos por fazer um retrato minucioso do trajeto, anotar todos os elementos ambientais requisitados no roteiro.

Quais seriam exatamente as *potencialidades* daquele *território*? Fizemos o exercício de tentar entender os usos possíveis dos lugares. Os salões de igrejas poderiam ser espaços terapêuticos, de redes de solidariedade, de lazer. Os bares, segundo a perspectiva das redutoras, poderiam ter as mesmas *potencialidades* das igrejas que acabáramos de mapear. Os cortiços de uma rua sem saída, de acordo com a visão delas, eram espaços propícios para a prostituição, venda e uso de drogas, focos de doenças sexualmente transmissíveis, espaço de lazer para as crianças, lugar também de convivência para os que costumam sentar-se nas calçadas para conversar. Uma associação de mães também tinha muitas *potencialidades*: espaço de trabalho e geração de renda, redes de ajuda, espaço terapêutico e de lazer, local de organização política, entre outros. Uma das redutoras chamou a atenção para a *potencialidade* de um terreno

baldio, já que ali era espaço propício para uso de drogas e de possível acúmulo de lixo, por isso foco potencial de ratos e insetos transmissores de doenças.

A caminhada aqui é a via da aprendizagem, pois o ritmo dos passos foca o olhar do profissional da saúde, os conecta com os detalhes. Mais do que isso, o caminhar produz caminhos (dos rios, das rotas comerciais, do tráfico de drogas); cria uma nova escala (a dos detalhes) e novos *territórios* (dos *riscos*, de vetores de doenças, das cenas de uso de drogas). Caminhando eles inventam uma geografia (das convivências, dos comércios, das relações de vizinhança), mapeiam redes (de cooperação, de *cuidados*, de família).

Na caminhada resolve-se o impasse de conhecer e tornar visível um *território* cheio de *potencialidades*, cujos detalhes eram impossíveis de serem vistos com o foco de visão mais afastado. O caminhar gera um campo de conhecimento para os profissionais, um campo de práticas e de *intervenção* sobre o local, produz *vínculos* com os moradores do bairro, com as famílias que os acolhem, com as moradias que visitam, formam *articulações* com os funcionários de estabelecimentos onde pedem ajuda. Caminhar produz cartografias afetivas, por isso a centralidade da prática da caminhada na Saúde Coletiva, tanto no âmbito dos planejamentos, como é o caso da confecção dos mapas, quanto no âmbito das práticas de trabalho entre equipes que fazem *intervenção* comunitária.

A produção de conhecimentos no caminhar aparece na experiência de deslocamentos de habitantes de um quilombo paulista, numa etnografia das práticas de mapeamento escrita pela antropóloga Alessandra Santos (2014). Os movimentos dos quilombolas em suas andanças criam suas próprias histórias, os cantos entoados nas procissões convidam as almas dos mortos a caminharem juntos; no andar eles produzem itinerários existenciais, conectam-se com a terra e com a água, de onde nasce a sua gente. É na composição de ritmos que o mundo deles vai sendo tecido.

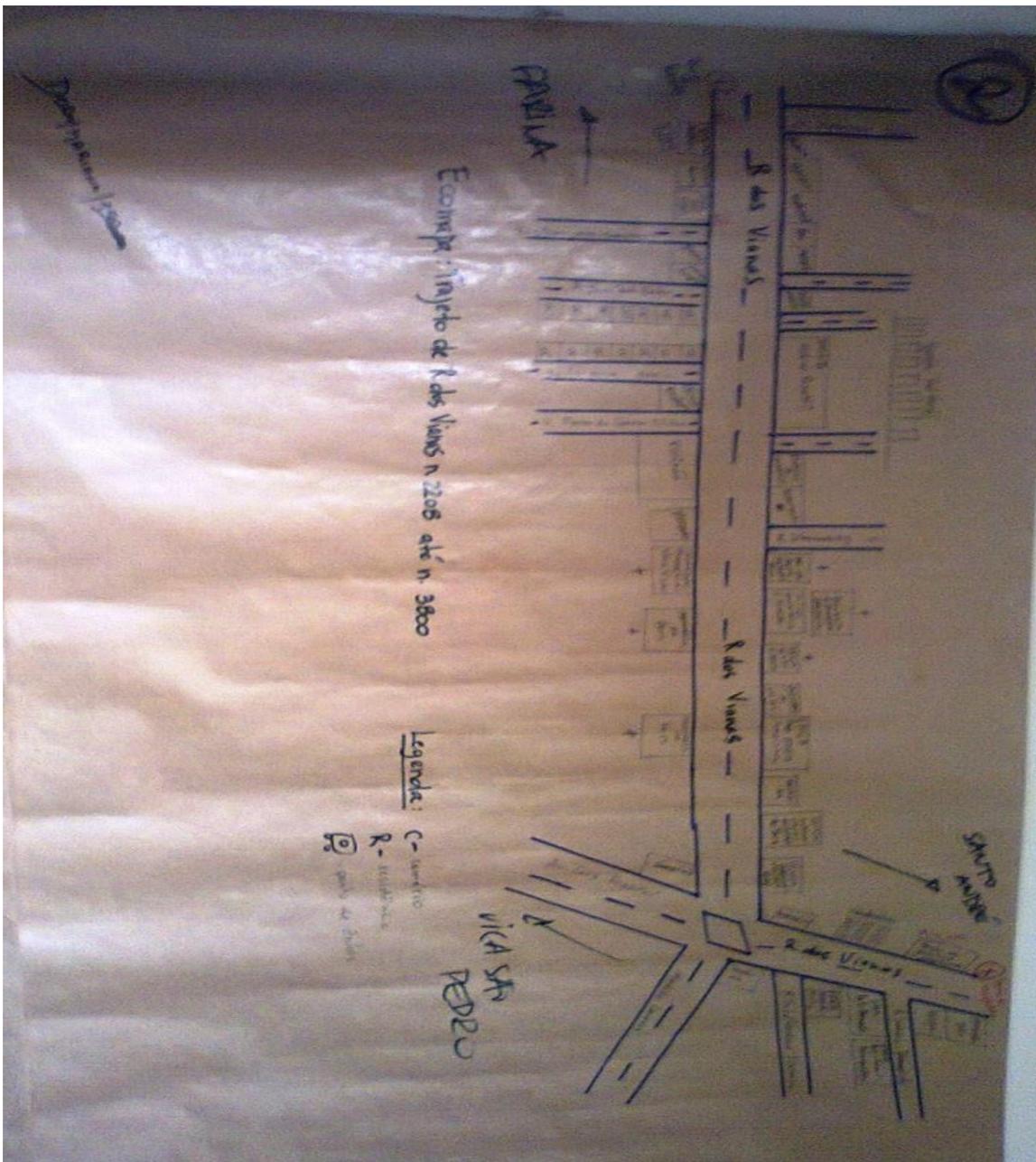
Este tipo abordagem ecológica da percepção leva em conta que o conhecimento é suscitado de experiências perceptivas provocadas no engajamento corporal do sujeito com o mundo, como entendem os habitantes do quilombo, como compreendem os trabalhadores da saúde de São Bernardo do Campo. Numa discussão muito pertinente sobre teoria do conhecimento ocidental moderno, Ingold (2011) propõe, dentro do paradigma ecológico, uma teoria do conhecimento produzido de um campo de práticas

afetivas, de experiências cognitivas e perceptivas: “é conhecimento nascido da percepção sensorial e do engajamento prático, não do mundo material” (2011: 30).

Um deslocamento analítico como este permite entender a centralidade que a caminhada assume para os trabalhadores da Saúde Pública e Coletiva na fabricação de *redes* do *cuidado*. Caminhar é prática de conhecimento territorial (não de reconhecimento). Seguindo os caminhos da cidade, nas andanças pelos bairros, os trabalhadores produzem os próprios *territórios*. Eles criam diante das circunstâncias do momento as delimitações dos *distritos sanitários*. No calor dos acontecimentos, no limite de suas capacidades e nos interesses das ocasiões os trabalhadores estabelecem o lugar preciso que delimita a fronteira de seus campos de *atuação*. *Territórios* não existem *a priori*, são os procedimentos cartográficos e os engajamentos corporais destes trabalhadores que os criam, que os colocam em ordenamento, que produzem limites e os organizam de acordo com prioridades e os interesses.

No caminhar, os fios da *rede* são costurados com a comunidade. Os equipamentos de saúde *enredam-se* nos *territórios* por meio de conexões afetivas que os trabalhadores ativam nas visitas domiciliares e quando dentro das casas, um campo de intimidade torna-se visível para eles. Os trabalhadores visualizam na escala íntima das casas os detalhes da pobreza e a materialização dos sofrimentos, detalhes esses ocultados em todos os demais procedimentos de leituras espaciais. No andar, os trabalhadores abrem caminhos, iluminam os pontos obscuros, por isso a caminhada é técnica potente de visibilidade.

As cartografias produzidas das caminhadas são inscritas em folhas em branco, sem linhas, nem escalas, coordenadas ou ângulos. Os desenhos feitos à mão registram as percepções do mapeador e aquilo que ele escolhe tornar visível ou ocultar dos mapas. Os resultados são dos mais diversos.



**Figura 15** – mapa confeccionado pela equipe da qual participei no curso de capacitação. A perspectiva adotada elucida uma visão mais detalhista do território.



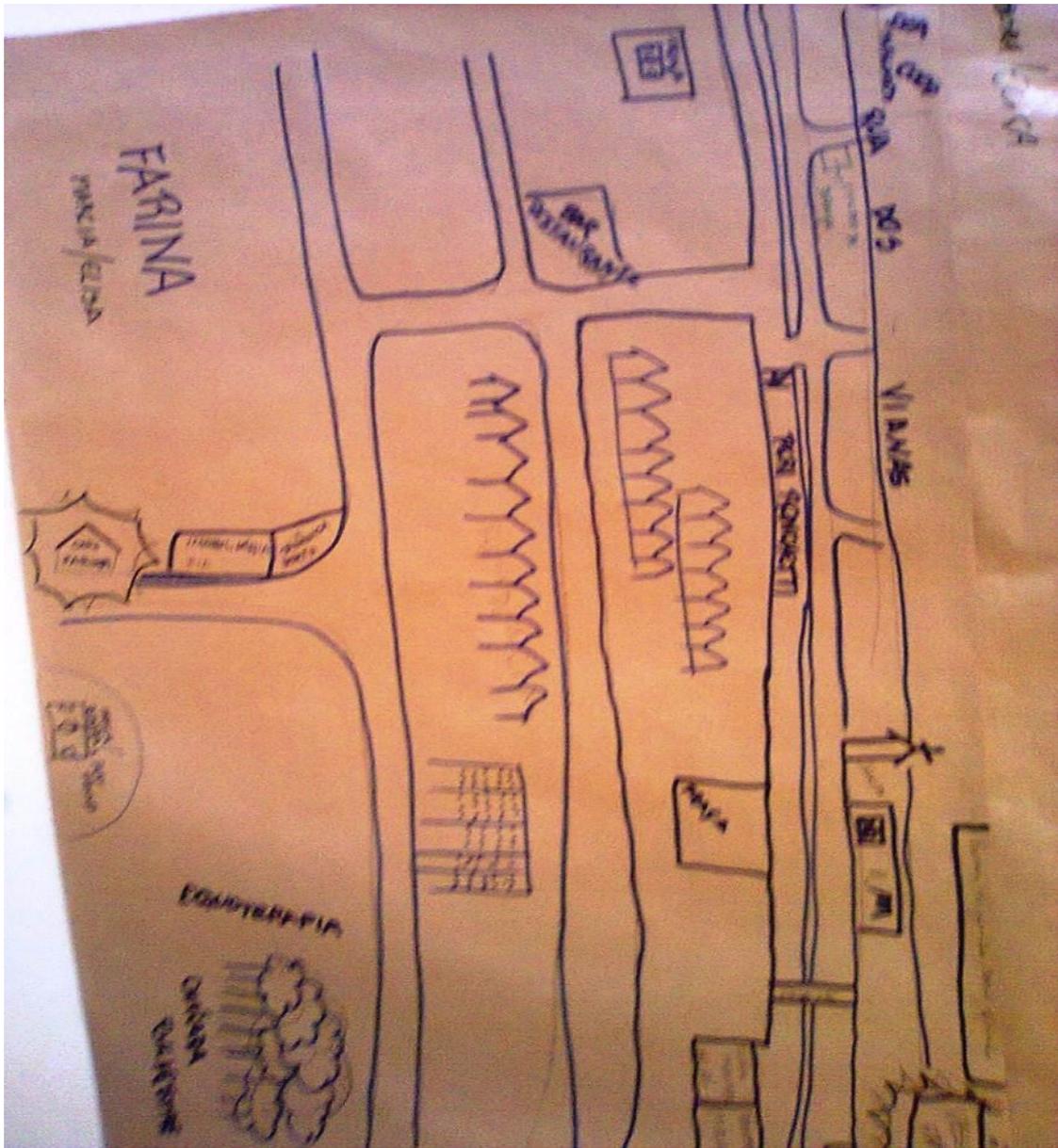


Figura 17 – Visão panorâmica representada no mapa feito durante o curso de capacitação.

As inscrições cartográficas dos mapas feitos à mão criam um *território* que em nada se assemelha com os das cartografias feitas por ferramentas de precisão e mensuração. A visão de longe, em escala maior, produz uma imagem estratégica para o planejamento. Por essa razão, o *território* criado com estes procedimentos é um bem administrável, uma superfície de mensuração e de leitura. As imagens produzidas de uma visão panorâmica totalizam a *rede*, inventam delimitações, cortam os *territórios* em *camadas*. Já o *território* das caminhadas, ele é resultado das conexões afetivas do mapeador com o meio, das experiências perceptivas produzida nas interações ambientais, dos estímulos mais marcantes que o afetaram, dos choques de realidades e de moralidades, dos interesses despertados.

Uma cartografia de amplo alcance contribui com uma visão ampla e totalizante, ela cria um campo de visibilidade de grande abrangência, cuja imagem é necessária para melhor planejar a distribuição dos equipamentos. A outra cartografia ilumina os aspectos da vida cotidiana, do encontro dos corpos. Tanto uma quanto a outra são fundamentais na gestão territorial, porque com escalas diferentes e com focos distintos elas trazem muitas visões, sempre parciais. A seguir veremos o modo como são documentados os elementos apreendidos no mapeamento, formando uma espécie de inventário dos *territórios*.

### **6.3 – Um inventário sanitário: o *caderno do território***

Uma antropologia vitoriana, ao final do século XIX, participou em favor de um movimento de especialização de uma vasta corrente das ciências naturais, que sob os desígnios de registrar uma “história natural da civilização” recorreu a um *corpus* de proposições com métodos de descrição e recenseamento minuciosos (Stocking 1987). À época de um período originário de um dos ramos da disciplina, os métodos comparativos consagraram uma espécie de humanismo enciclopédico, sob a ideia de que os fenômenos sociais poderiam ser sucumbidos a um empiricismo excessivo, cujos métodos de catalogação, levantamento e enumeração conformavam os recursos à

descrição. Um século mais tarde, a tarefa de descrever o mundo ficou mais complicada na Antropologia, porque a consciência da autoria e a “preocupação permanente com a linguagem da descrição”, como colocou Strathern (2014), tem transformado as práticas discursivas mais autoevidentes e problemáticas.

Entendo que inventariar é técnica descritiva, pois ela torna evidentes os aspectos utilitários de uma descrição que se coloca a favor de uma administração pública dos espaços. Tudo que é mapeado pelos aparelhos de precisão, todo o conhecimento apreendido nas caminhadas, aquilo que é observado a olho nu ou percebido pela experiência sensível com o ambiente; esses conteúdos todos são transcritos sistematicamente nos *cadernos do território*, sendo que cada *distrito sanitário* produz o seu documento.

Em cada núcleo territorial, uma equipe é convocada a recensear a sua área de abrangência, para em seguida elaborar o documento, que será distribuído nas unidades de saúde para a consulta pública dos profissionais que atuam naquela região. Tanto a coleta do material quanto a escrita envolvem muitos atores: trabalhadores das UBS e UPA, profissionais da Secretaria municipal de Saúde, profissionais do Departamento de Apoio à Gestão do SUS (equipes de planejamento em saúde e educação permanente) e *apoiadores*. Esses últimos, os que se dedicam à tarefa de fazer pequenas manutenções nos pontos da *rede* (vide Capítulo 5.4), estão à frente da organização dos *cadernos*, coordenando atividades, organizando equipes de trabalho, elaborando os instrumentos de coleta e sistematização das informações.

Os registros dos inventários tornam visíveis pelo método da catalogação algumas informações sobre os *territórios*. Entretanto, as descrições em constante atualização não configuram um documento finalizado, como os *protocolos*, porque quanto mais *intervenções* no *território*, mais dados são produzidos dele, mais completo é o seu catálogo. Por essa razão, o *caderno do território* é definido como “um instrumento sempre em mutação, e deverão ser (re)elaborados de maneira processual com todos os atores envolvidos na produção” (Caderno do território 1, s/d: 3).

O *caderno do território* é documento inacabado, mutável e dinâmico à medida que serve para agregar muitas inscrições, ainda que todos os registros não esgotem

nunca a sua escrita<sup>146</sup>. Os cadernos acumulam inscrições, assimilando e englobando as coisas que são vistas pelos trabalhadores nas caminhadas ou as imagens produzidas pelos *softwares* de leituras espaciais. Este documento resulta da soma de retóricas e simbolizações, da combinação de algumas perspectivas e contribuições. Diferente do modo como textos são produzidos e circulados em outros campos, os documentos que aqui descrevo além de serem textos inconclusos, não são personificados pela marca da autoria já que os *cadernos* são escritos a muitas mãos.

A autoridade discursiva nos *cadernos do território* não conforma propriamente uma autoria narrativa. Embora a presença do autor nas escrituras tenha marcado o exercício da autoridade, Severi (2007) mostra outras maneiras de pensar um princípio de autoridade, mesmo quando o autor não aparece no enunciado. Em tradições xamânicas ameríndias, a força da autoridade não se encontra na palavra do xamã, uma vez que a palavra não é dele, são os seres sobrenaturais que falam através de seu canto (: 96). Já na Roma Antiga, a presença de estátuas exercia a função da autoridade, elas legitimavam as promessas dos contratos jurídicos (: 97). E no império Bizantino, a assinatura (*legimus*) em atos oficiais da corte assinalava a intervenção direta do imperador na vida das pessoas (*op.cit.*). Ainda que a figura do autor seja dissolvida dos textos, a função da autoridade permanece perfeitamente operante de diferentes formas, por isso Severi (2007) argumenta em favor de uma autoridade sem autor.

Seguindo o argumento de Severi (2007: 98), verifica-se que a canonização de um *corpus* de textos exprime-se por critérios pragmáticos, pelo estatuto específico do enunciador, não propriamente pela sua presença no enunciado. Não se pode dizer que para o caso dos *cadernos do território*, os *apoiadores* sejam os autores destes textos, ainda que caiba a eles o encargo de sistematizar os fragmentos da escrita, a narrativa não é uniformizada ou centrada no ponto de vista de um único narrador. O texto faz aparecer as mãos que o escreveram, não as pessoas que as escreveram.

Para destacar as diferenciações, utilizam-se marcações textuais que imprimem em cores as marcas das escritas. Os destaques literais não sinalizam apenas o processo participativo do qual resulta na escrita dos *cadernos*, as marcações indicam os vazios textuais, as informações que poderiam ser legíveis mas ainda não foram trazidas ao papel. Semelhante às partituras musicais, as marcações, que lá indicam repetições ou

---

<sup>146</sup> As atualizações deste documento são contínuas, porém esporádicas. De tempos em tempos mais inscrições são incorporadas no *caderno*.

transposições dos compassos, aqui elas também convocam ações. Os movimentos impelidos pelas marcas textuais, neste contexto específico, faz apelo à participação dos demais colaboradores, como se nota na legenda do documento:

- **PRETO** – informações a serem preenchidas pelas Unidades de Saúde.
- **VERMELHO** – descrição da informação.
- **AZUL** – informações a serem preenchidas pelos departamentos e enviadas às Unidades de Saúde.
- **VERDE** – informações adicionais coletadas no processo de territorialização, mas que não foram para todas as UBS.
- **Roxo** – anotação do grupo operacional indicando o encaminhamento.

**Figura 18** - excerto do *Caderno do território 1*

Além de recrutar colaboração de muitos, é característica peculiar deste documento uma escrita ininterrupta, cujas marcações cromáticas, servem de recursos para não frear uma produção textual que tem a potência de ser inesgotável. Este artefato técnico, com recursos textuais dinâmicos, no lugar de produzir individualização, tornam visíveis as vozes que compõem a narrativa, e no lugar de estabilização, abrem lacunas.

Um território administrativo do SUS é produzido por sucessivos esforços de incursões territoriais, de inscrições cartográficas e, finalmente, de produção documental. Seus detalhes são colocados à mostra nos documentos de forma sumária, diferente dos modos de enunciação dos mapas. Nas cartografias, o mundo é representado em coordenadas, escalas, pontos, circunferências e legendas; nos relatórios, esses mesmos

elementos são traduzidos em tabelas, palavras-chaves, pequenos textos descritivos. Uma linguagem muito próxima à catalogação é utilizada nos relatórios com a finalidade de produzir uma descrição ampla em seu conteúdo porém minimalista na escrita. Por essa razão, esses inventários sanitaristas são escritos com linguagens controladas e restritas, a medida necessária para que os elementos textuais figurem uma versão compilada da realidade.

Os esforços em conhecer-produzir *território* não são poucos, como vimos. Existem muitos instrumentos de leituras para gerar diferentes tipos de imagens, umas mais panorâmicas, outras mais detalhistas, outras ainda em súmulas. Versões abreviadas das dinâmicas espaciais, como mapas e inventários, têm a funcionalidade prática de serem peças técnicas simples em sua linguagem e abrangentes em conteúdos, por isso são artefatos que circulam facilmente por diversos públicos. Com eles disseminam uma imagem simplificada de algumas dinâmicas que se passam nas comunidades - como vivem os moradores do bairro, que espaços utilizam para determinadas práticas, que usos fazem dos estabelecimentos, onde descartam seus lixos. Assim, um inventário sanitarista cria por meio de uma ficção apenas aquilo que interessa ser conhecido nos *territórios*, como veremos a seguir:

**Tabela 1 – Problemas de saúde relatados no território de abrangência da UBS Magnólia Francisca Oliveira**

<b>Informantes-chave</b>	* Hipertensão	* Diabetes
<b>Trabalhadores UBS</b>	* Hipertensão * Úlceras varicosas	* Diabetes
<b>Gestor UBS</b>	* Hipertensão * Vasculares * Gastro * Diabetes * Úlceras * Cardio * Otorrino	
<b>Gestor PS</b>	* Hipertensão * Acidentes de trabalho	* Diabetes * Gripes
<b>Do que mais pessoas morrem Informante-chave</b>	* Infarto por diversas doenças	

**Tabela 2 – População de risco identificada no território**

<b>Hipertensos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2212 cadastrados</li> <li>• 1595 acompanhados pelos ACS's</li> </ul>
<b>Diabéticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 770 cadastrados</li> <li>• 601 acompanhados pelos ACS's</li> </ul>
<b>Gestantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 39 cadastradas</li> <li>• 33 acompanhadas pelos ACS's</li> </ul>
<b>Óbito de crianças menores de 1 ano</b>	• 32
<b>Óbito de crianças de 1 a 2 anos</b>	• 40

Procurei mostrar momentos antes (cf. supra Capítulo 6.3.2) que as *potencialidades* são apreendidas pelo mapeador durante a caminhada, num processo de engajamento corporal com o ambiente. A percepção das *potencialidades* depende da relação do caminhante com o meio, por isso os sentidos deste termo são abertos e flexíveis. Nas tabelas, elas aparecem objetificadas em palavras-chave. A decifração das qualidades sensíveis do *território* é feita por uma linguagem minimalista.

Em outro momento (cf. supra Capítulo 3), busquei colocar à prova pela escrita etnográfica o modo como os redutores de danos estão abertos a todo tipo de encontro, como atraem o seu público, como o acesso ao *campo* é restrito, como driblam os empecilhos burocráticos que excluem do atendimento formal pessoas sem a adequada regulamentação documental. Na dimensão de um relatório tão conciso como o *caderno do território*, não há espaço para acompanhar em texto o lugar de onde as queixas surgem e, tampouco, que rumos elas tomam, nem suas implicações na vida dos trabalhadores. A linguagem dura e direta dos inventários inibe qualquer possibilidade de acompanhar o fluxo das ideias, por isso o processo de catalogação comporta sempre uma tradução. O que é apreendido pela experiência sensível de *intervenção no território* é traduzido em linguagem utilitarista dos catálogos. Como mostram as tabelas abaixo:

**Tabela 3 – Principais problemas enfrentados pelos serviços – área de abrangência da UBS Magnólia Francisca Oliveira**

Trabalhadores UBS	Gestor UBS	Trabalhadores PS	Gestor PS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta recursos humanos.</li> <li>• A infraestrutura do prédio não é adequada.</li> <li>• Demora para marcar especialidades e exames de imagem.</li> <li>• Falta de recursos materiais.</li> <li>• Aparelhos que sempre estão em manutenção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade de acesso a algumas especialidades</li> <li>• Dificuldade na Comunicação entre serivços, gestão</li> <li>• Falta de recursos humanos</li> <li>• Infraestrutura não adequada</li> <li>• Regulação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demanda de outros municípios</li> <li>• falta de médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta demanda de outros municípios</li> </ul>

**Tabela 4 - Principais potencialidades do território**

Informantes -chave	Trabalhador es UBS	Gestor UBS	Trabalhador es PS	Gestor PS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolas municipais oferecem bons serviços</li> <li>• UBS tem melhorado seu serviço</li> <li>• Fácil, acesso à SP centro de SBC, Diadema</li> <li>• Muita oferta de comércio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comércio, bancos</li> <li>• Equipamentos sociais (escola, igrejas)</li> <li>• acesso e localização para outros locais do município</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comércio, indústrias</li> <li>• população instruída</li> <li>• área urbana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comércio</li> <li>• fácil acesso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comércio</li> <li>• fácil acesso</li> </ul>

As *micro-áreas* também são sistematizadas de forma sumária nos inventários. *Territórios* a serem olhados com atenção porque comportam os *riscos*, as *micro-áreas* são carregadas de sentidos morais. Elas são especialmente importantes para a gestão porque são *territórios* onde as *ações* deveriam ser mais pontuais e incisivas, por isso as *ações* são sempre planejadas. O mapeamento das áreas de *risco*, tarefa incumbida em primeira mão aos redutores de danos e ACS, foi por mim descrita como uma “etnografia da *ação*” (cf. supra Capítulo 3). Recorri ao estilo etnográfico para mobilizar uma escrita que pudesse sinalizar os problemas éticos e a lógica dos planejamentos. Já nos catálogos, os *territórios* do *risco* são traduzidos em coordenadas e palavras-chaves que sintetizam seus sentidos, ao mesmo tempo em que traduzem a realidade do sensível em uma realidade compilada. As figuras e tabelas abaixo ilustram a discussão.

### Área da UBS e suas micro áreas: seus limites e seus logradouros



A UBS Taboão é localizada no bairro Taboão que faz divisa com o Bairro Paulicéia, Rudge Ramos, e com os municípios de Diadema e São Paulo. Desse modo, os moradores de São Bernardo usam os serviços de saúde desses municípios e vice-versa. Há um grande número de usuários que são moradores de Diadema. Além disso, as áreas de fronteira são as mais vulneráveis.

A área 103 (vermelho) é a área sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família. A escolha dessa área para a inserção da Equipe de SF baseou-se na vulnerabilidade do território.

**Figura 19** – excerto do *Caderno do Território 1*

#### **Micro Área 4**

- Ponto de uso e venda de drogas na Av. Água Funda, entre números 272 e 260, sendo divisa com município de Diadema

#### **Micro Área 6**

- Risco para proliferação da dengue e carrapato na Rua Luisiana, 920 e 930

#### **Micro Área 8**

- Ponto de droga na Rua Luisiana com a Rua Dinamarca (Quadra Manga)
- Casa de Prostituição na Av. Taboão 3820

#### **Micro Área 15**

- Local com esgoto a céu aberto, presença de ratos e outros animais. Também existem famílias que moram em barracos neste local (em cima do rio, local de risco para desabamento durante as chuvas). R Venezuela, 452 a 492

#### **Micro Área 24**

- Galpão vazio usado por usuários de drogas e possível ponto de prostituição na Rua Guilherme Tell, 99, esquina com Vicenzo Capassi

#### **Micro Área 25**

- Terreno baldio com propensão à dengue e ratos na Rua Dr. Francisco Silva Prado, ao lado do 256
- Ponto de drogas, na R. Dr. Francisco Silva Prado com a Rua Dr. Mario Santa Lucia
- Casa com terreno propício a ratos, lixo dengue e desmoronamento na Rua Dr. Francisco Prado, 210
- Terreno baldio com propensão à dengue e ratos na Rua Gustavo Teixeira, ao lado do 157
- Praça propensa a usuários de drogas na Rua Almirante Tamandaré com a Rua João Baptista
- Escola com terreno propenso a dengue e ratos na Rua João Baptista de Almeida, 240.

**Figura 20** – excerto do *Caderno do Território 1*

O problema da escala, debatido antes (cf. supra Capítulo 6.2.1 e 6.2.2), é presente nas cartografias sanitárias. Os *softwares* de leituras produzem *territórios* em escalas maiores, a visão é ampla mas não se enxergam os detalhes, e os mapas feitos à mão inventam *territórios* em escalas menores, mas não enxergam as conexões vistas só de longe. A combinação das duas técnicas procura resolver no plano cartográfico os limites da visibilidade em ambas as perspectivas adotadas. Na escrita, o problema da escala também é recuperado. Nos relatórios de *campos*, escritos à mão, mostram em detalhes as interações dos profissionais com as pessoas que encontram nos *territórios*, as estratégias adotadas por eles, as reações, os diálogos e os resultados destes encontros. A escrita livre dos relatórios decifra a realidade vista de “perto”.

Já a linguagem dos inventários porque acumulam muitos detalhes do *território*, eles criam uma escrita que pretende totalizar o *território*. Os catálogos decifram e criam ao mesmo tempo uma realidade como se fosse vista de “longe”, de onde é possível criar uma imagem do todo. No mundo dos inventários, as *micro-áreas*, por exemplo, aparecem como se fossem vistas por um olhar distante, elas são escritas em coordenadas. Os *riscos* destes *territórios* são traduzidos em palavras-chaves, como se fosse um marcador espacial utilizado em mapas com visões panorâmicas.

Procurei demonstrar ao longo da descrição que no projeto de *territorialização* das *redes* de saúde os *territórios* são produzidos pelo uso de muitas técnicas. A análise e descrição de algumas técnicas de leitura e especulação territorial me ajudaram a entender como o *território*, em um projeto de gestão, é concebido e administrado a um só tempo. Para uma gestão territorial, os trabalhadores da saúde usam máquinas gráficas de fazer-conhecer o território. São máquinas que decompõem o território em unidades administrativas (em *distritos sanitários*, *áreas de abrangência*, *micro-áreas* e *moradia*), elas ajustam os focos de visibilidade, regulando a escala e o que interessa ser visto. Elas são máquinas também de visibilização e ocultamento.

Por essas inscrições a gestão dos territórios é efetivada, as *redes* são ajustadas, os recursos administrados. No mundo dos registros busca-se dissolver os dilemas das precisões das *ações*, do que é visto e o que é ocultado, como tornar público e circular uma informação, como escrever coletivamente e com não encerrar um documento. No mundo cartográfico, um projeto de *universalização* é esboçado, o crescimento das *redes* é visualizado, as *demandas* são localizadas, os *riscos* mapeados, a irradiação das *ações* é

projetada, as *áreas de abrangência* calculadas. Todo um projeto de gestão da saúde encerra-se numa cartografia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao descrever o modo como são tecidas *redes do cuidado* no cotidiano de trabalho, como elas nascem juridicamente, como são imaginadas no papel, como são planejadas nos territórios; tudo isso nos ofereceu um panorama analítico de como se faz política pública sob os desígnios da intersectorialidade. As *redes* para usuários de drogas serviram como um recorte empírico para demonstrar os entraves dessas políticas que visam *universalizar* direitos, mas, em contrapartida, nem sempre são bem recebidas pelo seu público, a abrangência é restrita em função da escassez material e ainda é preciso levar em conta as singularidades individuais. Estas políticas visam preservar a *liberdade*, mas, por vezes, o excesso de atenção cerca os *usuários* e o controle burocrático persegue os movimentos em demasia.

Procurei demonstrar alguns aspectos que caracterizam os dilemas da produção de políticas públicas no âmbito da saúde. Primeiro, problematizei o fato de que políticas públicas são elaboradas com conceitos que carregam a pretensão à universalidade; elas aparecem em projetos de leis, em normativas e planos nacionais, todos eles uniformizam os serviços, por um lado, e, também, colocam uma ordem de questões e de imperativos no plano prático. Nos capítulos 1 e 2, mostrei o solo de onde brotam os *universais* da Saúde Pública e Coletiva e os preceitos de democracia que organizam todo o projeto das *redes do cuidado*.

E ao vasculhar como a saúde é *universalizada*, dentro de um contexto de redemocratização do país, pude compreender como as *redes* de saúde são resultados de uma reestruturação do modelo de Estado. Portanto, a universalidade do direito, produziu efeitos muito concretos no setor da Saúde Pública. O primeiro deles é a emergência de um direito fundamental: o da saúde. Em seguida, mostrei como o projeto de *universalização* ajudou a compor também uma política social, a partir da qual a própria ideia de saúde é ampliada. Essa nova gestão acabou conferindo ao Estado a ideia de que ele é provedor da cidadania. Por fim, a força desta *universalização* modificou também toda a cultura organizacional da administração pública. O modelo das *redes* andava par a par com os preceitos democráticos do novo governo, em cuja gestão foi incorporada também a premissa da *liberdade*. Esse tipo de análise é fundamental para colocar à mostra o solo conceitual do projeto das *redes* na Saúde Pública e Coletiva, pois são os

imperativos de cooperação e humanização que balizam grande parte das práticas que delas brotam.

Com o mesmo propósito, examinei o projeto de intersetorialidade no campo das políticas públicas de drogas. Ao notar que a controvérsia sempre esteve presente no modo como as drogas são encaradas em Estados com políticas majoritariamente proibicionistas, pude compreender que também as *redes* para este público estão carregadas de humanismo e violência, de moral humanitária e de autoritarismo. Como um método de gravura, recuperei as linhas de forças que permitiram compor a cena atual das políticas de drogas na administração pública. E desenrolando as linhas que entrelaçam a questão das drogas, vimos que a composição do modelo intersetorial de gestão foi articulada por poéticas de guerra, defesas de direitos, lutas reformistas e muitas estratégias midiáticas e governamentais.

A análise desse material coloca à mostra o modo como os preceitos de direitos, as exigências normativas das políticas e uma gramática repressora viajam de uma instância de governo a outra, desde onde estes são formulados juridicamente até sua composição no plano prático. Estes conceitos de universalidade transitam, como preferi chamar, de um centro de ressonância a outro. Nas instâncias deliberativas das políticas, muitas discussões e disputas são materializadas nos textos normativos. Mais do que serem prescrições, as diretrizes e normativas dos serviços de saúde, formulados numa instância de Estado, são capazes de fazer ressoar em outras esferas de governo tais recomendações, muito embora sua concretização seja da ordem prática, não conceitual. É por isso que a efetivação de políticas públicas é sempre criativa, porque as diretrizes e normas impõem uma exigência, nada mais, mas a atribuição de seus sentidos ocorre mesmo no encontro desse imperativo com os imponderáveis das ocasiões. Por isso, concordando com Tsing (2005), entendo que os universais das leis são produzidos nos deslocamentos de conjunturas e na particularidade local, num encontro repleto de fissuras.

A etnografia da gestão intersetorial dos usuários de drogas, descrita mais detalhadamente nos capítulos 3 e 4, nos mostra que os imperativos da *universalização* da saúde, da intersetorialidade, da integralidade e tantos outros, impulsionam os trabalhadores a criarem esses conceitos dentro da imprevisibilidade das situações. E são desses deslocamentos e fissuras que são efetivadas as políticas, a concessão de direitos é de fato realizada, um *cuidado* é prestado e a cidadania é exercida, para seguirmos a

lógica deles. No Consultório na Rua, a equipe entende que a ampliação do conceito de saúde é efetivada ao entrar em lugares muito escondidos, ouvindo as queixas dos abordados, oferecendo os cuidados biomédicos e psicológicos mais básicos, num trabalho paciente de espera e de conquista. Buscam envolver as pessoas em situação de rua na *rede* com a entrega dos *kits*, com visitas constantes, com a flexibilização da burocracia dos serviços. Tudo isso são modos de “ampliar o acesso à saúde”. É a própria *universalização* do direito que nasce dessa sucessão de ações. Eles entendem que não basta *encaminhar* pessoas aos equipamentos, é preciso antes ouvir as queixas, sugerir os *cuidados*, para enfim, fazer surgir um *caso*. E quando um *caso* surge uma série de questões, de profissionais, de saberes e de procedimentos envolvem uma pessoa na *rede*. É partir disso que pessoas são *enredadas* no sistema de saúde.

No CAPS AD, a ideia de *cuidado* configura-se de outras formas. Numa visão ampla da gestão intersetorial, este equipamento seria o lugar da *rede* reservado para tratar dos consumidores de drogas. Uma vez *enredados* os sujeitos são transformados em *usuários*. Ali eles movimentam-se pouco, porque os *cuidados* são realizados com técnicas voltadas para si mesmo. A equipe entende que é preciso tratar individualmente todos os *desejos* e motivações das pessoas, que são testados numa triagem inicial. Portanto, os *usuários* passam pela malha fina do tratamento.

Para *cuidar* integralmente deles, a equipe passa a administrar seus *desejos*, seus sintomas e suas ações com técnicas de *escuta*, com conversas em grupos de psicoterapias, assim como uma série de documentos, *softwares* e medicamentos também são utilizados para *cuidar* deles em todas as dimensões que a saúde requer. É com a mobilização de gentes, documentos e tecnologias que a integralidade pode ser inventada no âmbito deste serviço. E se tratados em todas essas dimensões, o *fluxo* interno do CAPS AD os guia para a porta de saída, quando são “devolvidos” à *sociedade*, como dizem. Pelas palavras deles, são devolvidos “ressocializados”, porque reestabeleceram suas autonomias.

Com a imersão nestes dois equipamentos não pretendi entender o funcionamento interno deles, uma vez que não me interessava realizar uma análise institucional. Primeiro porque entendo que instituições emprestam de um canto e de outro as técnicas e os recursos que utilizam, portanto, concordando com Foucault (2008a [1978]), os poderes e as tecnologias não nascem e não se encerram numa instituição, apenas as atravessam. Essa visão permitiu-me entender os deslocamentos peculiares dos textos

jurídicos, os empréstimos de técnicas administrativas, psicanalíticas, de redução de danos; todas elas presentes num lugar e noutra mas com expressões muito distintas. Segundo porque me interessava compreender o modo como cada um dos equipamentos, sozinhos ou em parceira, operacionaliza a gestão intersetorial da saúde de usuários de drogas. Essa segunda ponderação é fundamental para compreender que o modelo das *redes* de saúde visa romper com uma lógica de centralização, por isso as *redes* trazem uma alternativa para a dissolução de grandes centros institucionais, onde outrora as práticas de saúde concentravam-se bem mais num único modelo de instituição. Num governo intersetorial da saúde as técnicas e recursos estão disseminados em diversas delas, e é essa propagação que nos permite apreender a técnica de *escuta* não apenas nos consultórios de psicanálise, mas nos CAPS, nos Consultórios na Rua, nos CREAS, CRAS e em outros equipamentos.

Por outro lado, uma análise que visa apreender ressonâncias coloca à mostra as divergências semânticas, as reformulações e adaptações, é por essa razão que a ideia de *cuidado* é sempre circunstancial, a depender dos *casos*, é bem por isso que os sentidos de cada um dos princípios do SUS são inventados de forma tão díspares em cada lugar. Também os modos de criar uma gestão intersetorial é contingencial e criativa. É essa ideia que nos permite entender que não existe uma *rede* de saúde, mas *redes* que se tecem o tempo todo, porque as parcerias são atadas e desfeitas, os *casos* são criados e depois resolvidos, os *usuários* entram e saem dos serviços. Essa constatação permitiu-me acompanhar o modo como podem ser criadas *redes* nas equipes do Consultório na Rua, no CAPS AD, nas reuniões intersetoriais, nos *softwares* e nas cartografias, nos documentos e com os *apoiadores*.

O ideal da intersetorialidade impulsiona também gestores e trabalhadores a buscarem uma série de ferramentas para mensurar os aparatos de gestão, extrair o melhor desempenho deles, fazer parcerias, criar morfologias da *rede*; tudo isso para também inventar a intersetorialidade no mundo dos registros, torná-la administrável e contável. Os registros, descritos mais detalhadamente nos capítulos 5 e 6, nos ajudam a entender como gestores e trabalhadores do SUS elaboram seus próprios conceitos de *rede* e de gestão, e que ferramentas são utilizadas para criar imagens delas. Essa importante constatação fez-me adotar uma postura metodológica que não sobrepusesse os conceitos deles com os de teorias de rede ou da governamentalidade, já tanto debatidas na Antropologia. Procurei explorar o potencial explicativo dos trabalhadores e

gestores do setor da saúde para compreender como *redes* são tecidas e que sentidos adquire a gestão neste universo.

Todas as ferramentas que padronizam condutas, *protocolam* ações, mensuram as possibilidades de parcerias, aceleram os *fluxos* de comunicação, tornam visíveis certos pontos da *rede*, isso tudo são por mim entendidos como cálculos do governo intersetorial, justamente porque eles revelam a dimensão do planejamento administrativo. É por essa razão que estes registros tornam visíveis os esquemas conceituais acerca do que os gestores e trabalhadores entendem o que pode ser uma *rede de cuidado*. Mais do que isso, tais esquemas são fundamentais para inventar uma morfologia da *rede* mas também para ajudar na sua confecção.

Outra dimensão importante que os registros mostram é o modo como a *universalização* da saúde impõe problemas práticos de um projeto que visa dar conta de uma heterogeneidade de circunstâncias e diferenças locais. Para ampliar a abrangência dos serviços e colocá-los em contanto numa *rede* de relações, é preciso padronizar as normas e as práticas de saúde. Se nos dois primeiros capítulos demonstro o processo de padronização dos conceitos nas instâncias jurídicas e normativas, com os cálculos do governo intersetorial procuro demonstrar como a aspiração deste conceito impele a criação de padronizações nas *redes* locais. Neste sentido, os registros padronizam os *fluxos* e as condutas de atendimento, eles criam protocolos e mapas mentais que auxiliam os profissionais a inventar a intersetorialidade no cotidiano. E é por essa dinâmica tão própria das políticas públicas que podemos compreender como os serviços são tão padronizados, por um lado, e tão diferentes, por outro.

Com alguns antropólogos e antropólogas que buscaram nos documentos uma reflexão mais crítica e etnográfica (Reed 2006, Riles 2006, Vianna 2014), minha análise procurou, nesta mesma direção, explorar a capacidade destes artefatos em apreender as matérias que compõem o mundo da gestão. Eles são os próprios artefatos dos governos. A gestão que se efetua no mundo dos registros permite calibrar medidas mais precisas das *ações*, por isso a centralidade dos documentos nos governos atuais.

As inscrições materiais revelam também os modos de funcionamento da gestão na dimensão dos territórios. Se em momentos antes retomei a ideia de que nos documentos estão estabilizados os cálculos da gestão ideal, nas cartografias, os impasses das medidas exatas também são evidentes. Os mapas e as leituras

cartográficas, os assuntos abordados no capítulo 6, são importantes para planejar o governo intersetorial no *território*. A sua dimensão é essencial para o ordenamento de todos os processos de trabalho do SUS, por isso, é fundamental para a gestão vasculhar os terrenos, ordená-los em áreas administrativas, contabilizar os elementos de sua composição.

Para ordenar o crescimento dos sistemas de saúde, de forma que a sua expansão não ocorra de modo aleatório e caótico, foi adotado na Saúde Pública um método de ordenamento do espaço chamado *territorialização*. Os critérios que estabelecem os parâmetros da configuração territorial servem para assentar *redes* de saúde. Procurei mostrar, em primeiro lugar, o modo como o espaço é concebido nesta cartografia sanitária. Ele é uma dimensão fundamental na compreensão dos processos sociais dos quais os sujeitos participam. Para entender a saúde de maneira ampla é preciso levar em conta o que se passa nos espaços.

Descrevi o modo como os *territórios* da gestão passam a existir na dimensão administrativa na medida em que são submetidos aos procedimentos de referenciamento, leitura e coleta de dados. Instrumentos como estes produzem imagens e gravuras dos territórios. É preciso conhecer o espaço para administrá-lo. Mais do que isso, os exercícios de reconhecimento e ordenamento espacial são elementares para a organização das práticas profissionais, sem os quais as equipes dos equipamentos de saúde não saberiam qual é o espaço exato da sua atuação, nem seria possível saber se a *rede* está crescendo de maneira uniforme em toda a cidade. É por isso que a cartografia ocupa um lugar de destaque na gestão da saúde.

Com tantas inscrições materiais é possível entender, a partir da análise desse material, os esforços que estes atores fazem para tornar visíveis os planejamentos para extrair o melhor funcionamento dos aparatos, o cálculo de como crescer e *universalizar* os sistemas de saúde.

A cartografia de um império descrito por Suárez Miranda (epígrafe Capítulo 6), num conto de Jorge Luís Borges, atingiu um grau de perfeição quando tomou a proporção de uma cidade inteira, quando a obsessão por registrar tudo culminou num mapa desmedido que cobria todo o terreno. Alguns projetos obsessivos ergueram a grande muralha da China, outros reergueram países devastados pela guerra, outros ainda, como o que acabei de dedicar longas páginas de descrição, tem a pretensão de

*universalizar* a saúde, cuja obra também obsessiva mas igualmente grandiosa são *redes do cuidado*.

Impossível resolver a ambiguidade destas obras que pretendem crescer de forma magistral e convocar gentes de todo canto, mas que devem lidar com os problemas das particularidades, com as individualidades. O projeto das *redes de cuidado* está repleto destes paradoxos e ainda é preciso somar uma ambivalência crucial: *cuidar em liberdade*, mas de tal modo que todos os movimentos *livres* sejam acompanhados. Procurei descrever etnograficamente como este impasse aparece no campo da Saúde Pública e Coletiva. A premissa da *liberdade* é o ponto de partida desta gestão, tudo se desdobra a partir dela: Como ir ao encontro do seu público? Que estratégias usar para atraí-lo para a *rede*? Que recursos mobilizar para seguir os movimentos efetuados? Que recursos usar para promover o trânsito? Como se vê, a *liberdade* é propulsora de todos os investimentos das *ações* para um *cuidado* intersetorial.

Essa ideia de *liberdade* implica, como vimos, uma gestão das mobilidades. No setor da saúde, esse conceito foi incorporado nos equipamentos de assistência após a Reforma Psiquiátrica, dando respaldo a um modelo assistencial em meio aberto, com “portas abertas” como dizem, de modo que o trânsito de entrada e saída dos equipamentos pudesse ser contínuo. A mobilidade invadiu a própria ideia de clínica. Daí viu-se surgir um tipo de clínica que se efetua no trânsito, buscando seguir o tempo e os deslocamentos de pessoas que vivem nas ruas. Assim, podemos falar em uma clínica em movimento, um Consultório na Rua.

Outro desafio de lidar com a mobilidade é que estes trabalhadores devem estar atentos em identificar os elementos de *riscos* (Castel 2011, Rose 1998, Douglas & Wildavski 1982), muitas vezes não pronunciados pelo público-alvo, apenas observados pelos trabalhadores, se eles estiverem bem treinados a identificá-los. Para tanto, eles devem estar atentos aos sinais dos corpos, buscam indícios dos *riscos* neles. Ou, então, *escutam* as queixas para identificar nelas os sofrimentos, os desejos, os elementos dos *riscos*. A técnica da *escuta* marcou, por exemplo, a disseminação das práticas psicanalíticas no campo da saúde e da assistência social. Ela é central na administração dos *riscos*, como bem colocou Rose (1998).

O impasse da *liberdade* nos governos não é novidade. Foucault (2008b) o identifica no liberalismo europeu do século XIX, quando nasceu uma governamentalidade que, entre outras características, baliza seus cálculos num jogo de correlação entre a *liberdade* e a segurança de uma população. A premissa da *liberdade*

suscita um problema de custo para os governos liberais: para que ela exista, é preciso produzi-la, mas também organizá-la e geri-la.

A formulação da *liberdade* mobilizada na gestão intersetorial da saúde não escapa dessa máxima liberalista. O desafio de uma gestão do *cuidado* sem camisas de força, ou, em outras palavras, do *cuidado* intersetorial, se dá a partir do dilema em promover condições para que a *liberdade* possa existir, condição esta na qual tudo transita, os movimentos não estacionam, os canais permanecem abertos, mas os *fluxos* devem seguir apenas os rumos programados. Diante destas condições, o *cuidado* em *liberdade* se efetua dentro mesmo do limite de uma *rede*, dentro da qual cada movimento terá seu rastro perseguido.

*Cuidar* é antes de tudo um modo de administrar muitos fenômenos da vida. Levando em conta essa premissa, pude constatar muitas facetas de uma gestão em *rede* e em *liberdade*. Trata-se de um tipo de gestão atenta aos detalhes das *ações*, que as planeja bem, as mensura e as projeta no futuro. Ela cobre os territórios e os submetem a mais leituras e mensurações, depois correlaciona as matérias territoriais com as dimensões da vida do sujeito. É um governo que deixa *fluir* em *liberdade* mas é obstinado em seguir os rastros, em acompanhar, em direcionar o caminho a ser seguido. Trata-se de um tipo de governo que com todos estes *corpus* de conhecimento busca, neste contexto específico, complexificar a noção de saúde, pois não a reduzem à precária definição de “ausência de doença”. Por fim, é uma gestão que agrega de todos os lados recursos para *cuidar*, que sob a bandeira da *liberdade*, rompeu com as camisas de força, mas inventou maneiras de perseguir muitos vestígios.

Entretanto, ao seguir as *ações* dos trabalhadores da saúde não nos encontramos encerrados apenas no dilema das *liberdades* e sujeições. Gestão é bem mais do que isso. Gerir a saúde de uma população requer doses de criatividade, clínicas em movimentos, cartografias escritas à mão, operadores que seguem reparando e tecendo artesanalmente a *rede*.

Uma gestão intersetorial leva em conta as multiplicidades dos indivíduos e das ecologias, ela lida com a vida em suas mil expressões. Nem mesmo a saúde nesta gestão pode ser entendida de maneira dicotômica, quando era expressão do “contrário” de doença. Saúde é resultado de tantos processos que dão corpo e expressão aos sujeitos. Por isso o dilema em *cuidar* de maneira integral: porque os aspectos são incontáveis. Por fim, a gestão intersetorial da saúde é criativa na medida em que mobiliza recursos de toda ordem para ajustar os pontos dos dilemas, pluralidades, metas, dissonâncias e

ambivalências, e ainda calibrar as medidas suficientes de *liberdade* e monitoramento para, enfim, produzir *redes do cuidado*.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADIALA, Júlio. 2011. **Drogas, medicina e civilização na primeira república**. Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz.
- ADORNO, Rubens. 2011. “Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua”. In: **Etnográfica**, outubro de 2011, 15 (3): 543-567.
- ALDRED, Rachel 2008. “Managing risk and regulation within new local ‘health economies’: The case of NHS LIFT (Local Improvement Finance Trust)”. In: **Health, Risk & Society**, February; 10(1): 23 – 36.
- AMARANTE, Paulo. 1995. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- ANDRADE, Marconi. 2003. **Política de proibição às drogas: solução ou problema?** Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.
- ANDRADE, Tarcísio. 2010. “**Redução de danos: um novo paradigma?**”. In: Arquivos CETAD. Disponível em: [http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/ReducaoRiscosDanos/Redu%E7%E3o\\_de\\_\\_danos-\\_um\\_novo\\_paradigma.pdf](http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/ReducaoRiscosDanos/Redu%E7%E3o_de__danos-_um_novo_paradigma.pdf)
- BARBOSA, Aline. 2007. **População de Rua em São Carlos-SP: aspectos sobre exclusão social, contratualismo e cidadania**. Monografia de Conclusão de Curso – Bacharelado em Ciências Sociais. Departamento de Sociologia. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.
- BARNES, John. 1954. “Class and committees in a norwegian island parish”. In: **Human Relations** 7:39-58.
- \_\_\_\_\_. 1972. “Social Networks” In: Social networks. Addison-Wesley Module in Anthropology, 26, 1-29.
- \_\_\_\_\_. 2010 [1968]. “Redes sociais e processo político”. In: FELDMAN-BIANCO, Bela (org.). 2ed. **Antropologia das Sociedades Contemporâneas**. São Paulo, Global.
- BATISTA, Liniker. 2015. **A grande cidade e a vida no crime: uma etnografia dos mercados do crime em uma periferia de São Paulo**. Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. 2005a. “A humanização como dimensão pública das políticas de saúde”. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. 10 (3): 561 – 571.
- \_\_\_\_\_. 2005b. “Humanização da saúde: um novo modismo?” In: **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Vol 9, n7, p.389-406.
- BERG, M. BOWKER, G. 1997. “The Multiple Bodies of the Medical Record: Toward a Sociology of an Artifact”. In: **The Sociological Quarterly**, Vol. 38, No. 3 (Summer, 1997), pp. 513-537.

- BEZERRA Jr, Benilton. 1992. “Cidadania e loucura: um paradoxo?”. In B Bezerra Jr & PD Amarante (orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Ed Relume-Dumará, Rio de Janeiro.
- BEZERRA, Natália. FLEISCHER, Soraya. 2013. “A popularização de esfigmomanômetros e glicosímetros no bairro da Guariroba, Ceilândia/DF”. In: **Sociedade e Cultura.**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 183-193, jan./jun.
- BIAGIOLI, Mario. 2006. “Documents of documents: scientists names and scientific claims”. In: RILES, Annelise. (org). 2006. **Documents: artifacts of modern knowledge**. Michigan: The University Michigan Press.
- BIEHL, João. 2004. “The Activist State: Global pharmaceuticals, aids, and citizenship in Brazil”. In: **Social Text** 80, Vol. 22, No. 3, Fall
- \_\_\_\_\_. 2007a. “Pharmaceuticalization: AIDS Treatment and Global Health Politics”. In: **Anthropology Quarterly** (80 no4 Fall).
- \_\_\_\_\_. 2007b. **Will to live: AIDS therapies and the politics of survival**. Princeton, University Press.
- BILDHAUER, Betina. 2013. “Medieval European conceptions of blood: truth and human integrity”. In: **Journal of the Royal Anthropological Institute** (N.S.), S57-S76.
- BIONDI, Karina. 2010. **Junto e misturado: uma etnografia do PCC**. São Paulo: Terceiro Nome.
- \_\_\_\_\_. 2015. **Etnografia no movimento: território, hierarquia e lei no PCC**. Tese de doutorado defendida no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de São Carlos.
- BIRMAN, J. 1992. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA Jr, B.; AMARANTE, P. (Orgs.) **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992
- BOTT, Elizabeth. 1957. **Family and Social Network: Roles, Norms, and External Relationships in Ordinary Urban Families**. London: Tavistock
- BOURGOIS, Phillipe. 2003. **In search of respect: selling crack in El Barrio**. Berkeley: Cambridge University Press.
- BRAVO, Omar. 2002. “Tribunales Terapéuticos: vigilar, castigar y/o curar”. In: **Psicologia & Sociedade**; 14 (2): 148-162; jul./dez.
- BREDA, Roselene. 2013. **Entre recursos e escolhas: limites e possibilidades em torno da rotina de atendimento de um CRAS**. Monografia de Conclusão de Curso – Bacharelado em Ciências Sociais. Departamento de Sociologia. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.
- CAMPOS, Edmilson. 2005. **Alcoolismo, doença e pessoa: uma etnografia da associação de ex-bebedores Alcoólicos Anônimos**. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social. UFSCar.
- \_\_\_\_\_. 2009. “Por que os alcoólicos são anônimos? Anonimato e identidade no tratamento do alcoolismo”. In: **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.19-30, jan./mar.
- CANONICO, Letícia. 2015. **Entre usuários e traficantes: múltiplos discursos “sobre” e “da” atuação dos agentes de segurança na região da**

- “**cracolândia**”. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal de São Carlos.
- CARDOSO, Marina. 1999. **Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade**. São Carlos: Editora da UFSCar
- CARSTEN, Janet. 2013a. “‘Searching for the truth’: tracing the moral properties of blood in Malaysian clinical pathology labs”. In: **Journal of the Royal Anthropological Institute** (N.S.), S130-S148.
- \_\_\_\_\_. 2013b. “Introduction: blood will out”. In: **Journal of the Royal Anthropological Institute** (N.S.), S1-S23.
- CASTELLS, Manuel. 1992. **A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura. O poder da Identidade**. Volume 2. São Paulo, Paz e Terra.
- CASTEL, Robert. 1981. **A gestão dos riscos: da psiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves.
- CEFAÏ, Daniel. 2010. “Provações corporais: uma etnografia fenomenológica entre moradores de rua de Paris”. In: **Lua nova**, São Paulo, 79: 71-110.
- \_\_\_\_\_. 2013. “Grande exclusão e urgência social — Cuidar dos moradores de rua em Paris”. In: **Contemporânea - Revista de Sociologia da UFSCar**. v. 3, n. 2, jul-dez.
- CEFAÏ, Daniel; GARDELLA, Edouard. 2011. **L'urgence sociale en action. Ethnographie du Samusocial de Paris**, Paris, La Découverte.
- CESARINO, Letícia. 2014. “Antropologia multisituada e a questão da escala: reflexões com base no estudo da cooperação sul-sul brasileira”. In: **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 20, n. 41, p. 19-50.
- CHABROL, Fanny. 2012. **Prendre soin de sa population: Le sida au Botswana, entre politiques globales du médicament et pratiques locales de citoyenneté**. Thèse pour le grade de docteur de École des hautes études en sciences sociales, Paris.
- COHN, Amélia. 2001. “O Sistema Único de Saúde: a síndrome da dualidade”. In: **Revista Usp**, São Paulo, n.51, p. 6-15, setembro/novembro 2001
- COHN, Amélia & ELIAS, Paulo (org). 1996. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez Editora.
- COSTA, Ieda; NASCIMENTO, Vânia. 2009. “PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil”. In : Cohn, Amelia (org). 2009. **Saúde da família e SUS**. RJ: Beco do Azougue; SP: CEDEC.
- COUDERC, Mathilde. 2011. **Enjeux et pratiques de la recherche médicale transnationale en Afrique : analyse anthropologique d'un centre de recherche clinique sur le VIH à Dakar (Senegal)**. Thèse pour le grade de docteur de l'Université Aix-Marseille III.
- CUNHA, Neiva. 2005. **Viagem, experiência e memória: narrativas profissionais da Saúde Pública dos anos 30**. Bauru: Edusc.
- CUNHA, N.; MELLO, M. 2011. “Novos conflitos na cidade: a UPP e o processo de urbanização na favela”. In: **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 4, p. 371-401.

- DELEUZE, Gilles. 1991 [1979]. “Duas questões”. In: LANCETTI, A. 1991. **Saúde e Loucura**. n. 3. São Paulo: Editora Hucitec.
- \_\_\_\_\_. 2008 [1990]. “Post-Scriptum sobre as sociedades de controle”. In: **Conversações**. Trad. de Peter Pál Pelbart. SP: Editora 34.
- DELEUZE, G. PARNET, C. 1998. **Diálogos**. São Paulo: Escuta.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. 1996 [1980]. “Micropolítica e segmentaridade”. In: **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol 3**. São Paulo: Editora 34.
- \_\_\_\_\_. 2004 [1972]. **O Anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia**. Lisboa: Assírio & Alvim.
- DE LUCCA, Daniel. 2007. **A rua em movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, SP.
- \_\_\_\_\_. 2015. “Morte e Vida nas ruas de São Paulo: a biopolítica vista do centro”. In: RUI, T.; MARTINEZ, M. (org.) **Novas faces da vida nas ruas**. São Carlos, Edufscar.
- DERRIDA, Jacques. 2005. **A farmácia de Platão**. São Paulo: Iluminuras.
- DOMANICO, Andrea. 2006. **Craqueiros e cracados. Bem vindo ao mundo dos nórias! Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projeto-piloto do Brasil**. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
- DONNANGELO, Cecília. 1976. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades.
- DONZELOT, Jacques. 2001 [1980]. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 3ª ed.
- DOUGLAS, M; WILDASKY, A. 1982. **Risk and Culture: An Essay on Selection of Technological and Environmental Dangers**, Berkeley: California University Press.
- DUARTE, S. GARCIA, M. 2013. “Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil” In: **Emancipação**, Ponta Grossa, 13(1): 39-54,
- DUBET, François. 2002. **Le declin de l’institution**. Paris: Seuil.
- ELIAS, Paulo. 1996. “Descentralização e Saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares”. In: **Saúde e Sociedade**. 5 (2): 17-34.
- FASSIN, Didier. 1996. **L’espace politique de la santé publique: Essai de généalogie**. Paris, PUF.
- \_\_\_\_\_. 2003. “Naissance de la santé publique: deux descriptions de saturnisme infantile à Paris (1987-1989)”. In: **Genèses**, 2003/4 no53, p. 139-153.
- \_\_\_\_\_. 2006. Souffrir par le social, gouverner par l’écoute : Une configuration sémantique de l’action publique. In : **Politix**, 2006/1 n° 73 , p. 137-157.
- \_\_\_\_\_. 2012. **Humanitarian reason: a moral history of the present**. Berkeley, Los Angeles and London: University California Press.
- FAUBION, James. 1988. “Possible Modernities”. In: **Cultural Anthropology**. Vol. 3, No. 4 (Nov., 1988), pp. 365-378.

- FAVERET, Paulo; OLIVEIRA, Pedro. 1990. “A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de saúde”. In: **Dados – Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, vol.33, n.2, p.257-283.
- FELTRAN, Gabriel. 2011. **Fronteiras de tensão: política e violência nas periferias de São Paulo**. Editora da UNESP/FAPESP.
- FERGUSON, J. & GUPTA, A. 2002. “Spatializing states: toward an ethnography of neoliberal governmentality”. In: **American Ethnologist**, v. 29, n. 4, p. 981-1002.
- FERNANDEZ, M. 2001. **A prática da psicanálise lacaniana em centros de saúde: psicanálise e Saúde Pública**. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo cruz, Escola Nacional De Saúde Pública.
- FERNANDEZ, BONNET & LOONIS. 2014. “Quelles sont les nouvelles formes d’addiction?” In: **Proteste**, 100, 10-11.
- FIGLIARO, Maurício. 2007. **Uso de “drogas”: controvérsias médicas e debate público**. Campinas, Ed. Mercado de Letras/Fapesp.
- \_\_\_\_\_. 2012. “O lugar do estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas”. In: **Novos Estudos**. Março, n.92, p.9 – 21.
- \_\_\_\_\_. 2013. **Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos**. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.
- FLEURY, S. M. T. & OUVÉRY, A. M. 2007. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro, Editora FGV.
- FOUCAULT, Michel. 1984 trad.[1984a]. **História da sexualidade II – o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Ed. Graal.
- \_\_\_\_\_. 1985 trad. [1984b]. **História da sexualidade III – o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Ed. Graal.
- \_\_\_\_\_. 2003 [1963]. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense.
- \_\_\_\_\_. 2005. **Em Defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes.
- \_\_\_\_\_. 2008a. **Segurança, Território e População: curso no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes.
- \_\_\_\_\_. 2008b. **Nascimento da Biopolítica: curso no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes.
- \_\_\_\_\_. 2009a [1975]. **Vigiar e punir: nascimento das prisões**. Petrópolis, RJ: Vozes.
- \_\_\_\_\_. 2009b [1979]. “O nascimento da medicina social”. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal.
- FRANGELLA, Simone. 2004. **Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo**. Tese de doutorado, DA-IFCH-UNICAMP, Campinas.
- FROMM, Deborah. 2014. **Deus e o Diabo na terra do crack: uma etnografia da “cosmopolítica” batista**. Monografia apresentada ao Departamento de Sociologia da Universidade Federal de São Carlos.
- GARDELLA, Edouard. 2014: “L’urgence comme chronopolitique. Le cas de l’hébergement des sans-abri”. In: **Temporalités**, n° 19.

- GARDELLA, E. CEFAÏ, D. 2011. “La morale de l'urgence sociale. une enquête au Samu social de Paris”. In: **Empan** 2011/4 (n° 84), p. 18-24.
- GALDEANO, Ana Paula. 2009. **Para falar em nome da segurança: o que pensam, querem e fazem os representantes dos conselhos de segurança**. Tese de Doutorado, IFCH Unicamp.
- \_\_\_\_\_. 2013. “A gestão social da violência: de como ativistas de direitos humanos, líderes comunitários de associação de bairros e evangélicos se mobilizam”. In: CUNHA, N; FELTRAN, G. **Sobre periferias: novos conflitos no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Lamparina & Faperj.
- GEEST, S. WHYTE, S. HARDON, A. 1996. “The Anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach”. In: **Annual Review Anthropology**. 25: 153 -78.
- GEORGES, I; SANTOS, Y. 2013. “A produção da ‘demanda’: viés institucional e implicações políticas da terceirização do trabalho social na periferia de São Paulo”. In: CUNHA, N; FELTRAN, G. **Sobre periferias: novos conflitos no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Lamparina & Faperj.
- GODOY, M. 2009. **Micropolítica e processos de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial: experiências intersubjetivas dos trabalhadores**. Tese de Doutorado. Curso de Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Ceará.
- GOFFMAN, Erving. 1987 [1966]. **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva.
- GRILLO, C. POLICARPO, F. VERÍSSIMO, M. 2011. “ ‘Dura’ e o ‘desenrolô’: efeitos práticos da nova lei de drogas no Rio de Janeiro”. In: **Revista de Sociologia e Política**. V. 19, Nº 40: 135-148 OUT.
- GUERRA, A; SOUZA, P. 2006. “A reforma psiquiátrica e psicanálise: diálogos possíveis no campo da inserção social”. In: **Psicologia para América Latina – Revista eletrônica internacional de la Union latino-americana de entidades de psicología**, nº6.
- GUIMARÃES, Carmen. 1996. “Mais merece! O estigma da infecção sexual pelo HIV/Aids em mulheres”. In: **Estudos Feministas**, ano 4, n.2, p.295-318.
- HACKING, Ian. 1982. “Biopower and avalanche of printed numbers”. In: **Humanities in society**, 5 : 279-95.
- HARLEY, J. 1989. “Deconstructing the map”. In: **Cartographica** vol 26 No 2 Summer Pp 1-20.
- HART, Carl. 2012. **High Price: a Neuroscientist’s Journey of Self-Discovery That Challenges Everything You Know About Drugs and Society**. New York: HarperCollins.
- HEIMER, Carol. 2006. “Conceiving children: how documents support case versus biographical analysis”. In: Riles, A. 2006. **Documents: artifacts of modern knowledge**. Michigan: The University Michigan Press.
- HENARE, A. HOLBRAAD, M. WASTELL, S. 2007. **Thinking Through Things: Theorising artefacts ethnographically**. London and New York: Routledge.

- HERZFELD, Michael. 1992. **The social production of indifference: exploring the symbolic roots of western bureaucracy**. Chicago: The University of Chicago Press.
- \_\_\_\_\_. 2005. **Cultural Intimacy: social poetics in the nation-state**. New York: Routledge.
- HOLBRAAD, Martin. 2003. “Estimando a necessidade: os oráculos de ifá e a verdade em Havana”. In: **Mana** 9(2):39-77.
- HOPWOOD, A.; MILLER, P. 1994. “Accounting as social and institucional practice”. In: **Cambridge studies in management**, 24. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- INGOLD, Tim. 2000. **The perception of environment: essays on livelihood, dwelling and skill**. London and New York: Routledge.
- \_\_\_\_\_. 2011. **Being Alive: Essays on movement, knowledge and description**. London and New York: Routledge.
- ION, Jacques. 2005. “Brève chronique des rapports entre travail social et bénévolat” In: **Pensée plurielle** 2005/2 (no 10).
- IUNES, Roberto. 1995. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, Sérgio; VIANNA, Solon. **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. p.99-122.
- JANCZURA, Rosane. 2012. “Risco ou vulnerabilidade social?” In: **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 11, n. 2, p. 301 - 308, ago./dez.
- JIMENEZ, E.J.B. et al. 2001. “Avançando na atenção materno-infantil: programa Mãe Curitibana”. In: DUCCI, L. et al. (Editores) – **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde.
- JULLIEN, François. 2001. **Fundar a moral: diálogo de Mêncio com um filósofo das Luzes**. São Paulo: Discurso Editorial.
- \_\_\_\_\_. 2009 [2008]. **O diálogo entre as culturas: do universal ao multiculturalismo**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- KILSZTAJN, S. LOPES, E. LIMA, L. ROCHA, P. CARMO, M. 2008. “Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil”. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(10):2354-2362, out.
- KURUNMAKI, L.; MILLER, P. 2008. “Counting the costs: the risks of regulating and accounting for health care provision”. In: **Health Risk and Society**, 10 (1). 9-21.
- LABATE, B; FIORE, M. GOULART, S. 2008. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA.
- LANCETTI, Antonio. 2009. “Notas sobre humanização e biopoder”. In: **Interface. Comunicação Saúde Educação**, v.13, supl.1, p.797-9.
- \_\_\_\_\_. 2012 [2006]. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec.
- LATOUR, Bruno. 1993. **The pasteurization of France**. Harvard University Press Cambridge, Massachusetts and London, England
- \_\_\_\_\_. 1994 [1991]. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro: Editora 34 (Coleção TRANS).

- \_\_\_\_\_. 2000. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: Editora Unesp.
- LAZZARATO, Mauricio. 2000. “Du biopouvoir à la biopolitique”. In : **Multitudes**, 2000/1 - n° 1, pages 45 à 57.
- \_\_\_\_\_. 2011. **O governo das desigualdades: crítica da insegurança neoliberal**. São Carlos: Edufscar.
- LEMKE, Arthur; SILVA, Rosane. 2010. “A busca ativa como princípio das práticas de cuidado no território”. In: **Estudos e pesquisas em Psicologia**. UERJ: ano 10, n1, p. 281-295.
- LÉVY, Jacques. 2008. “Uma virada cartográfica?” In: ACSELRAD, Henri. 2008 (org). **Cartografia social e território**. RJ: UFRJ.
- LIMA M. A. 2007. “Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação”. In: ALVES, L. C. A.. **Ética e Psiquiatria**. 2ª ed. São Paulo: CREMESP.
- LONGHOFER, J; FLOERSCH, J. 2010. “Desire and disappointment: adolescent psychotropic treatment and adherence”. In: **Anthropology & Medicine**, Vol. 17, No. 2, August 2010, 159–172.
- MACHADO, A; MIRANDA, P. 2007. “Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública” In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set.
- MARCUS, George. 1995. “Ethnography in/of the world system: the emergence of multisited ethnography”. In: **Annual Review of Anthropology**, n. 24, p. 95-117.
- MARQUES, Adalton. 2014. **Crime e proceder: um experimento antropológico**. São Paulo: Alameda Editorial.
- MARQUES, A.J. S. et al. (org). 2010. **O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde**. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
- MARQUES, Ana Claudia. 2002. “Política e questão de família” In: **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, 2002, V. 45 n° 2. 417- 442.
- MARTINEZ, Mariana. 2011a. **Andando e parando pelos trechos: uma etnografia das trajetórias de rua em São Carlos**. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.
- \_\_\_\_\_. 2011b. “A realidade do mundo: uma narrativa sobre a sociedade e a produção da desigualdade”. Em: **Revista Campos**, 12(2):25-43.
- MARTINEZ, M. PEREIRA, L. BARBOSA, A. OLIVEIRA, L. PAZZINI, D. 2014. “A produção e a gestão da população de rua: A trajetória de Luciene”. In: **Revista Dilemas**, Vol. 7 - no 4 - OUT/NOV/DEZ - pp. 741-767.
- MELO, Tomás. 2011. **A Rua e a Sociedade: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua**. Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Paraná.

- MENDES, Eugênio. 1995. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. SP/RJ: HUCITEC-ABRASCO.
- \_\_\_\_\_. 2011. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- MENICUCCI, Telma. 2003. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Tese de doutorado, Programa de Pós Graduação em Ciências Humanas - Sociologia e Política, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais.
- MESQUITA, F. BASTOS, F. (org) 1994. **Drogas e Aids: estratégias de redução de danos**. São Paulo, Editora Hucitec.
- MILLER, Peter. 2001. "Governing by numbers: why calculative practices matter". In: **Social Research**, Vol. 68, No. 2 (Summer).
- MILLER, P.; ROSE, N. 2008. **Governing the present: Administering Economic, Social and Personal Life**. Cambridge, Polity Press
- MISSE, Michel. 2007. "Mercados ilegais, redes de proteção e organização local do crime no Rio de Janeiro". In: **Revista de Estudos Avançados**, USP, 21(61).
- MITCHELL, J. C. 1974. "Social Networks". In : **Annual Reviews Anthropology**, vol 3, p.279-299.
- MONDOUX, M. BONENFANT. 2014. "Quand le Pathos devient Ethos : Esquisse de la dépendance psychosociale contemporaine". In: **Drogues, santé et société**, vol. 13, no 1, juin.
- MOREIRA, Tamires. 2015. **Maratonas e rambles: A emergência dos tóxicos como um problema social no início do século XX**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas.
- MOTTA, Luana. 2014. **A gestão dos territórios de pobreza e dos pobres: o que políticas como o PRONASCI e a UPP Social quem dizer com social**. In: VIII Encontro da ANDHEP, 2014, São Paulo. Anais do VII Encontro da ANDHEP
- MUNHOZ, Sara. 2013. **A construção do atendimento em um núcleo de medidas socioeducativas em meio aberto**. Dissertação de Mestrado. PPGAS – Universidade Federal de São Carlos.
- NAPPO, S. SANCHEZ, Z. RIBEIRO, L. 2012. "Há uma epidemia de crack entre estudantes no Brasil? Comentários sobre aspectos da mídia e da saúde pública". In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(9):1643-1649
- NEVES, Cláudia; MASSARO, Altair. 2009. "Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo". In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl.1, p.503-14.
- NEYLAND, D. COOPMANS, C. 2014. "Visual accountability". In: **The Sociological Review**, Vol. 62, 1–23.
- NUNES, Matheus. 2012. **No propósito: etnografia de uma comunidade terapêutica**. Monografia de conclusão de curso. Departamento de Ciências Sociais. Universidade Federal de São Carlos.

- OLIVEIRA, Luciano. 2012. **Circulação e fixação: o dispositivo de gestão do morador de rua e a emergência de uma população**. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Centro de Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos
- OLIVEIRA, Mirian. 2010. **Consultório de Rua: relato de uma experiência**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- ONG, A.; COLLIER, S. (Org.). 2005. **Global assemblages: technology, politics and ethics as anthropological problems**. Malden: Blackwell.
- PELS, Peter. 2000. “The trickster’s dilemma: ethics and Technologies of the anthropological self”. In: STRATHERN, M. (org). 2000. **Audit Culture: anthropological studies in accountability, ethics, and the academy**. London: Routledge.
- PELUCIO, Larissa. 2009. **Abjeção e Desejo - uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de AIDS**. São Paulo, SP: Editora Annablume.
- PEREIRA, Luiz Fernando. 2013. **No labirinto da gestão: notas sobre moradores de rua e trabalhadores da Assistência Social**. Dissertação de mestrado – Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.
- PEREIRA JUNIOR & CAMPOS, G. 2014. “O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão”. In: **Interface: comunicação, saúde e educação**. 18 supl I:895-908.
- PERRONE-MOISES, Beatriz; SZTUTMAN, Renato. 2010. “Notícias de uma certa confederação Tamoio”. In: **Mana**. 16(2): 401-433
- PERIN, Vanessa 2013. **Um campo de refugiados sem cercas: etnografia de um aparato de governo de populações refugiadas**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Sociologia, UFSCar.
- PIGNARRE, Philippe. 1999. **O que é o medicamento? Um objeto estranho entre a ciência, mercado e sociedade**. Editora 34, São Paulo.
- PINHEIROS & MATTOS org. (2001). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. RJ: ABRASCO.
- PINTO, G. WANDERLEY, L. 2010. “Memória e resistência: a experiência do mapeamento participativo da comunidade quilombola de Linharindo, Espírito Santo”. In: ACSERLRAD e HENRI (orgs). **Cartografia Social e dinâmicas territoriais: marcos para o debate**. Rio de Janeiro: IPPUR/UFRJ.
- POSTIGO, Evelyn. 2014. **A Bola da Vez: gestão e resistência no cotidiano de uma favela em contexto de pacificação**. Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.
- PORTER, Theodore. 1995. **Trust in numbers: the pursuit of objectivity in science and public life**. Princeton University Press.
- POWER, M. 1997. **The Audit Society: Rituals of Verification**, Oxford: Oxford University Press.

- RABINOW, Paul. 1986. "Representations are social facts: modernity and post-modernity in Anthropology". In: CLIFFORD, J, MARCUS, G. **Writing culture**. Berkeley: University of California.
- \_\_\_\_\_. 1991. "Artificialidade e ilustração da sociobiologia à bio-sociabilidade". In: **Novos Estudos**, n.31, p.79-93.
- \_\_\_\_\_. 1996. **Essays on the Anthropology of Reason**. Princeton: Princeton University Press.
- RAYNAULT, Claude. 1997. "L'Afrique et le sida : questions à l'anthropologie, l'anthropologie en question In: Sciences sociales et santé". In: **Sida : nouvelles perspectives en anthropologie et em sociologie?** Volume 15, n°4, 1997, pp. 9-38.
- REIS, Alberto; MARAZINA, Isabel; GALLO, Paulo. 2004. "A humanização na saúde como instância libertadora". In: **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.36-43, setembro.
- REED, Adam 2006. "Documents Unfolding". In: RILES, Annelise (org). 2006. **Documents: artifacts of modern knowledge**. Michigan: The University Michigan Press.
- RILES, Annelise. 2006. "[Deadlines]: Removing the brackets on politics in bureaucratic and anthropological analysis". In: RILES, A.(org). 2006. **Documents: artifacts of modern knowledge**. Michigan: The University Michigan Press.
- ROSE, Nikolas. 1992. "Governing the Enterprising Self". In: HEELAS, Paul; MORRIS, Paul (Eds.). **The Values of the Enterprise Culture: The moral debate**. New York & London: Routledge.
- \_\_\_\_\_. 1999 [1989]. **Governing the soul: the shaping of the private self**. 2ed. London/New York: Free Association Books.
- \_\_\_\_\_. 1998. "Governing Risky Individuals: The Role of Psychiatry in New Regimes of Control". In: **Psychiatry, Psychology and Law**, vol 5, n.2, p.177-195.
- \_\_\_\_\_. 2004. **Powers of Freedom: Reframing Political Thought**. Cambridge: Cambridge University Press.
- RUI, Taniele. 2012a. Vigiar e cuidar: notas sobre a atuação estatal na "cracolândia". In: **Revista brasileira de Segurança Pública**, São Paulo v. 6, n. 2, 336-351 Ago/Set.
- \_\_\_\_\_. 2012b. **Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack**. Tese de doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas: Universidade de Campinas.
- \_\_\_\_\_. 2013. "Depois da 'Operação Sufoco': sobre espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na "cracolândia" paulistana". In: **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 2 p. 287-310, Jul.–Dez.
- \_\_\_\_\_. 2014. **Nas tramas do crack: etnografia da abjeção**. São Paulo: Terceiro Nome.
- RUI, Taniele. MARTINEZ, Mariana & FELTRAN. Gabriel. 2016. **Novas faces da vida nas ruas**. São Carlos: Edufscar.
- RUSSO, Jane. 1993. **O corpo contra a palavra: as terapias corporais no campo psicológico dos anos 80**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ.

- SANTOS, Alessandra. 2014. **Nesse solo que vós estais, lembrai-vos que é de morrer: etnografia das práticas de caminhar, conhecer e mapear entre os habitantes de Pedro Cubas, um Remanescente de Quilombo do Vale do Ribeira – SP**. Dissertação de Mestrado Defendida no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos
- SARTORI, Leczy. 2010. **O Manejo da Cidadania em um Centro de Atenção Psicossocial**. Dissertação de Mestrado Defendida no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos.
- \_\_\_\_\_. 2011. 'O manejo da cidadania e a democracia do cuidado'. In: **Campos - Revista de Antropologia Social**. v.12, n.1.
- \_\_\_\_\_. 2015. **A política de financiamento de uma tecnologia de cuidado: etnografia do processo de reforma psiquiátrica do serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira**. Tese de doutorado Defendida no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos.
- SEVERI, Carlo. 2007. “Autorités sans auteur – Formes de l’autorité dans les traditions orales”. In: **Colloque “De l’autorité”, Colloque annuel du Collège de France**, Octobre. Disponível em: <http://carloseveri.net/pdf/31.-Autorite-sans-auteur.pdf>.
- SILVA, Martinho. 2005. “Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental”. In: **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(1):127-150.
- \_\_\_\_\_. 2013. “O que a Reforma Psiquiátrica Brasileira produziu? Sobre tecnologias psicossociais e categorias antimanicomiais”. In: **Revista de Antropologia da UFSCar**, v.5, n.2, jul.-dez., p.57-68.
- SIQUEIRA, Domiciano. 2006. **Mal(dito) cidadão num sociedade com drogas**. São Paulo: King gráfica e editora.
- SCOTT, James. 1998. **Seeing like a state: how certain schemes to improve the human condition have failed**. New Haven and London: Yale University, Press.
- SHORE, C; WRIGHT, S. 2000. “Coercive accountability: the rise of audit culture in higher education”. In: STRATHERN, M. 2000. **Audit Cultures: Anthropological studies in accountability, ethics and the academy**. London and New York: Routledge.
- STENGERS, Isabelle; RALET, Olivier. 1991. **Drogues: lê défi hollandais**. Paris: Delagrangue.
- STOCKING, George. 1987. **Victorian Anthropology**. New York: The Free Press.
- STRATHERN, Marylin. 2000. **Audit Cultures: Anthropological studies in accountability, ethics and the academy**. London and New York: Routledge.
- \_\_\_\_\_. 2005. “The concept of society is theoretically obsolete?” In: INGOLD, Tim (org). 2005. **Key Debates in Anthropology**. London: Taylor & Francis e-Library.
- \_\_\_\_\_. 2006 [1988]. **O gênero da dádiva: problemas com mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia**. Campinas: Editora da UNICAMP.

- \_\_\_\_\_. 2014. “Anthropological reasoning: some threads of thought. In: **Hau: Journal of Ethnographic Theory** 4 (3): 23–37.
- STREET, Alice. 2011. “Artefacts of not-Knowing: The Medical Record, Diagnosis and the Production of Uncertainty in Papua new Guinean Biomedicine”. In: **Social Studies of Science**, 42:1–20.
- TSING, Anna. 2005. **Friction : an ethnography of global connection**. Princeton and Oxford: Princeton University Press Princeton and Oxford.
- URCIUOLI, Bonnie. 2000. “Strategically deployed shifters in college marketing or just do they men by ‘skill’ and ‘leadership’ and ‘multiculturalism’?”. In: **Language and culture: symposium**. Disponível em: <http://language-culture.binghamton.edu/symposia/6/index.html>
- VARGAS, Eduardo. 2001. **Entre a extensão e a intensidade – corporalidade, subjetivação e uso de drogas**. Tese de doutorado. FAFICH, UFMG.
- \_\_\_\_\_. 2006. “O uso de drogas: a alter-ação como evento”. In: **Revista de Antropologia**, vol. 49, n. 2. São Paulo: USP.
- VENÂNCIO, R; CARNEIRO, H. 2005. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas.
- VIANA, A; SILVA, H; MELO, M.; CAJUEIRO. 2009. “O PSF como estratégia do SUS: financiamento e desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo”. In: COHN, A. (org). **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC.
- VIANNA, Catarina. 2010. **Os Enleios da Tarrafa: Etnografia de uma parceria transnacional entre ONGs através de emaranhados institucionais de combate à pobreza**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade de São Paulo.
- \_\_\_\_\_. 2014. “Lições em engenharia social: a lógica da matriz de projeto na cooperação internacional”. In: **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 20, n. 41, p. 87-115, jan./jun.
- \_\_\_\_\_. 2015. **Os enleios da tarrafa: etnografia de uma relação transnacional entre ONGs**. São Carlos: EDUFSCar.
- VILLELA, Jorge. 2010. “Moral da Política e Antropologia das Relações de Poder no Sertão de Pernambuco”. In: **Lua Nova (Impresso)**, v. 79, p. 163-199.
- \_\_\_\_\_. 2011. **Ordem pública e segurança individual: política e polícia no sertão de Pernambuco**. São Carlos: EDUSCAR.
- YARROW, Thomas. 2008. “Paired opposites: dualism in development and Anthropology”. In: **Critique of Anthropology**. Vol 28(4): 426-445.
- WACQUANT, Louis. 2002. **Corpo e alma: notas etnográficas de um aprendiz de boxe**. Rio de Janeiro : Relume Dumará.
- WAGNER, Roy. 2010 [1975]. **A invenção da cultura**. São Paulo: Cosac & Naify.
- WHITAKER, Francisco. 1993. “Rede: uma estrutura alternativa de organização”. In: **Revista Mutações Sociais**, ano 2, n.3.
- WOODAK, A; JARLAIS, D. 1994. “Estratégias para a prevenção da infecção pelo HIV entre usuários de drogas e destes para os seus parceiros”. In: MESQUITA, F.

- BASTOS, F. (org) 1994. **Drogas e Aids: estratégias de redução de danos.** São Paulo, Editora Hucitec.
- WOOLGAR, Steve; LATOUR, Bruno. 1986. **A vida de laboratório: a produção de fatos científicos.** Rio de Janeiro: Relume Dumará.

## DOCUMENTOS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. 2006. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil.**
- ANVISA. 2013. **Guia para transporte de sangue e Componentes.**
- BRASIL. 1987. Ministério da Saúde. **8º Conferência Nacional de saúde (CNS).** Brasília.
- BRASIL. 2003a. Ministério da Saúde. **Política Nacional De Atenção Integração Aos Usuários De Álcool E Outras Drogas.**
- BRASIL. 2003b. Ministério da saúde. **Programa nacional de avaliação dos Serviços hospitalares –versão hospitais psiquiátricos.** Brasília.
- BRASIL. 2004a. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília.
- BRASIL. 2004b. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: política nacional de humanização.** Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. 2004c. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social.** Brasília.
- BRASIL 2009a. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada.** Brasília: Série B. Textos Básicos de Saúde.
- BRASIL, 2009b. Ministério da saúde. **Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas PEAD 2009-2011.**
- BRASIL, 2009c. **PEAD (2009-2010)** cartilha. Brasília.
- BRASIL, 2009d. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Redes de produção de saúde.** Brasília.
- BRASIL. 2010a. Ministério da Saúde. **Consultórios de Rua do SUS.** Brasília.
- BRASIL. 2010b. Ministério da Saúde. **Crack é possível vencer. Cartilha.** Brasília.
- BRASIL. 2011. Ministério da Saúde. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do apoio institucional integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE.** Brasília (DF): MS; 2011.
- BRASIL. 2013. Ministério da Saúde. **Projeto “Caminhos do Cuidado” - Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica.** Brasília.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. s/d. **Caderno do território núcleo 1.** Secretaria de Saúde.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. s/d. **Cadernos da saúde de SBC – vol 2- saúde mental.** Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. s/d. **Os espaços coletivos, a territorialização e a implantação das linhas de cuidado em São Bernardo do Campo.** Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo.