

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA**

**A política de financiamento de uma *tecnologia de cuidado*.  
Etnografia do processo de reforma psiquiátrica do Serviço de Saúde Dr.  
Cândido Ferreira**

**Lecy Sartori**

**São Carlos  
2015**

**Lecy Sartori**

**A política de financiamento de uma *tecnologia de cuidado*.  
Etnografia do processo de reforma psiquiátrica do Serviço de Saúde Dr. Cândido  
Ferreira**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos como requisito para a obtenção do título de doutora em Antropologia Social.

Orientador: Prof. dr. Jorge Luiz Mattar Villela.

São Carlos  
2015

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

S251p Sartori, Lecy  
A política de financiamento de uma tecnologia de cuidado. Etnografia do processo de reforma psiquiátrica do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira / Lecy Sartori. -- São Carlos : UFSCar, 2015.  
291 p.

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

1. Antropologia política. 2. Política de financiamento em saúde mental. 3. Reforma psiquiátrica brasileira. 4. Práticas de governo. 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

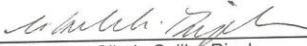
*Lecy Sartori*


25/08/2015

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

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

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

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

  
Profa. Dra. Ciméa Barbato Bevilaqua  
Universidade Federal do Paraná / UFPR

Submetida à defesa em sessão pública  
Realizada às 14:00h no dia 25/08/2015.

Banca Examinadora:  
Prof. Dr. Jorge Luiz Mattar Villela  
Prof. Dr. Piero de Camargo Leiner  
Profa. Dra. Anna Catarina Morawska Vianna  
Profa. Dra. Cibele Saliba Rizek  
Profa. Dra. Ciméa Barbato Bevilaqua

Homologado na CPG-PPGAS na  
\_\_\_\_\_ª Reunião no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Prof. Dr. Jorge Luiz Mattar Villela  
Vice-Coordenador do PPGAS

## AGRADECIMENTOS

---

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela bolsa de estudo no Brasil e na França (bolsa sanduíche), fundamental para sustentar as necessidades materiais para a realização da pesquisa.

A todos os meus interlocutores e amigos do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, em especial Ana Carla Lefebvre, Bárbara Ana, Carina Almeida Bajurd, Cintia Sary, Emelice Bagnola, Flávia Machado Seidinger, Gal Soares De Sordi, Heloísa Amaral, Lívia Martha, Ludimila Palucci Calsani, Maíra Bonafé Sei, Paula Barioni, Renata Magalhães, Ricardo Sparapan Pena, Ruth Cerejo, Telma Palmieri, Veridiana Marucio. A Régis Moreira, Silvana Borges e Henrique Lukás, pela amizade sincera.

Ao meu orientador, Jorge Luiz Mattar Villela, pelo tanto que contribuiu para a minha formação, pela generosidade, pela amizade e pela leitura atenta e perspicaz.

A Clarice Cohn, Edmundo Antonio Peggion, Luiz Henrique de Toledo, Marina Denise Cardoso e Piero de Camargo Leirner, meus professores no PPGAS-UFSCar, que, cada um a seu modo, estimularam meu pensamento. À professora Débora Cristina Morato Pinto, pela inestimável ajuda na parte burocrática do pedido da bolsa sanduíche para a França e pela generosa articulação com o Departamento de Filosofia da École Normale Supérieure, de Paris. Em especial, aos professores Frédéric Worms e Frédéric Keck, dessa instituição.

A todos os funcionários do PPGAS-UFSCar, que regularizaram minha vida acadêmica e sempre estiveram prontos a me ajudar, especialmente Fábio Urban.

A Anna Catarina Morawska Vianna e Piero de Camargo Leirner, membros de minha banca de qualificação, pelos comentários ao meu trabalho e pelas sugestões para a análise dos meus dados de campo.

Aos colegas do doutorado Aline Iubel, Cristina Rodrigues da Silva, Fabiano Alves de Souza, Gil Vicente Lourenção e Júlio Palmiere. A Flávia Carolina da Costa e Maria Carolina de Araujo Antonio, pela amizade e por me mostrarem que a vida é muito mais.

A Bruna Potechí e Amanda Guerreiro, pela amizade e pela leitura de partes do texto.

Aos amigos do PPGAS-UFSCar: Amanda Marque, Camila Mainardi, Juliana Coelho, Talita Lazzarin Dal'Bó e Thais Mantovanelli da Silva.

Aos amigos do grupo de pesquisa Hybris: Adalton Marques, Ariane Vasques, Guilherme Boldrin, Jacqueline Lima, Karina Bionde, Sara Regina Munhoz, Zinho Pereira e, em especial, Mariana Martinez.

Aos meus amigos de sempre, além da amizade, pela paciência com minha reclusão: André, Biza, Bruna e Hermes, Carmen, Francisco e Murilo, Juliane Larsen, Lê Lopes, Nayadi e Murilo, Nayana, Mariama, Paulinha e Sara.

À Branca, pela inestimável ajuda com a leitura do texto; à Leila Lincoln e ao Paulo, pelo cuidado e equilíbrio.

À minha família, sempre presente: meus pais, Ademir e Bete; meus irmãos, Ricardo e Sérgio; minhas cunhadas Letícia e Selma; meu avô Pedro; meus tios Gilberto, Fátima, Rosângela e Xande; meu primo Pedro Henrique; meus sogros, Carlito e Maria; meus cunhados Emílio e Bianca.

Ao Fábio, por me acompanhar de perto, sempre ouvindo as infindáveis preocupações; pela leitura e pelos comentários sobre o texto; pelo incentivo nos momentos de desânimo; pela compreensão de minhas ausências; pelo carinho que dá sentido à vida...

E o que é um alienado autêntico?  
É um homem que preferiu ficar louco, no sentido em que socialmente isto é entendido, do que  
trair uma certa ideia superior de honra humana.  
É assim que a sociedade fez estrangular em seus asilos todos aqueles de que quis se livrar ou se  
defender, por terem se recusado a ser seus cúmplices em certas imensas sujeiras.  
Porque um alienado é também um homem que a sociedade não quis ouvir e a quem ela quis  
impedir de dizer verdades insuportáveis.

*Antonin Artaud*

SARTORI, Leczy. 2015. **A política de financiamento de uma *tecnologia de cuidado*. Etnografia do processo de reforma psiquiátrica do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.** 291f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

**Resumo:** Este trabalho analisa a política de financiamento estabelecida no convênio de cogestão entre a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) desde 1990. A partir do discurso dos profissionais que trabalham nessa instituição, descreve como, no SSCF, fazer política é inerente à prática clínica, às relações de negociação com aquela secretaria, às estratégias de escrita e fabricação de documentos do convênio. A etnografia foi realizada na Comissão de Acompanhamento do Convênio, na Comissão de Moradias, nas reuniões da equipe do Serviço Residencial Terapêutico (SRT), num curso de capacitação para os profissionais desse serviço e num evento comemorativo dos 20 anos de sua implementação. As modificações decorrentes do processo de reforma no modelo psiquiátrico, descritas com base no discurso mnemônico dos profissionais, e seus efeitos na vida de uma moradora do SRT revelam os rearranjos técnicos e arquitetônicos que produziram a reabilitação dos internos, o Projeto Terapêutico Individual (PTI) e uma rede de assistência. No SRT, foi instituída uma “tecnologia de cuidado”, elaborada a partir da singularidade dos usuários, que articula procedimentos e saberes não somente psiquiátricos, mas também clínicos, psicológicos e geriátricos, em intervenções de acompanhamento (controle contínuo), monitoramento (vigilância a distância) e gestão com o objetivo de governar a conduta e o projeto de vida daqueles. A “clínica do detalhe”, o “manejo terapêutico” e a “relação de cogestão” permitem à equipe avaliar, calcular e problematizar a demanda singular do usuário, racionalizada em dados que são registrados em documentos e transformados em parâmetros que disseminam as informações entre os profissionais e possibilitam medir a efetividade das intervenções terapêuticas, bem como aperfeiçoá-las, planejá-las e gerenciar as metas do SRT. Essa forma de proceder, que transmuta as informações em conhecimento singular, que as inscreve em documentos e as torna visíveis aos administradores municipais, justifica o financiamento e autoriza as práticas de governo no SRT.

**Palavras-chave:** Antropologia Política; Política de Financiamento em Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica Brasileira; Práticas de Governo.



SARTORI, Leczy. 2015. **The funding policy of a *care technology*. Ethnography of psychiatric reform process Health Service Dr. Cândido Ferreira.** 291p. Thesis (Doctorate in Social Anthropology) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

**Abstract:** This work analyzes the established funding policy in co-management agreement between the Municipal Health Sector Campinas and the Health Service Dr. Cândido Ferreira (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira–SSCF) since 1990. From the professionals' speech who works in this institution, I describe how, in the SSCF, making politics is inherent to the clinical practice, the negotiating relationship with that Health Sector, the writing strategies and manufacturing agreement documents. The ethnography was held at the Agreement Monitoring Commission, at the House Commission, at the meeting of the Therapeutic Residential Services' Team (Serviço Residencial Terapêutico–SRT) and at one training course of this professionals in this area and at commemorative event of the 20 years of its implementation. The changes arising from the reform process within the psychiatric model, described was based on mnemonic professional's speech, and its effects on the life of one resident of SRT, reveals the technical and architectural rearrangements that produced the rehabilitation of the inmates, the Individual Therapeutic Project and to a support network. In SRT, a “care technology” was implemented, drawn from the singularity of users, combining not only psychiatric procedures and knowledge, but also clinical, psychological and geriatric in monitoring interventions (continuous control), monitoring (monitoring the distance) and management in order to govern the conduct and the life project of those. The “clinic of detail”, the “therapeutic management” and the “co-management relationship” allows the team to evaluate, calculate and discuss the individual demand, rationalized in data which are recorded in documents and made into parameters that disseminate information between professionals enabling the latter to measure the effectiveness of therapeutic interventions and improve them, plan them and manage the SRT goals. This way of proceeding, that transmutes the information in singular knowledge that subscribe thus into documents and makes them visible to the municipal administrators, justifies funding and authorizes the government practices to the SRT.

**Key-Words:** Political Anthropology; Mental Health Funding Policy; Brazilian Psychiatric Reform; Government Practices.

## SUMÁRIO

Lista de Siglas.....	1
Lista de Figuras.....	3
Aviso ao Leitor .....	4
<b>Introdução .....</b>	<b>5</b>
A relação com o campo de pesquisa .....	13
Roteiro da tese .....	28
<b>PARTE I</b>	
<b>DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO AO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO</b>	
<b>Capítulo I: A Pesquisa de Campo.....</b>	<b>34</b>
1.1 A política.....	34
1.2 A política de financiamento em saúde no Brasil.....	38
1.3 A <i>rede de assistência</i> do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira .....	42
1.4 Os convênios .....	51
1.5 A Comissão de Acompanhamento do Convênio .....	55
1.6 Como se fabrica um convênio?.....	66
1.7 Financiamento <i>versus</i> autonomia.....	68
<b>Capítulo II: A Política Institucional da Reforma .....</b>	<b>71</b>
2.1 O processo de reforma assistencial.....	74
2.2 Mudanças institucionais: pessoas e documentos — o prontuário de Valentina .....	81
2.3 Moradias assistidas .....	84
2.4 A relação de responsabilidade .....	92
2.5 “Muito se olha e muito se cria” .....	95
<b>Capítulo III: O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) .....</b>	<b>100</b>
3.1 O Projeto Terapêutico Individual (PTI) .....	104
3.2 O <i>profissional de referência</i> .....	111
3.2.1 Medicação .....	115
3.3 O processo de <i>reabilitação</i> dos <i>internos</i> .....	119
3.4 O Serviço Residencial Terapêutico (SRT).....	123
3.5 Rearranjos institucionais .....	130

3.6 Registro documental, planejamento da reforma e a produção de um saber experimental.....	136
3.7 Valentina e a institucionalização da precariedade social.....	141
<b>PARTE II</b>	
<b>A POLÍTICA DE FINANCIAMENTO</b>	
<b>Capítulo IV: Clínica e Política.....</b>	<b>149</b>
4.1 A política de moradias.....	150
4.2 O <i>manejo</i> da reabilitação psicossocial.....	155
4.3 A <i>equipe das moradias</i> .....	162
4.4 Reunião de <i>equipe</i> .....	172
4.5 O SRT como <i>dispositivo de saúde</i> .....	181
4.6 Uma <i>tecnologia de cuidado</i> .....	186
4.7 A emergência da <i>clínica do detalhe</i> .....	189
<b>Capítulo V: Práticas de Governo nas Moradias.....</b>	<b>195</b>
5.1 O governo das condutas na <i>clínica do detalhe</i> .....	199
5.2 O projeto de vida.....	205
5.3 A <i>política do caso</i> na clínica da <i>reabilitação</i> psicossocial.....	210
5.4 A <i>cogestão</i> como mecanismo operador das relações.....	219
5.5 Os <i>profissionais</i> , a relação de <i>vínculo</i> e o <i>cuidado</i> no SRT.....	223
5.6 As intervenções terapêuticas a serviço do governo das precariedades sociais.....	229
5.7 Indicadores e avaliação: como <i>calcular a reabilitação</i> psicossocial?.....	232
<b>Capítulo VI: A Política de Financiamento de Novas Práticas de Governo.....</b>	<b>238</b>
6.1 A política.....	240
6.2 A <i>Comissão de Moradias</i> .....	244
6.3 Do local ao nacional: a regulação da política de moradias.....	252
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>259</b>
<b>Referências.....</b>	<b>266</b>

## Lista de Siglas

---

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
Apac	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
AT	Acompanhamento terapêutico
BPC	Benefício de Prestação Continuada
Cada	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
Cafod	Catholic Agency for Overseas Development
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS Ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CBF	Confederação Brasileira de Futebol
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
Ceco	Centro de Convivência
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Cerest	Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador de Campinas
Cermes	Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale, Société.
CETS	Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde
Cevi	Centro de Vivência Infantil
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
Clin-a	Centro Lacaniano de Investigação da Ansiedade
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
Cohab	Companhia Metropolitana de Habitação
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
Creas	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRI	Centro de Referência à Saúde do Idoso
CS	Centro de Saúde
DGDO	Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional
Dinsam	Divisão Nacional de Saúde Mental
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EOL	Escuela de la Orientación Lacaniana
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
Fumec	Fundação Municipal para Educação Comunitária
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
HD	Hospital dia
ICdeBA	Instituto Clínico de Buenos Aires
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPC	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
Loas	Lei Orgânica da Assistência Social

LTDA	Limitada
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
NAC	Núcleo de Atenção à Crise
Nadeq	Núcleo de Atenção a Dependentes Químicos
NOT	Núcleo de Oficinas e Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
OSS	Organização Social de Saúde
PDT	Partido Democrata Trabalhista
PIS	Programa de Integração Social
PNASH/Psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares de Psiquiatria
PNDH	Política Nacional de Direitos Humanos
PNH	Política Nacional de Humanização
Poli	Policlínica
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTI	Projeto Terapêutico Individual
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa
RH	Recursos Humanos
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
Sada	Serviço de Atenção à Dificuldade de Aprendizado
Samim	Serviço de Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante
Samu	Serviço Médico de Urgência
Sanasa	Sociedade de Abastecimento de Água
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Sesc	Serviço Social do Comércio
Sesi	Serviço Social da Indústria
SIA	Sistema de informações Ambulatoriais
SinSaúde	Sindicato de Saúde de Campinas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOS Rua	Serviço de Orientação Social à Pessoa em Situação de Rua
SPAS	Substância psicoativas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SSCF	Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira
Suas	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TMG	Transtorno Mental Grave
TO	Terapia Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
Uerj	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
Unesp	Universidade Estadual Paulista
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
URM	Unidade de Reabilitação dos Moradores
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## Lista de Figuras

---

- Figura 1:** Edifício principal do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), no distrito de Sousas (município de Campinas). .....44
- Figura 2:** Localização do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), no distrito de Sousas. Em destaque, o trajeto entre o centro de Campinas (ponto A) e o SSCF (ponto B) (Fonte: Googlemaps, 2015). .....45
- Figura 3:** Divisão espacial dos distritos de saúde (divididos em Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste) do município de Campinas. Os triângulos indicam os serviços de saúde mental sob a gestão do município. ....49
- Figura 4:** Serviços públicos de saúde mental de Campinas, em 2011.....50
- Figura 5a:** Primeira página de um Projeto Terapêutico Individual (PTI). .....105
- Figura 5b:** Segunda página de um Projeto Terapêutico Individual (PTI). .....1056
- Figura 6:** Manifestação dos trabalhadores da rede de saúde de Campinas em frente à prefeitura, em 23 de maio de 2012. Créditos da foto para o Fórum Popular de Saúde de Campinas.....240

Nesta tese, os nomes de *usuários* do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) são fictícios. No caso dos *profissionais* da instituição, para preservar sua identidade, muitas vezes utilizei a categoria de seu ofício e o nome do serviço em que estavam trabalhando para situar sobre o contexto descrito. Mesmo no caso daqueles que me autorizaram a publicizar o nome, fiz valer as imposições das normatizações dos comitês de Ética em Pesquisas em Seres Humanos nos quais o meu projeto de doutorado foi aprovado. Mas apresento o nome nas citações de suas falas num evento que comemorou os 20 anos do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) do SSCF, em espaços públicos (caso das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Campinas) e em entrevistas da Rádio Online Maluco Beleza, além de citá-los no caso de produções acadêmicas e artigos publicados.

Todas as palavras e expressões que estão em itálico (salvo as de língua estrangeira) se referem a termos nativos, e se seguirão, no corpo do texto ou em nota, da explicação de sua significação. As frases de enunciação de meus interlocutores que aparecem entre aspas em itálico são anotações do meu caderno de campo, mas optei, nas citações blocadas deste, por utilizar texto normal. As frases de interlocutores e os dados/informações que aparecem entre aspas sem itálico são citações literais de documentos.

Eu comecei minha vida na saúde mental montando o projeto de Lar Abrigado no Juquery, que é a origem do que vai ser as residências terapêuticas, a primeira experiência de fazer mudanças institucionais. Parto de uma enfermaria geral, uma cena que muitos de vocês conhecem: cerca de 150 mulheres se espalhavam, sem um diálogo sequer entre elas. Me chamava a atenção 150 pessoas andando em um espaço em absoluto silêncio e apenas o ruído dos passos arrastando pelo chão. Algumas caminhavam de um lado para outro, em um ritual repetitivo e preciso de passos e gestos; outras estavam deitadas no chão e contemplando o vazio; algumas procuravam bitucas de cigarro pelo chão; muitas estavam seminuas ou completamente nuas. Ouvi uma funcionária afirmar: “Não adianta dar roupas, elas rasgam e jogam fora. Isso é da doença”. Ao entrar nesse pátio pela primeira vez, dezenas de pacientes vieram em minha direção: falaram ao mesmo tempo, pediram cigarro, pediram para ir embora, perguntaram se eu era parente, pediram dinheiro, pediram para eu levar notícias aos filhos, me pediram em casamento! Ufa! A sensação era a de que eu estava sendo atacado por zumbis. Eram pessoas que as veredas da vida tinham levado pra lá. As veredas e os homens.

[...] Uma dessas mulheres, que me pediu um cigarro, estava internada desde 1939 — o ano era 1984, estava ela, portanto, com 62 anos, mas sua aparência era de muito mais. Ela havia sido internada aos 17 anos sob a solicitação de um juiz de uma cidade do interior de São Paulo. Motivo da internação: meretrício. Ela era uma meretriz e passou 45 anos reclusos no manicômio. Outra mulher — essa andava de um canto ao outro —, com traços orientais; era uma japonesa. Ao se aproximar, começou a falar algo que tive dificuldades em reconhecer. Ela falava em japonês. Eu sou descendente, não sei falar, mas eu entendia, mas era um japonês muito esquisito. Um funcionário, conhecedor de sua história, me contou que ela sempre rabiscava uns desenhos. Dei a ela uma folha de papel e caneta, ela desenhou. Na verdade, ela escreveu algo em japonês, e eu levei para a minha mãe traduzir. Era uma escrita em kanji, que é um ideograma sofisticado, o que significava que ela era alfabetizada. Estava escrito o seguinte: “Socorro, por favor, me ajude!”. Ela havia sido internada em 1938. Era um pouco mais velha, foi internada aos 25 anos de idade, e, desde então, nunca mais saiu do Juquery. [...] Tentamos alguém para conversar com ela em japonês, mas, após tantos anos de reclusão, ela conseguia apenas pronunciar algumas palavras sem sentido em uma língua que remotamente lembrava o japonês. Quarenta e cinco anos de internação, apenas o corpo dela estava lá — porque provavelmente a alma já tinha ido embora fazia tempo.

[...] Pessoas que poderiam ter desenvolvido suas capacidades de viver a vida foram internadas; e o fato de estarem internadas em uma instituição total aniquilou qualquer capacidade subjetiva.

Ao chegar no Juquery, na primeira conversa com o diretor, eu fui informado que era o único psicólogo para atender quatro mil pacientes.

[...] No Juquery havia um monte de casinhas de funcionários e uma população em que 65% dos pacientes tinham alta assinada no prontuário. Era uma população absolutamente cronicada.

Um grupo de pessoas começou a pensar a reforma e restituir ao paciente um novo estatuto. A primeira coisa que consideramos importante foi retirar a consigna de paciente, e os denominamos de morador. Porque eles eram, de fato, moradores. Essa pequena mudança semântica produziu uma mudança na qualidade de vida daquelas pessoas, que passaram a ter o direito de andar sem uniforme, direito a ter um armário para guardar as suas coisas, direito de entrar e sair do hospital a hora que quisesse. (Yasui, 2011)



Nesta citação estão fragmentos da conferência realizada por Sílvio Yasui em 10 de novembro de 2011<sup>1</sup>, segundo dia do evento comemorativo dos 20 anos dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), e traz as suas primeiras impressões sobre o manicômio, quando começou a trabalhar em um deles, o Complexo Psiquiátrico do Juquery, no começo da década de 1980. Seu relato também expõe as primeiras intervenções com o objetivo de reformar o modelo de tratamento nessa instituição, que foi uma das maiores colônias psiquiátricas do Brasil, localizada em Franco da Rocha, na região metropolitana de São Paulo.

Menos de uma década depois, após a assinatura da lei municipal nº 6.215, de 9 de maio de 1990 (publicada no dia seguinte), que autorizou a Prefeitura Municipal de Campinas a celebrar convênio com o Sanatório Dr. Cândido Ferreira — antigo Sanatório para Doentes do Arraial de Sousas e atual Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, localizado no distrito de Sousas, município de Campinas —, foi a vez de este iniciar a sua reforma institucional. A *Lei do Convênio*, como os meus interlocutores se referiam a ela, afirma, em seu artigo 2º, que o objetivo do convênio é a “administração conjunta” dessa instituição, “que passa a se integrar ao Sistema Municipal de Saúde e atender clientela universalizada”; e, em seu artigo 5º, que ele “terá prazo de validade de 1 (um) ano, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por prazo indeterminado” (Prefeitura Municipal de Campinas, 1990). Com o respaldo da lei, em 23 de julho daquele ano foi assinado o Convênio de Cogestão da saúde mental, que, em sua cláusula primeira, reitera o mesmo objetivo (Prefeitura Municipal de Campinas e Casa de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 1990).

Antes da sua promulgação, o SSCF já promovia a reforma, esta atravessada pelo discurso de humanização e do fim das práticas violentas e do eletrochoque<sup>2</sup>. Mas a implementação das mudanças na sua estrutura arquitetônica e a contratação de mais recursos humanos só foram possíveis depois do financiamento. Dessa forma, os desdobramentos da

---

<sup>1</sup> Sílvio Yasui, psicólogo, é professor da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp de Assis). Sua conferência se deu no âmbito do evento Serviços Residenciais Terapêuticos: 20 Anos de História, ocorrido nos dias 9 e 10 de novembro de 2011, realizado pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, em Campinas. No decorrer da tese, refiro-me a esse evento como “encontro comemorativo do SRT”, “encontro comemorativo dos 20 anos do SRT” ou “evento das moradias”, e os autores citados a partir de sua apresentação nele estão listados nas referências finais.

<sup>2</sup> Atualmente chamada de eletroconvulsoterapia, essa prática médica foi regularizada um ano depois da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (nº 10.216/2001) (Brasil, 2001). Ela deve ser consentida pelo paciente, feita em hospital geral e com anestesia, segundo determina a resolução nº 1.640/2002 do Conselho Federal de Medicina (Conselho Federal de Medicina, 2002). Para uma descrição do procedimento de eletroconvulsoterapia executado no Juquery na década de 1970, ver Farias e Sonim (2014: 22); sobre a forma de execução do procedimento, ver Dieguez (2008).

reforma no SSCF — resultados de ações políticas da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)<sup>3</sup>, do Sistema Único de Saúde (SUS), do Movimento de Luta Antimanicomial, da institucionalização da participação da população em cargos de gerência pública e no Conselho Municipal de Saúde<sup>4</sup>, e do investimento financeiro possibilitado com a assinatura do Convênio de Cogestão — serão o foco da primeira parte desta tese.

O processo histórico de contestação do antigo regime de confinamento, com ações efetivas e práticas alternativas ao manicômio, teve lugar, mais intensamente, na Europa e nos Estados Unidos, na segunda metade do século XX. No Brasil, a contestação das práticas manicomiais surgiu no final da década de 1970, depois de denúncias contra ações desumanas — mortes não esclarecidas, estupros, agressões<sup>5</sup> — e a comprovação de que instituições manicomiais eram semelhantes a depósitos de pessoas em precariedade social (sem condições financeiras ou suporte familiar para viver na comunidade). A Reforma Psiquiátrica, formalizada pela lei n<sup>o</sup> 10.216, assinada somente em 6 de abril de 2001 (Brasil, 2001), foi inspirada no modelo da Reforma Italiana (regulamentada em 1978, pela lei n<sup>o</sup> 180) e no modelo da psiquiatria de setor, que, durante a década de 1960, institucionalizou-se na França<sup>6</sup>.

No SSCF, as mudanças mais visíveis tiveram início no final da década de 1980 e foram efetivadas de maneira mais intensa na de 1990, e se referem ao processo de humanização<sup>7</sup>, que implicava na reforma dos espaços de confinamento manicomial para proporcionar um local de habitação, e mesmo de morte, que fosse higiênico e confortável para os *internos*<sup>8</sup>; na extinção progressiva de práticas violentas, quando usadas para punir os

---

<sup>3</sup> Na tese, quando aparecer Reforma Psiquiátrica com iniciais maiúsculas, leia-se RPB.

<sup>4</sup> Instância cujos integrantes são eleitos para representar a comunidade, as associações ou as entidades; vota os projetos de investimento e produz o controle social na área da saúde através da participação nas avaliações, nas proposições, nas deliberações do SUS. Para um estudo etnográfico sobre participação popular, ver Bezerra (2012).

<sup>5</sup> Sobre o processo de remodelação no atendimento à saúde mental no Brasil, ver Amarante (1995).

<sup>6</sup> Na França, a psiquiatria de setor começou a ser organizada no território após a regulamentação do decreto n<sup>o</sup> 47-1169, de 1947 (Hatzfeld, 1963: 46), que incluiu a possibilidade de “livre escolha” para o paciente (possibilitou-lhe escolher os seus próprios terapeutas). Sobre a história da psiquiatria de setor nesse país, ver Henckes (2007).

<sup>7</sup> A humanização, segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), é um jogo ético (ao produzir um compromisso e uma responsabilidade), estético (ao produzir subjetividades autônomas) e político (ao participar como sujeito autônomo, implicado e responsável pela gestão do SUS). A PNH orienta as práticas em saúde, que devem ser formuladas a partir dos aspectos subjetivos dos seus cidadãos, considerando as suas necessidades sociais e os seus desejos, e afirma o “Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente em saúde” (Brasil, 2008: 22).

<sup>8</sup> *Internos* são as pessoas que residem no hospital psiquiátrico.

*pacientes*<sup>9</sup> (cela forte, camisa de força, lobotomia e eletrochoque); em modificações no ambiente hospitalar, que produziram, entre outras coisas, a extinção da separação dos *pacientes* por gênero e a instauração de novas formas de intervenção terapêutica. Essas práticas não investiam na reprodução da ala hospitalar, no encerramento manicomial, na cura dos transtornos mentais ou em tratamentos coletivos e disciplinares. De forma geral, para que a reforma no modelo assistencial fosse possível, o SSCF investiu em ações de *reabilitação*<sup>10</sup> dos *internos* (vide infra 3.3) e na produção da subjetividade dos *profissionais*, na intenção de capacitá-los para *atuar* nesse novo contexto de práticas.

O processo de reforma previa a abertura dos portões que asseguravam o confinamento. Para que isso pudesse acontecer, os *profissionais* foram impelidos a produzir uma outra relação com os *internos*. O tratamento manicomial — que funcionava a partir de uma relação de sujeição, dependência, coerção e violência imposta por uma autoridade médica (Basaglia, 1985: 277) — começou a ser questionado: nesse modelo, os trabalhadores eram em número reduzido e considerados autoritários, e mantinham relação de distanciamento com as pessoas tratadas. Ao problematizar a autoridade médica, os *profissionais* do SSCF colocaram em prática a *tecnologia de cuidado*. O termo *tecnologia* ou a expressão *tecnologia de cuidado* (vide infra 4.6) eram acionados pelos meus interlocutores para explicar uma forma de assistência individualizada, que articula procedimentos e saberes não somente psiquiátricos, mas também clínicos, psicológicos e geriátricos, em intervenções de acompanhamento (controle contínuo), monitoramento (vigilância a distância) e gestão com o objetivo de governar<sup>11</sup> a conduta dos *usuários* nas moradias. Os *profissionais*, na experiência de instituir a *tecnologia de cuidado*, elaboravam e ajustavam as práticas *calculando* a melhor forma de intervenção a partir da singularidade de cada *interno* com o objetivo de extinguir o hospital psiquiátrico. Contudo, a ideia de “*acabar com o hospital*” foi, segundo os meus interlocutores, *ressignificada*: o hospital não tinha, mais, o papel de abrigar as pessoas, sua

---

<sup>9</sup> Nesta tese, os substantivos *usuário*, *morador*, *paciente*, em itálico, são termos acionados pelos meus interlocutores para se referirem às pessoas *cuidadas* em serviços da *rede de assistência* do SSCF. *Paciente*, aqui, não tem o sentido depreciativo de pessoa passiva e doente; ele é assistido e participa do seu processo de tratamento. *Rede de assistência* e *profissionais*, em itálico, referem-se, respectivamente, aos serviços gerenciados pelo SSCF e às pessoas que neles trabalharam/trabalham.

<sup>10</sup> A Declaração de Consenso em Reabilitação Psicossocial da Organização das Nações Unidas define o procedimento de reabilitação como um processo que auxilia a criação de oportunidades e/ou de ações que previnem ou reduzem as incapacidades associadas a desordem mental (World Health Organization, 1996: 2).

<sup>11</sup> Nesta tese, apresento dois acionamentos da palavra *governo*: ao iniciá-la com letra maiúscula, refiro-me ao sistema formal de administração do Estado; ao iniciá-la com letra minúscula, reporto-me à noção de governo de Foucault (2011a: 53; 2011b: 9), como um procedimento estrategicamente formulado para conduzir a conduta dos indivíduos, que inventa novas práticas, que se desenvolve, se contrai, se estende e atinge determinado domínio.

nova função era acolher a *crise*<sup>12</sup> em internações de curta duração para que os *usuários* não perdessem suas relações familiares, os vínculos de solidariedade e de amizade.

Com essa mudança em sua função, o hospital adquiriu novos objetivos. Os *profissionais* elaboraram um projeto de moradias assistidas para abrigar os *internos*. Em 1990, antes da implementação daquelas, estes foram organizados em dois grupos: os que estavam em tratamento na Unidade de Internação de Agudos (“setor dos agudos”) e os que já tinham alta hospitalar, que foram encaminhados para a Unidade de Reabilitação de Crônicos (“setor dos moradores”). O *lar abrigado* foi a primeira moradia extra-hospitalar do SSCF: criado em dezembro de 1991 (Marques e Mângia, 2012: 245), abrigou seis *pacientes* autônomos. A *pensão protegida*, a segunda moradia, foi implantada, em 1994, em uma das alas do hospital, adaptada, em sua arquitetura e em sua organização, para que os *internos* pudessem viver como se estivessem em uma casa. A terceira moradia foi inaugurada pela *equipe* da Unidade de Reabilitação dos Moradores (URM)<sup>13</sup>, em 1995, e abrigou nove *internos* menos autônomos ou que precisavam de *cuidados* intensivos ou um acompanhamento contínuo. Localizada longe do hospital, ela era acompanhada por trabalhadores do Centro de Saúde de Sousas e por uma *profissional* do SSCF, que residiu durante seis meses com os *usuários*. Na segunda metade da década de 1990, ocorreu o que os meus interlocutores chamam de *projeto de expansão do número de moradias*: a implementação de mais quatorze residências, o que desospitalizou grande parte dos *internos* do SSCF. Essa experiência de moradias foi considerada importante por um assessor do Ministério da Saúde que a visitou, e ele convidou os *profissionais* da instituição para compor um grupo de discussão que ajudou a complementar, com sua experiência, o texto da primeira portaria (vide infra 2.1) que regulamentou as moradias assistidas.

Como afirmavam os *profissionais* que trabalharam na instituição na década de 1990, o recurso do convênio firmado com a Prefeitura de Campinas possibilitou a implementação das moradias assistidas e promoveu o início das mudanças na organização espacial do SSCF (fechamento das alas e criação de novos serviços no território/comunidade fora do hospital), e com isso o tratamento psiquiátrico modificou-se. As moradias assistidas foram criadas para os

---

<sup>12</sup> A *crise* (ou surto psicótico) é um período de muito sofrimento para o *usuário*, em vista da intensificação dos seus sintomas. Segundo os *profissionais* do CAPS Esperança, na *crise*, na maioria dos casos atendidos, são característicos os sintomas da psicose: alucinações auditivas e/ou visuais, agitação e agressividade (Sartori, 2010).

<sup>13</sup> Serviço instituído em 1991, responsável pelo processo de *reabilitação* e encaminhamento dos *internos* para as moradias.

*internos* que viviam no hospital do SSCF em decorrência da sua precariedade social. Observa-se que não eram apenas os discursos médico e biológico da doença que justificavam a permanência da internação e o acionamento de uma política de assistência. A *tecnologia de cuidado* não tinha como fim a cura nem era prescrita a partir de protocolos diagnósticos, seu objetivo era a gestão dos *usuários* nas moradias proporcionando “qualidade de vida”. No SSCF, o índice de “qualidade de vida” refere-se ao bem-estar dos *usuários* e permite *calcular* se as ações terapêuticas são efetivas. Esse indicador racionaliza a realidade e a torna visível às problematizações e avaliações. Assim como o índice da precariedade social e do *sofrimento*, a “qualidade de vida” é uma forma de codificar, em uma linguagem, as necessidades observadas localmente que justificam as intervenções de governo da vida dos *usuários*, o financiamento e a elaboração de políticas sociais e de saúde (vide infra 3.4).

Dentre tantas modificações institucionais do processo de reforma do SSCF, aqui descrevo as espaciais e técnicas que resultaram na instauração de uma *tecnologia de cuidado*, no processo de *reabilitação* e na criação do SRT, que ocorreram principalmente na década de 1990, sem que existissem normatizações ministeriais que proporcionassem o respaldo financeiro para as ações. O deslocamento do *cuidado*, do hospital para as residências, implicava no investimento da *equipe* na preparação dos *internos* para a experiência de organização da casa, preparo dos alimentos, gerência do dinheiro, da medicação, do *cuidado* com a higiene pessoal e as vestimentas. Cada *usuário* tinha a sua história de vida e a maioria deles, um percurso institucional de anos de internação, e as dificuldades com essas novas experiências eram diversas. Alguns interlocutores me explicaram que o processo de *reabilitação* tornou-se mais efetivo (o que era avaliado a partir da permanência do *usuário* fora do hospital) depois da substituição progressiva do tratamento coletivo direcionado para a ala hospitalar por um *cuidado* individual, organizado pelo *profissional de referência*<sup>14</sup> responsável pela criação de uma relação de *vínculo*<sup>15</sup>. Institucionalizada em 1997, essa relação permitia ao *profissional* produzir um saber acerca da singularidade do *usuário* e convertê-lo em informações que eram descritas no Projeto Terapêutico Individual (PTI). Esse documento

---

<sup>14</sup> *Profissional de referência, técnico de referência* ou apenas *referência* é o *profissional* responsável pelas ações de *cuidado* e monitoramento do *usuário* nos serviços (vide infra 3.2).

<sup>15</sup> O *vínculo* é uma relação de confiança, de compromisso e de proximidade que permite ao *profissional* desenvolver um saber que é operado na formulação do *cuidado*.

dispõe e especifica as *metas* elaboradas em *cogestão*<sup>16</sup> com o *usuário*, que, nessa relação, torna-se um agente responsável pelo seu processo terapêutico ao expor os seus desejos, *sofrimentos* e *demandas* para o *profissional*, que discutirá em *equipe* a direção das intervenções de *cuidado*. O *usuário*, ao reivindicar as suas necessidades como uma forma de “integração social e não como um princípio de insurreição” (Donzelot, 2001: 63), posiciona-se de maneira ativa, participativa, e alia-se ou *adere* ao *cuidado*. Práticas como o *acolhimento*, a *escuta terapêutica*<sup>17</sup>, a relação de *vínculo*, a elaboração do PTI, o *manejo terapêutico* em ações que buscam prevenir os riscos e promover a segurança — que abordo no decorrer da tese — são consideradas formas de *cuidado*. A prática do *manejo* refere-se a ações *calculadas* para dirigir e orientar o comportamento dos *usuários*, a vida destes em liberdade.

A noção de *manejo* é similar à de governo de Foucault (2011a: 53), descrito como uma estratégia, um mecanismo, um procedimento para dirigir os homens; suas táticas compõem o Estado e acionam dispositivos de segurança para avaliar os custos, administrar os riscos, antever os acontecimentos e controlar a população, que se transforma em alvo das políticas (2006a: 303). Tendo por base a sua concepção de governo, descrevo, nesta tese, como são acionados os mecanismos de segurança nas práticas de *cuidado*, de acompanhamento e de monitoramento dos *usuários* no espaço da cidade, como são organizadas a sua circulação, a sua relação com a comunidade e com o comércio local. Diferente das práticas terapêuticas da psiquiatria biológica, que medica e produz um controle social específico sobre o *paciente* confinado, aliado à perda de autonomia e de responsabilidade individual (Lakoff, 2008: 14), a *tecnologia de cuidado*, no SRT do SSCF, além de administrar os aspectos psiquiátricos, clínicos, sociais e subjetivos tem o objetivo de produzir condutas autônomas, relações de responsabilidade, formas de circulação e a conquista de direitos sociais como benefícios<sup>18</sup>, moradia e lazer. A circulação, ou *mobilidade*, do *usuário* é o indicador qualitativo que

---

<sup>16</sup> A palavra “cogestão” era usada pelos meus interlocutores para nomear o convênio de financiamento (Convênio de Cogestão) e no sentido de uma relação de parceria ou *cogestão*. Para distinguir os dois acionamentos, a partir daqui a utilizo em itálico e inicial minúscula quando se tratar dessa lógica.

<sup>17</sup> A *escuta terapêutica*, ou *escuta*, é a prática de ouvir o *usuário*, em qualquer lugar e a qualquer momento em que ele manifestar a vontade de conversar, pedir para conversar ou necessitar conversar com o seu *profissional de referência* ou com outro *profissional* com quem tenha afinidade. A *escuta* é realizada para identificar a sua demanda e encaminhá-la para a *equipe* a fim de produzir formas de intervenção, que visam ajudá-lo. Detalhei a prática da *escuta terapêutica* em minha pesquisa de mestrado (Sartori, 2010).

<sup>18</sup> Refiro-me ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/Loas), no valor de um salário mínimo, destinado aos idosos e às pessoas com deficiência (física, mental, intelectual ou sensorial) que sobrevivem em família com renda inferior a um quarto do salário mínimo (faz parte de uma política do Sistema Único de Assistência Social–Suas) (Brasil, 1993); e ao benefício “de volta para casa” (Programa de Volta para Casa–PVC), destinado aos pacientes que estiveram internados por, no mínimo, dois anos em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2003) — em 2012, seu valor era de 320 reais.

possibilita medir (auditar) a sua autonomia e o seu *sofrimento*. Da mesma forma que os *usuários* e os *profissionais*, algumas noções como, por exemplo, autonomia, responsabilidade, parceria, indicadores, contratos e gerência circulam e são acionadas tanto na relação de *cuidado* quanto nas relações burocráticas, semelhante ao que ocorre com a ideia de cogestão, que indica, ao mesmo tempo, a parceria implícita no convênio de financiamento com a prefeitura e a relação de parceria entre os *profissionais* e o *usuário* na formulação de seu *cuidado*. A mesma palavra circula em acionamentos distintos.

Para os meus interlocutores, a inversão das ações terapêuticas, da passividade hospitalar para a produção de sujeitos atuantes, é um efeito das intervenções dos saberes psi (psicologia, psicanálise, psicoterapias e psiquiatria), não no sentido acadêmico, de explicações abstratas, mas em sua função de “tecnologia intelectual” (Rose, 2011: 24), que torna visíveis as composições de vida dos *usuários* por meio de suas próprias idiossincrasias e de suas relações consigo e com outras pessoas. Tais saberes foram e são disseminados entre os *profissionais* a fim de organizar as suas relações e tornar aptos para a *escuta terapêutica* e para o encaminhamento da demanda aqueles que não são graduados (auxiliar de moradia<sup>19</sup>, técnico de enfermagem, a secretária) — e as práticas psi *atuam* tanto na relação dos *profissionais* com os *usuários* como em procedimentos de gerência dos recursos humanos e administrativos. Desse modo, o saber operado nas relações e registrado em documentos institucionais compõe as técnicas de governo que incidem tanto sobre os *usuários* como sobre os *profissionais*. Isso fica mais evidente se entendermos o governo a partir da formulação de governamentalidade de Foucault (2006a: 303), que a descreve como o “conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer essa forma bem específica, bem complexa, de poder, que tem como alvo principal a população”. A governamentalidade é o arranjo entre tecnologias e as racionalidades que executam os objetivos da política em um jogo de ajustes entre as normas e os interesses locais, tendo em vista que os “interesses são empreendimentos, não explicações, e são mais frágeis, mais discutidos e mais negociados e negociáveis” (Rose, 2011: 71). No SSCF, esse jogo político aciona, por um lado, as adequações às normatizações visando o financiamento do Governo Federal, e, por outro, produz uma realidade codificada em dados que questiona a validade de algumas portarias. Assim, ao produzir mecanismos para agir sobre a vida dos *usuários*, para direcioná-la aos seus propósitos (Rose e Miller, 2012: 72), a instituição

---

<sup>19</sup> *Profissional* contratado pelo SSCF para realizar os serviços domésticos, preparar refeições e ajudar os *usuários* (vide infra 4.3). Em campo, vi apenas mulheres nessa função.

promove a reforma em seu modelo de assistência atendendo as recomendações ministeriais. Nesse sentido, as práticas e os saberes psi são inerentes ao exercício do poder político e da administração pública. No SSCF, os *profissionais* avaliam e problematizam as necessidades do *usuário*, a sua realidade local, e registram suas experiências em documentos que complementam ou atestam os limites da política de financiamento em saúde.

Nesta tese analiso, a partir do discurso dos *profissionais*, as modificações da reforma institucional do SSCF e a política de financiamento da assistência em saúde mental. Todos os meus interlocutores foram contratados pela instituição após o início das ações da reforma. Ou seja, eles não viveram a experiência de trabalhar no Sanatório para Doentes do Arraial de Sousas, e, mesmo assim, afirmavam que o trabalho realizado no SSCF é diferente do realizado no hospital psiquiátrico porque a assistência volta-se para as necessidades singulares dos *usuários*, sem recorrer às práticas violentas e de confinamento. Interessa-me, aqui, a forma como eles *calculam* as mudanças, observam os seus desdobramentos e avaliam a efetividade das intervenções a partir de seus efeitos na “qualidade de vida”, na produção de saúde e no projeto de vida dos *usuários*. Analisar a política de financiamento de uma nova *tecnologia de cuidado* no SSCF é compreender como os *profissionais* elaboram as suas práticas com base na singularidade dos *usuários*, *calculam* e avaliam sua efetividade, discutem em grupo, registram em documentos institucionais, negociam as necessidades dos *usuários* e dos serviços com a Prefeitura de Campinas e as descrevem no texto do convênio de financiamento.

## **A relação com o campo de pesquisa**

Esta etnografia é um desdobramento da minha pesquisa de mestrado, realizada em 2008 no Centro de Atenção Psicossocial Esperança (CAPS Esperança)<sup>20</sup>, na qual analisei a configuração de suas práticas terapêuticas (Sartori, 2010). Nesse primeiro contato com o campo de pesquisa, verifiquei a tensão e a preocupação dos meus interlocutores com os trâmites burocráticos referentes à renovação anual do convênio de financiamento. Finalizada a

---

<sup>20</sup> O CAPS Esperança é um serviço da *rede de assistência* do SSCF. É designado como CAPS III por funcionar 24 horas todos os dias, assistindo um território com mais de duzentos mil habitantes, com oito leitos de internação, atividades de oficina e atendimento psicossocial em saúde mental.



dissertação, interessei-me por descrever os acontecimentos que tornaram possível a reforma no modelo psiquiátrico do SSCF, e elaborei o projeto de doutorado com o objetivo de investigar os seus documentos de arquivo, proposta que se mostrou inviável, uma vez que ficam armazenados em uma empresa privada, em outra cidade, e mesmo eu me propondo a custear os gastos para que fossem encaminhados a Sousas, a instituição não pôde disponibilizar um *professional* para me acompanhar na análise daqueles. Essa primeira inflexão na pesquisa me impulsionou a reatar laços com os meus interlocutores do mestrado, do CAPS Esperança.

Antes da impossibilidade de acessar o material de arquivo acontecer, iniciei a pesquisa de campo participando da Conferência Municipal de Saúde Mental, em São Carlos, e da sessão da Conferência Estadual, em São Paulo, no primeiro semestre de 2010. Atravessada pelo discurso da política intersetorial, tema oficial e intensamente discutido nas etapas desta última conferência, uma de minhas primeiras ideias foi analisar como era fabricada essa política<sup>21</sup>. Como me contou uma de minhas interlocutoras, no SSCF algumas ações intersetoriais (como moradia, cultura, trabalho, esporte, convivência, acessibilidade, escolarização, socialização, previdência) já são realizadas, mas o grande empecilho para o seu desenvolvimento é o recurso para implementar e sustentar tais ações. Depois de ouvir sua afirmação, procurei investigar como a instituição sustentava essa iniciativa por meio do convênio de financiamento com a Prefeitura de Campinas. Esse questionamento inicial me levou a pesquisar como ela articulava-se com o município e produzia *estratégias*<sup>22</sup> políticas para incluir as ações intersetoriais no texto do convênio (retomo essa discussão no início do capítulo 1).

No segundo semestre de 2010, reatei o contato com a psicóloga Flávia Machado Seidinger, que conheci no CAPS Esperança (hoje é psicóloga do SRT), em 2008, e ela me despertou para a ideia de realizar a pesquisa nas moradias assistidas, destinadas aos *pacientes reabilitados* (vide infra 2.3): segundo disse, o SRT do SSCF era um serviço interessante para analisar a política da Reforma Psiquiátrica. Na época, pensando em sua afirmação, entendi que as moradias eram importantes porque apresentavam a condição de possibilidade para a reforma e a desintegração do regime manicomial de confinamento. Mas não era só isso: Flávia apontava para uma problematização da *equipe* (detalhada no capítulo 3) que evidencia

---

<sup>21</sup> Para uma análise da política como fabricação, ver Villela (2009).

<sup>22</sup> O termo nativo *estratégia* indica ações *calculadas* e acionadas a fim de alcançar um objetivo institucional.

o alto investimento necessário para efetivar um *cuidado* domiciliar que garanta aos *usuários* a segurança para viver nas moradias e a grande dificuldade de manter um projeto como esse. No SSCF, o SRT é o segundo serviço mais caro, o primeiro é a internação hospitalar, e, conforme meus interlocutores, o custo elevado das moradias de *alta complexidade* (ou que funcionam com assistência de *profissionais* por 24 horas) tornou esse projeto inviável como modelo de saúde pública (retomo esse assunto no tópico 3.4)<sup>23</sup>. Envolvida pelo discurso de que a moradia seria um serviço interessante para realizar a pesquisa, em outubro daquele ano fiz uma visita ao campo da pesquisa etnográfica no SSCF: o SRT (detalhada no tópico 2.1)<sup>24</sup>.

Em março de 2011, para continuar a pesquisa de campo, mudei para Sousas, instalei-me a cinco quadras do SSCF e procurei Heloísa Amaral (que também conheci na pesquisa de mestrado), gerente de estágio do SSCF, a fim de estabelecer os espaços onde eu faria as observações — e ela me advertiu da necessidade de aprovação da pesquisa pela equipe da superintendência da instituição. Por essa razão, recorri a Telma Palmieri, na época presidente do seu Conselho Diretor (em 2008, era gerente do CAPS Esperança). Nós três conversamos sobre os espaços institucionais e os grupos em que eu gostaria e/ou poderia participar. Já de início, soube por elas que eu não participaria da reunião do Colegiado Gestor do SSCF<sup>25</sup>, mas fui autorizada a consultar o seu livro-ata. Como um dos grupos que escolhi era a Comissão de Acompanhamento do Convênio<sup>26</sup>, da qual participam gestores da prefeitura, fui encaminhada a pedir autorização para a coordenadora municipal de Saúde Mental, Carla Siqueira Machado. Em abril, encontrei-me com ela para verificar a possibilidade de acompanhar as reuniões como ouvinte. Após estabelecer o espaço em que eu poderia participar (as reuniões *abertas* da Comissão de Acompanhamento do Convênio) e me informar quais eu não poderia ter acesso

---

<sup>23</sup> Sem uma política de financiamento para os *internos* sem autonomia que residiam em hospitais psiquiátricos, as ações da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (instância nacional), em meados da década de 2000, procuravam evitar a criação de hospitais psiquiátricos e mantinham, no país, uma população de quinze mil pessoas asiladas (Brasil, 2005: 26), que contabilizavam, em 2004, a soma de cento e sessenta e dois milhões de reais/ano (Kilsztajn *et al.*, 2008: 2357), tornando-se um grande problema para a Reforma Psiquiátrica.

<sup>24</sup> Descrevi essa visita detalhadamente em um texto que apresentei na IX Reunião de Antropologia do Mercosul, realizada em Curitiba, em 2011 (Sartori, 2011a).

<sup>25</sup> O Colegiado Gestor do SSCF é um grupo que problematiza o funcionamento institucional e delibera de forma coletiva as ações. É composto por pessoas que trabalham na instituição: os gerentes dos serviços, o superintendente, o presidente do Conselho Diretor e o diretor financeiro.

<sup>26</sup> Comissão composta por gestores do SSCF, da Prefeitura de Campinas e por integrantes do Conselho Municipal de Saúde de Campinas. Suas reuniões ocorrem uma vez por semana, no SSCF, para pensar *estratégias* de ação em relação aos problemas e irregularidades que surgem nas negociações destinadas à renovação do Convênio de Cogestão da saúde mental.

(as reuniões *fechadas*<sup>27</sup> dessa comissão e a reunião do Colegiado Ampliado da Prefeitura<sup>28</sup>), Carla me orientou a submeter o meu projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da prefeitura, ao do SSCF e ao da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

No mesmo mês, entreguei o projeto de pesquisa do doutorado aos três CEPs, e depois de uma semana recebi a aprovação do comitê da prefeitura. O da UFSCar, até o início de junho, quando ela entrou em greve (permanecendo até novembro de 2011), não havia se pronunciado; e o do SSCF estava sendo remodelado, de Comitê de Ética Médica para CEP, e era preciso aguardar a conclusão desse processo. Enquanto esperava pelas duas autorizações, investi em novas relações e participei, na instituição, de espaços abertos para a comunidade, caso das oficinas no Ponto de Cultura Maluco Beleza (um dos seus serviços). Nesses contextos informais, aproveitei para restabelecer contato com *profissionais* que conheci em 2008, o que me levou a conhecer outros *profissionais* e alguns *usuários*, que, por sua vez, ajudaram-me a perceber alguns processos burocráticos sob a perspectiva daqueles que não estavam diretamente vinculados às práticas administrativa da instituição em suas negociações com a prefeitura. Isso quer dizer que, mesmo não tendo informações privilegiadas, ajudavam-me a entender o processo de negociação do convênio.

Dessa maneira, tive a oportunidade de questionar os meus novos interlocutores sobre os acontecimentos político-burocráticos, e quanto mais eles me explicavam como funcionava a instituição, mais me autorizavam a participar de determinados espaços: em decorrência de minha insistência e de meu interesse, fui convidada a participar das assembleias dos funcionários e dos *usuários*, de passeatas, das sessões do Conselho Municipal de Saúde e dos eventos comemorativos da Semana de Luta Antimanicomial (em maio de 2011). Além disso, participei, de 12 de abril a 12 de julho, da oficina de edição de vídeo e da oficina de filmagem, que eram atividades do Ponto de Cultura Maluco Beleza.

No início de junho, sem esperança de ter meu projeto avaliado pelo CEP da UFSCar, e considerando a demora do comitê do SSCF, voltei a conversar com Telma Palmieri. Como

---

<sup>27</sup> Nas reuniões *fechadas* da Comissão de Acompanhamento do Convênio se discutia a formulação do texto do Convênio de Cogestão (falo sobre isso no tópico 1.5).

<sup>28</sup> Antiga Câmara Técnica da Prefeitura, o Colegiado Ampliado é composto pelos membros do Colegiado Gestor do SSCF, pelos gestores dos serviços de saúde mental da prefeitura, pelos *apoiadores* dos distritos (ver nota nº 42) e por pessoas convidadas para discutir determinados assuntos como, por exemplo, os *atores* (ver nota nº 35) da *Comissão de Moradias* — instância que regula as vagas das moradias do SRT do SSCF, composta por trabalhadores de diferentes serviços como os CAPS, o Núcleo de Retaguarda, o SRT, os abrigos municipais Renascer e Reviver. No decorrer da tese, ao escrever *comissão*, em itálico, estarei me referindo à *Comissão de Moradias* (retomo a discussão sobre ela no último capítulo).

não havia nada que eu pudesse fazer em relação à autorização do comitê daquela (a não ser esperar o desfecho da greve) nem em relação ao comitê deste, ela me autorizou a começar a pesquisa e entregar os documentos depois — o que só foi acontecer em novembro. Creio que a minha participação no cotidiano do SSCF<sup>29</sup> me ajudou a negociar a questão burocrática da falta da autorização do CEP da universidade<sup>30</sup>. Telma me orientou a procurar a gerente do SRT, Veridiana Marucio, e pedir sua permissão para começar a participar como ouvinte das reuniões da *equipe* desse serviço (*equipe das moradias*). Ainda em junho, fiz contato com ela, e aguardei a confirmação da data para apresentar o meu projeto de pesquisa para os *profissionais* da *equipe*, o que aconteceu no mês seguinte. Segui esse mesmo esquema de autorização dos *profissionais* para participar como ouvinte das reuniões da *Comissão de Moradias* e da reunião do Distrito Leste<sup>31</sup>. Essa negociação burocrática de acesso ao campo de pesquisa com os *profissionais* do SSCF e a exigência inicial de avaliação do meu projeto em três CEPs foram uma prévia do que eu observaria durante a pesquisa, pois já nos primeiros dias deparei-me com a importância dos documentos e das pessoas para efetivar os procedimentos burocráticos e acessar os espaços institucionais.

A experiência etnográfica mostrou uma articulação específica de procedimentos e pessoas, como se observa na exigência da aprovação do meu projeto de pesquisa em três CEPs, que expõe a especificidade dessa relação burocrática, uma vez que o Conselho Nacional de Saúde, através da resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012, determina a submissão do projeto a apenas um comitê, mesmo quando envolve diferentes instituições (Conselho Nacional de Saúde, 2012). Nesse sentido, a recomendação para apresentá-lo em três CEPs diz menos a respeito da normatização sobre ética em pesquisa do que sobre as relações entre essas instituições. A partir dos dados da pesquisa de campo, descrevo a possibilidade frequente, e admitida pelos meus interlocutores, de refazer a norma em sua aplicação sem que signifique, necessariamente, transgredi-la. Isso fica evidente na forma como se fabrica o documento do convênio e no empenho dos *profissionais* em ampliar, nele,

---

<sup>29</sup> Além das oficinas que fiz, eu estava quase que diariamente na instituição, onde almoçava com *profissionais* e *usuários*, e participei de um curso de capacitação oferecido aos *profissionais* do SRT, cujas aulas, semanais, aconteceram de 30 de junho a 15 de setembro de 2011.

<sup>30</sup> Para uma discussão sobre as análises da ética em pesquisa em um campo etnográfico com grupos anônimos de ajuda mútua, ver Ferreira (2013); sobre as restrições éticas no caso de pesquisas etnográficas com aborígenes australianos e suas implicações burocráticas, ver Bosa (2008).

<sup>31</sup> Campinas é dividida em cinco distritos de saúde (Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste). No caso das reuniões que cito, refiro-me ao grupo que problematiza o fluxo entre os serviços da rede de assistência de Campinas, composto por representantes dos serviços do SSCF e dos serviços de saúde mental do município.

os espaços de indeterminação, de forma que os enunciados formalizados contenham, por assim dizer, uma diferenciação própria em agenciamentos futuros (vide infra 1.5). Esse empenho é importante, dado que, na sua percepção, desde o primeiro convênio celebrado o SSCF enfrenta crescente restrição em sua autonomia, em grande medida em decorrência das normatizações federais. Se antes da lei que regulamenta as parcerias e das portarias do Ministério da Saúde era suficiente prestar contas dos recursos recebidos por meio do convênio, em razão delas tornou-se necessário prever minuciosamente os gastos, como condição para a sua renovação. Como resultado, há o deslocamento, como veremos, da assistência para o contrato que impulsiona a proliferação dos mecanismos de avaliação. Isso implica em uma outra temporalidade, já que é preciso antecipar no tempo presente da negociação do convênio não apenas o movimento de práticas de *cuidado* refratárias a protocolos rígidos, mas também sua convergência futura com instrumentos de auditoria cujas referências são as disposições do passado.

Na tese, o meu objetivo principal é analisar a política de financiamento em saúde mental em Campinas a partir das informações obtidas na pesquisa de campo. Para entender essa política, é imprescindível entender como funciona o financiamento das práticas de saúde no SUS (vide infra 1.2) e como são reguladas as modificações da Reforma Psiquiátrica por meio das normatizações ministeriais. Como minha experiência etnográfica teve início no primeiro semestre do doutorado (em abril de 2010), as problematizações antropológicas que enfrento na tese são decorrentes da análise dos dados de campo. O jogo político da relação de parceria (convênio) do SSCF com a Secretaria de Saúde de Campinas foi atravessado pela lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, que atualiza as relações de parceria (entre organizações sem fins lucrativos regidas pelo direito privado e o poder público) e prescreve a necessidade de um projeto técnico que explicita a capacidade operacional, os custos, os cronogramas, os resultados, a prestação de contas da “correta aplicação” do financiamento por meio de um relatório anual das atividades e por um parecer de auditoria (Brasil, 1999a)<sup>32</sup>. Para se adequar às novas exigências da lei, o SSCF produz avaliações de suas práticas e do funcionamento institucional que resultam em dados utilizados para elaborar os documentos que vão afirmar a “correta aplicação” do recurso para justificar o convênio de financiamento.

No decorrer do texto, argumento como as formas de avaliação contínua não são apenas o aperfeiçoamento de técnicas gerenciais que procuram otimizar as relações de *cuidado* e a

---

<sup>32</sup> Portaria regulamentada pelo decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999 (Brasil, 1999b).

organização institucional, mas ações de uma política de controle gerencial e de regulação das novas experiências de Reforma Psiquiátrica. Faço essa problematização a partir dos estudos antropológicos sobre a “cultura de auditoria”<sup>33</sup> (Strathern, 2000b), que apontam para a conexão entre os exames das atividades, as formas de quantificação numérica dos resultados e a sua escrita, que disponibiliza os dados para as inspeções (1999: 17). De acordo com Shore (2009), a auditoria não é só uma prática, mas uma “*ideia*, um *processo* e um conjunto de técnicas gerenciais” (2009: 48; ênfases do original<sup>34</sup>) disseminados em diferentes contextos e utilizados para “medir e monitorar virtualmente todos os aspectos da vida social e profissional” (2009: 29). A partir da expansão das práticas de avaliação, descrevo como os *profissionais* executam o exame das intervenções de *cuidado*, de sua *atuação*, da organização e do funcionamento da *equipe das moradias* com a finalidade de produzir práticas de governo mais eficazes para a *reabilitação* dos *internos*. A reforma institucional produziu o encontro entre a disseminação de técnicas de auditoria e as práticas clínicas, ou melhor, no desenvolvimento e na experimentação da *tecnologia de cuidado* aconteceu a expansão de práticas de auditoria no SSCF.

Segundo uma interlocutora, a década de 1990 foi de intensas modificações no SSCF. Este era mais autônomo para destinar recursos públicos para os projetos em fase de experimentação, e a diminuição de sua autonomia foi um efeito do gerenciamento público que não aprova, mais, o financiamento, mas o projeto que contabiliza a destinação do recurso. Em outras palavras, antes o recurso era repassado e a instituição o destinava para os projetos e prestava contas dos gastos, e agora apresenta e negocia o texto do convênio, que já explicita a destinação do recurso, e, sendo aprovado, entra em vigor um mês depois da aprovação. Na avaliação do convênio, a Secretaria de Saúde negocia o corte do orçamento a partir dos parâmetros ministeriais, e não a partir do saber técnico local dos *profissionais*. Para justificar o financiamento, o SSCF afirma o seu caráter público, por atender de forma gratuita; publica, em seu *site*, o balanço financeiro para expor a transparência do uso do recurso; e reivindica auditoria externa para atestar que as suas dívidas são consequência do repasse incorreto de verbas pela prefeitura.

---

<sup>33</sup> As primeiras publicações que analisaram e detalharam a cultura de auditoria datam do fim da década de 1990: ver Strathern (1999), Shore e Wright (1999), e os trabalhos apresentados na coletânea *Audit cultures: anthropological studies in accountability, ethics and the academy*, organizada por Strathern (2000).

<sup>34</sup> Nesta tese, são minhas as ênfases nas citações em que não houver a indicação “ênfases do original”.

Pode-se afirmar, conforme o discurso dos meus interlocutores, que os procedimentos de auditoria certificam a credibilidade institucional para receber o financiamento. Isto traz a necessidade de documentar todas as negociações, para garantir o cumprimento das ações, como aconteceu em uma reunião da Comissão de Acompanhamento do Convênio: os *atores*<sup>35</sup>, em uma discussão sobre a implementação de um CAPS Ad (CAPS Álcool e Outras Drogas), da Casa de Acolhimento Transitório<sup>36</sup> e do Consultório na Rua<sup>37</sup>, pensaram em realocar um recurso do SSCF para admitir os funcionários que trabalhariam nesses serviços, e, depois que este recebesse o financiamento da contratação, devolveria a verba. Um dos *profissionais* enunciou: “*é preciso pensar o presente e os riscos. Chega de priorizar o fio do bigode. Vamos priorizar o dinheiro e a medida, e assim que surgir o dinheiro investiremos em coisas novas*” (diário de campo, 16/9/2011). Com a frase “*Chega de priorizar o fio do bigode*” ele afirmava que a regulação fundada na palavra era incerta, uma vez que não era possível saber se a prefeitura enviaria o dinheiro depois das contratações. Dessa forma, o SSCF iria “*priorizar o dinheiro e a medida*”, ou seja, esperar pelo recurso para investir em novos projetos. Observa-se como os documentos podem emperrar ou viabilizar as ações de implementação da política de saúde. Além disso, as negociações só inspiram confiança quando registradas em contratos, e, para não correr riscos, na medida em que o financiamento fosse disponibilizado, seria investido. A necessidade de atestar, validar, tornar visíveis as relações informais de confiança em documentos é considerada um dos principais efeitos da cultura de auditoria (Power, 1994).

As práticas de negociação e a escrita do texto do convênio de financiamento antes da sua aprovação são formas de o município gerenciar os investimentos do processo de reforma na saúde mental. Essa era a crítica da minha interlocutora sobre a diminuição da autonomia e, conseqüentemente, da inventividade institucional. Antropólogos que analisam a cultura de auditoria apontam para o fato de que a expansão das avaliações limita as ações criativas. Giri (2000: 174), por exemplo, observou que o processo de auditoria restringe as ações criativas

---

<sup>35</sup> *Ator* refere-se a pessoas que assumem posição *atuante* e participam de espaços e/ou de atividades de produção da política de saúde, de *cuidado* e de uma rede de relações de solidariedade (*usuário, profissional, familiar, secretário, gerente, vizinho*). No texto, utilizo essa palavra para indicar as pessoas que *atuam* politicamente e que não são, necessariamente, *profissionais* do SSCF. O termo também é acionado em documentos que explicam o funcionamento das políticas de saúde (Brasil, 2008).

<sup>36</sup> Serviço que oferece abrigo de forma transitória para pessoas em situação de rua decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, formalizado na portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 (Ministério da Saúde, 2012b).

<sup>37</sup> Formalizado pela portaria GM/MS nº 122, de 25 de janeiro de 2012, o Consultório na Rua é uma forma de assistência itinerante realizada por uma equipe vinculada a um serviço de saúde e ofertada à população em situação de rua por meio de um veículo equipado (Ministério da Saúde, 2012c). Inaugurado no SSCF em outubro de 2012.

porque funciona em uma lógica de sistemas que não considera as experiências precedentes, por não ter a habilidade de identificar as formas emergentes de inventividade e responsabilidade. Um exemplo simples dispõe a problemática da diminuição da autonomia do SSCF em relação ao financiamento. Na reunião da Comissão de Acompanhamento do Convênio de 16 de setembro de 2011, os *atores* discutiram a contratação de pessoas para compor o Consultório de Rua (cuja implementação estava sendo planejada). Como este é um projeto da atual Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, havia trezentos mil reais no Fundo Municipal para a sua efetivação, mas o dinheiro não podia ser empregado para contratar recursos humanos, só poderia ser usado para comprar um veículo e para equipá-lo. Sem poder contratar pessoas, o Consultório de Rua somente foi inaugurado depois da renovação do convênio, em junho 2012, que incluía o processo seletivo da sua equipe como *meta*. Assim, descrevo (no capítulo 2) como a reforma no SSCF foi possível a partir da criatividade dos seus *profissionais* e do financiamento advindo do convênio, visto que muitas mudanças foram colocadas em prática antes das normatizações de financiamento ministeriais.

A política de financiamento, a distribuição do recurso e a prestação de contas são princípios que organizam e gerenciam o destino dos investimentos, e produzem novas práticas de registro que respeitam as regulamentações administrativas e dirigem a conduta dos *profissionais* com o objetivo de induzir a novos comportamentos (aumentar a sua eficiência e a sua capacidade de gerenciamento, por exemplo). Com isso, as práticas de avaliação das formas de *cuidado* nas moradias, que incluem os gastos, não são apenas uma exigência do gerenciamento público, de práticas de transparência e de responsabilidade com o recurso, mas a incorporação gradual de um processo de auditoria para *calcular* a efetividade da reforma por meio de uma política de regulação, controle e gestão da autonomia dos *profissionais*.

Na análise das mudanças resultantes da reforma do SSCF na década de 1990, elas serão descritas a partir do discurso mnemônico de três interlocutores que trabalharam na Unidade de Reabilitação dos Moradores. Em decorrência da dificuldade em acessar pessoas que fizeram parte desse processo, pedi autorização à gerente das moradias para investigar o prontuário de uma *usuária*. Minha intenção foi explorar e detalhar os efeitos das mudanças que incidiram e afetaram a sua vida desde que era *interna* do hospital psiquiátrico do SSCF. A partir desse documento, destaco as problematizações dos *profissionais* que tornaram a realidade da desospitalização visível e a singularidade dos *usuários* passível de intervenção.



Na época, o convênio já financiava a instituição, que destinava o recurso para os projetos de mudança.

Minha questão inicial de pesquisa era investigar como as experiências locais eram regularizadas nas portarias. Em uma conversa com um interlocutor, ele me explicou que a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas é a instância que formula as portarias referentes à saúde mental, mas que o texto delas é ajustado a partir das experiências locais. De fato, durante a pesquisa, não percebi, no discurso dos meus interlocutores, o objetivo de produzir uma política de normatizações ministeriais — no entanto, as experiências da implantação das moradias no SSCF serviram para complementar a portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que regularizou os SRTs (Ministério da Saúde, 2000a). Como essa formalização não assegurava o financiamento, no SSCF o projeto de moradias foi sustentado com o recurso da internação dos *usuários*, que não recebiam alta ao ser transferidos para elas. Ainda em 2000, parte da *equipe* da Unidade de Reabilitação dos Moradores assumiu a institucionalização do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Estação) responsável pela assistência às moradias, conforme as diretrizes daquela portaria. A outra parte integrou-se à *equipe* do Núcleo Clínico, responsável pela desospitalização dos *internos* menos autônomos, idosos e com problemas clínicos (acamados, cadeirantes ou com necessidade de *cuidados* intensivos para locomover-se, alimentar-se e realizar a higiene pessoal), que foram transferidos para uma moradia de *alta complexidade*, inaugurada em 2001. Neste ano também foi implementado o CAPS Sul Antônio da Costa Santos, e, em 2002, foi inaugurado o CAPS Esperança. Em 17 de fevereiro de 2005, a portaria GM/MS nº 246 formalizou o incentivo para montar (criar, fundar) e mobiliar as residências no valor de dez mil reais (Ministério da Saúde, 2005). Os *profissionais*, que *cuidavam* dos *usuários* nas residências, problematizaram a assistência domiciliar depois do aumento do número de casos nos CAPS, e essa discussão resultou na criação da *equipe das moradias*, em 2006. Os últimos *internos* do Núcleo Clínico foram desospitalizados em 2009. As mudanças arquitetônicas do SSCF, do hospital para a *rede de assistência* em saúde mental, produziram, além da reconfiguração espacial da instituição em novos serviços, experimentações de *cuidado*.

Na pesquisa de campo com a *equipe* do SRT, realizada entre julho de 2011 e maio de 2012, pude verificar a forma como os *profissionais* tornavam visíveis as necessidades locais dos *usuários*, assim como as suas dificuldades e preocupações. Essas informações, que eram problematizadas e racionalizadas, além de comunicadas pelos gerentes no Colegiado Gestor,

eram registradas no Plano de Metas<sup>38</sup> do SRT, que compunha o convênio. No meu campo de pesquisa, problematizar a realidade significa refletir sobre um contexto, criar maneiras de remediar as situações de conflito, diagnosticar problemas futuros, e imbrica-se à formulação de ações técnicas capazes de agir sobre um fenômeno ou determinados contextos. Segundo Rose e Miller (2012: 25), problematizar é tornar a realidade operável, ao mesmo tempo em que possibilita pensá-la de maneira flexível em relação ao cálculo e ao planejamento. Nesse sentido, descrever as problematizações dos meus interlocutores é refletir sobre como eles produziram e produzem saberes experimentais autorizados que monitoram a vida dos *usuários* no SRT. Para isso, analiso as formas de exame e avaliação, bem como técnicas de registro e de auditoria que tornam verificáveis o contexto de *atuação profissional* exterior ao hospital psiquiátrico, pois são procedimentos que, por um lado, contribuem para o *cálculo* da elaboração das ações de gestão dos riscos e das condutas dos *usuários*, e, por outro, os dados verificados e codificados são formalizados em documentos burocráticos (o PTI, o Plano de Metas, as auditorias e o balanço financeiro) que atestam que a instituição é *confiável* para receber financiamento público. *Confiável* tanto no sentido da execução das *práticas de cuidado* que seguem as diretrizes das políticas municipal e federal de saúde mental como em suas avaliações contábeis, que seguem as normas do Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

Conforme Morawska Vianna (2014a), a produção estética dos documentos que registram os saberes técnico-científicos pode revelar ou obliterar as informações em um jogo político — que, em seu campo de pesquisa, visava à continuidade do acordo e das obras da usina hidrelétrica de Belo Monte. A autora afirma que essa técnica de escrita de documento é uma forma de cálculo político (2014a: 22). No meu campo de pesquisa, o documento do convênio é composto, entre outros, pelo Plano de Metas de cada serviço, e este é fabricado a partir das problematizações e avaliações experimentadas pelos *profissionais*. O convênio renovado em 2012 foi discutido no Colegiado Ampliado e elaborado de forma minuciosa na Comissão de Acompanhamento do Convênio. Segundo os *atores* desta última, produzir o texto do convênio é uma forma de fazer política através da escrita. Jogando com as palavras na composição de sua redação, que não poderia fixar as ações dos *profissionais* do SSCF, algumas informações eram inseridas de forma implícita, frases com sentido amplo e brechas possíveis eram politicamente desejadas. Como descrevo no primeiro capítulo, não fui autorizada a participar das suas reuniões *fechadas*, nas quais os atores discutiam e

---

<sup>38</sup> O Plano de Metas, ou Contrato de Metas, estabelece as ações previstas para serem realizadas no decorrer dos investimentos do novo convênio.

formulavam o texto do convênio (exceto de uma, que descrevo no tópico 1.5). Com a impossibilidade de participar delas, outra inflexão foi produzida, o que me levou a analisar como os *profissionais* do SSCF avaliavam as modificações da reforma institucional e elaboravam as intervenções terapêuticas a partir de informações acerca da singularidade e da subjetividade dos *usuários*.

Para os meus interlocutores, a *tecnologia de cuidado* é, ao mesmo tempo, composta por ações *estratégicas* que articulam os saberes experimentados localmente no SRT e as orientações formalizadas nas diretrizes e nas portarias sobre saúde mental. Ao acionar a *tecnologia de cuidado*, o *profissional* autoavalia sua *atuação*, produz saberes, instrumentos, modos de organizar o trabalho em articulação com a rede, racionaliza as práticas e as condutas, tornando-as *calculáveis* tendo em vista uma *meta*. A *tecnologia de cuidado* subverte a lógica da clínica psiquiátrica, fundamentada em protocolos diagnósticos, para a da clínica de intervenções, composta por informações sobre a singularidade dos *usuários*, sobre as experimentações e as apostas que necessariamente são protocoladas, registradas em documentos e auditadas. O protocolo do diagnóstico como um tratamento fixo de antemão foi substituído pela clínica do *cuidado*, cujo registro em documentos (ou protocolos) é feito após a intervenção.

A *tecnologia de cuidado* pode ser descrita como um processo de avaliação do *sofrimento* de um *usuário*, que não decorre, apenas, dos sintomas psiquiátricos, mas pode ser resultado de um conflito de adaptação na realização de tarefas de higiene de sua moradia e de si próprio, um conflito na relação de convivência, concernente às responsabilidades com o uso do dinheiro e de crediários, assim como na relação com o comércio local. De acordo com Fassin (2010: 61), considerado uma invenção recente e descrito por psiquiatras como o resultado de situações sociais, o *sofrimento* é uma construção política. Na tese, mostro como o *sofrimento* que tem como causa as relações dos *moradores* é uma forma de racionalização política, uma vez que justifica determinadas formas de agir sobre o comportamento, o corpo e a vida daqueles. Detectar o *sofrimento* significa transformá-lo em um índice capaz de *calcular* a subjetividade do *usuário*<sup>39</sup>. Em minha opinião, o mais interessante, aqui, não é a possibilidade de descrever os estados de *sofrimento*, mas a maneira como este é racionalizado em um índice que permite a sua gestão através da constatação de que uma necessidade ou um

---

<sup>39</sup> A psicanalista Marie-Hélène Brousse (2007: 13) afirma que “o sofrimento continua sendo o melhor dos indicadores subjetivos”, e que “tudo, absolutamente tudo pode fazer sofrer” (2007: 9).

desejo podem ser administrados como algo a ser alcançado, como uma *meta* ou como um projeto de vida (vide infra 5.2). Esse é o mecanismo operado no governo dos *usuários* no processo de reforma no SSCF desde a implementação do PTI, que codifica a subjetividade em termos de gestão e objetivos. Para tornar a subjetividade governável, são necessárias informações, que são registradas por diferentes *profissionais* em períodos e documentos distintos (entre outros, atas de reuniões e prontuários), para avaliar e *calcular* os riscos e elaborar intervenções terapêuticas individuais.

Desse modo, esta pesquisa interage com a produção recente da antropologia que reflete sobre como determinadas necessidades individuais são acionadas, visualizadas e/ou percebidas pelo Estado. Biehl (2013) assinala que o processo de judicialização da saúde revela casos de pacientes cidadãos (doentes que reivindicam os seus direitos de assistência à saúde) que não são visualizados pelo Estado ou, em suas palavras, que “o Estado não cuida”. Em decorrência disso, eles recorrem ao sistema de justiça: processam o Governo Federal para garantir o financiamento de tratamentos de saúde que não constam na linha de cobertura das políticas do SUS. Biehl afirma que, ao ignorar essa demanda por tratamento, os gestores públicos desconsideram uma lacuna burocrática na execução e na própria formulação das políticas. Inspirada em suas análises, penso as experiências que estabelecem conexões entre as necessidades individuais dos *usuários* no SSCF e o financiamento do Governo Federal — a meu ver, isso permite analisar como são revertidas as situações de precariedade social de uma localidade em ações políticas. Nesse sentido, a tese expõe a ideia de que o Estado é constituído, também, por essas relações individuais e por ações experimentais de reformas institucionais. Dewey (2005: 159), ao analisar a política como uma forma de experimentação prática no espaço intermediário entre a população e o Governo, afirma a existência de uma ética da individualização que exige, do sistema político, a reformulação contínua dos seus dispositivos para torná-los diligentes em relação às circunstâncias móveis e variáveis das associações. Essa concepção de política tem por função garantir que as situações sociais problemáticas, verificadas por meio de avaliações, impulsionem ações de regulamentação política<sup>40</sup> — formulação que se aproxima da definição de Herzfeld (2008: 20), de que o Estado é “um complexo instável de gente e de funções”, composto pelas experiências cotidianas dos agentes, dos grupos, das instituições, que opera estratégias e práticas no interior dos mecanismos sociais.

---

<sup>40</sup> Ver Trussart (2007: 173).

Ao negociar os seus interesses com a Secretaria de Saúde, o SSCF considera as regulamentações do Ministério da Saúde, atualizando, desse modo, em seu contexto, “efeitos de estado” (Bourdieu, 1996: 121; Teixeira e Souza Lima, 2010: 55; Leirner, 2014: 98) ao adequar os seus serviços e práticas às portarias, atestando, por vezes, os limites dos documentos ministeriais. Em campo, acompanhei as reuniões da *Comissão de Moradias* realizadas entre agosto de 2011 e maio de 2012, e observei que as normatizações de financiamento produziam modificações tanto na *rede de assistência* em saúde mental do SSCF como na forma de organização do SUS, rearranjos na maneira de operar as máquinas administrativa, financeira, burocrática e técnica do município, e que a produção do orçamento que compõe o convênio de financiamento é um “dispositivo de gestão” (Bezerra, 2012: 69) do Estado, ou melhor, a lógica da auditoria nas técnicas de prestação de contas é um efeito da “reinvenção das práticas de governo” (Power, 1994: 14). Portanto, o Governo Federal, através das diretrizes de financiamento, direciona, conduz e faz a gestão das modificações técnicas e das atualizações da reforma psiquiátrica no SSCF.

Na tese, de forma mais específica, descrevo a emergência da constituição da *equipe das moradias*, a configuração do SRT como um *dispositivo de saúde*<sup>41</sup>, a relação de *cogestão* com o *usuário* e a *atuação resiliente* dos *profissionais* na condução da prática do *manejo*. Com a mudança nas práticas, foi necessário o aumento do número de *profissionais* capacitados, de diferentes categorias, para *atuar* nas moradias. As reuniões da *equipe* e as *supervisões clínicas* (vide infra 5.1) são espaços de avaliação e aprimoramento das ações de *cuidado* que visam a educação permanente, o “*compartilhamento de experiências*”, para tornar os *profissionais* habilitados e autorizados a criar *estratégias* de monitoramento efetivas para os *usuários*, e, por vezes, para a otimização das políticas de saúde. A racionalização das informações sobre os *usuários* em documentos permite que os *profissionais* elaborem um *cálculo* sobre as experiências consideradas efetivas ou não efetivas como práticas de *cuidado*. Essas diferentes formas de registro, ou “procedimentos de inscrição” (Rose e Miller, 2012: 44), permitem aglutinar e disseminar as informações para a avaliação em *equipe*, transformando os dados em conhecimento singular que dialoga com os discursos político e teórico que autorizam o *cuidado* e as práticas de governo. Esse saber, que elabora e justifica o

---

<sup>41</sup> O termo nativo *dispositivo de saúde*, ou apenas *dispositivo*, era recorrente na fala dos *profissionais* quando se referiam aos serviços que compunham a *rede de assistência* do SSCF. Questionei algumas interlocutoras a respeito da definição de “dispositivo”, e elas afirmaram ser a mesma definição de Foucault (2004c: 244) e Deleuze (1990). Volto a falar sobre isso ao descrever o *dispositivo de saúde* moradias (vide infra 4.5).

*manejo dos moradores*, indica como as ações terapêuticas podem ser operadas como políticas públicas.

No SSCF, os *profissionais* são capacitados para codificar a *demand*a local em termos burocráticos a partir da criação de critérios de análise, criação incentivada como autônoma mas regulada pela Coordenação de Saúde Mental do município. Esta, junto com os *agentes estratégicos* (gestores dos serviços e *apoiadores* do distrito<sup>42</sup>), avalia as propostas que entram no texto do convênio de financiamento. Em 2012, nas negociações para a renovação do convênio, instaurou-se um conflito quando os *atores* da *Comissão de Moradias* apresentaram a avaliação da necessidade local, que não foi considerada nele. Essa demanda foi extirpada do seu texto após a avaliação dos administradores da Secretaria de Saúde, que consideraram o recurso muito alto em relação aos parâmetros previstos nas portarias — que já tinham sido avaliadas como ultrapassadas tanto pela Coordenação de Saúde Mental como pelo SSCF. Isso explicita que a análise do convênio é feita por meio de parâmetros de orçamento, e não a partir das análises técnicas dos *profissionais*. De acordo com Collier (2005: 376), o orçamento, além de ser uma tecnologia (ao operar uma racionalização que apresenta o contexto de forma calculável), é um mecanismo biopolítico<sup>43</sup>, uma vez que articula e orienta as relações burocráticas e políticas a partir de metas biopolíticas do Estado. No caso do convênio entre o SSCF e a Prefeitura de Campinas, a aprovação do orçamento é o resultado da negociação entre as orientações técnicas da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e as especificidades locais. Dessa forma, analiso, aqui, a política como um programa de ação (Shore e Durão, 2010: 604) que direciona a vida das pessoas *cuidadas* e orienta a organização das práticas de saúde.

No SRT do SSCF, a gestão da capacidade subjetiva dos *usuários* incentiva a articulação da vida privada destes com as preocupações públicas dos administradores municipais. Assim, analiso como as intervenções terapêuticas apresentam o planejamento das condutas, a avaliação de suas formas de *atuação* técnica e as problematizações como um processo de governo (Rose e Miller, 2012: 25) que constrói um problema e o torna visível para a ação política. No SSCF, a produção de documentos que registram as intenções e o

---

<sup>42</sup> O *apoiador* do distrito é um profissional cuja função é organizar o trabalho em rede e permitir que as informações circulem entre os serviços de saúde. Ele tem relação direta com instâncias administrativas da Secretaria de Saúde e participa do Colegiado Ampliado da Prefeitura.

<sup>43</sup> Segundo Foucault (2011c: 459), biopolítica é a forma “como se procurou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas postos à prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raças...”.

planejamento das ações dispostas no Plano de Metas dos serviços é uma maneira de fazer política por meio do documento do convênio<sup>44</sup>. No entanto, observei que a política não se restringe ao projeto, mas estende-se para os procedimentos, negociações, relações, *estratégias* e para os saberes especializados que autorizam e medem os efeitos das ações na vida dos *usuários*. A política é, ao mesmo tempo, a instrumentalização das concepções acerca do que é necessário modificar para efetivar o processo de reforma institucional e a maneira como as decisões avaliadas como prioridade para as mudanças são registradas em planos de intervenção. Ao analisar a reforma do SSCF, percebi, no discurso dos *profissionais*, como as concepções de política que atravessam as práticas evidenciam a agência das normatizações como ferramentas de governo. Como foi possível, no jogo político da reforma institucional do SSCF, o financiamento do processo de *reabilitação* dos *usuários* e a atualização dos mecanismos de governo para administrá-los nas moradias é o que procuro responder nesta tese.

## **Roteiro da tese**

A tese é composta de duas partes. Na primeira, dividida em três capítulos, situo o campo da pesquisa etnográfica no SSCF e as condições históricas que possibilitaram o início do processo de reforma que produziu um rearranjo arquitetônico da instituição, transformando o hospital em uma rede de serviços articulados (a *rede de assistência*); a criação das moradias assistidas; e a instauração de uma relação de *cuidado* individualizado por meio do PTI. Analiso como os meus interlocutores produziram (e ainda produzem) a política da reforma no SSCF através de um convênio de financiamento que possibilitou mudanças e experimentações — caso da implementação das moradias, que ocorreu antes da regulamentação da portaria do Ministério da Saúde sobre os SRTs. Interessava-me verificar os acontecimentos que tornaram possível a desativação progressiva das práticas que sustentavam o regime disciplinar de

---

<sup>44</sup> O documento do Convênio de Cogestão é composto por documentos como: Termo do Convênio; Plano de Trabalho do Programa de Parceria na Assistência em Saúde Mental; Balanço Econômico-Financeiro; além do Relatório de Atividades Realizadas no ano que passou e o Plano de Ação e Metas das Atividades a Serem Desenvolvidas no próximo ano. Esse relatório, apresentado junto com o Plano de Ação e Metas, é produzido anualmente pelos gestores do SSCF junto com a Coordenação Municipal de Saúde Mental, negociado com os administradores da Secretaria Municipal de Saúde, apresentado ao Conselho Municipal de Saúde e aprovado pela prefeitura (detalho esse assunto no tópico 1.3).

confinamento e a instauração de uma nova forma de monitoramento dos *usuários* fora do espaço hospitalar. Meu objetivo foi descrever como os *profissionais* problematizavam e racionalizavam esse processo de mudança espacial e elaboravam práticas de *cuidado* para gerenciar os *moradores*.

No primeiro capítulo, antes de apresentar como se configurava a *rede de assistência* do SSCF em 2011/2012, faço uma breve contextualização sobre a política de financiamento do SUS, uma vez que ela viabilizou o recurso para materializar as ações da Reforma Psiquiátrica. Ao analisar o convênio de financiamento firmado em maio de 2012 com a Prefeitura de Campinas, atendo-me ao modo como os *atores*, na Comissão de Acompanhamento do Convênio, formulavam o texto do convênio como uma maneira de fazer política, nele incluindo as necessidades institucionais de forma implícita. Descrevo como as práticas de auditoria são, cada vez mais, disseminadas como processo avaliativo das relações administrativas e de *cuidado* no SSCF, para medir a sua eficiência, para atestar a sua confiabilidade e a sua responsabilidade com o recurso do financiamento, além de promover uma ação reguladora das novas experiências, o planejamento de ações futuras e a capacitação dos *profissionais* para que se responsabilizem pela gestão dos *usuários* nas moradias. O documento do convênio projeta, de forma prévia, a destinação dos recursos. Essa é uma exigência do gerenciamento público, para constatar de antemão os gastos e dirigir os investimentos conforme os seus objetivos, que estão apoiados nas portarias. Observa-se, assim, como o mecanismo de governo é operado por meio da gestão do orçamento.

O segundo capítulo é dedicado à descrição dos primeiros acontecimentos do processo da reforma psiquiátrica do SSCF, e já de início destaco como foi a contribuição dos seus *profissionais* nas discussões que complementaram a portaria GM/MS nº 106/2000, que regularizou os SRTs. Para entender esse processo, conversei com três *profissionais* que faziam parte da *equipe* da Unidade de Reabilitação dos Moradores na década de 1990, utilizo os relatos apresentados no evento comemorativo dos 20 anos do SRT do SSCF<sup>45</sup> e as informações passadas por Veridiana Marucio em uma entrevista que concedeu à Rádio Online Maluco Beleza, em 2011<sup>46</sup>. Esse material foi importante para que eu pudesse expor, de forma breve, a história do processo de reforma institucional e o modo como foi elaborado o projeto

---

<sup>45</sup> Aqui, refiro-me às apresentações na mesa “Conversando com a história: ano 2001 a 2011”, realizada em 9 de novembro de 2011.

<sup>46</sup> Rádio online criada em 2010 e localizada no SSCF, em Sousas. Participam desse projeto os *usuários* da saúde mental, alguns familiares, os *atores* de outros projetos sociais, os *profissionais* e as pessoas da comunidade



de moradias assistidas. Exploro, ainda, como a *equipe* da Unidade de Reabilitação dos Moradores experimentou uma relação de *cuidado* individualizado, diferente do da ala hospitalar, com a finalidade de orientar e conduzir a vida dos *internos* no processo de *reabilitação* para que eles pudessem habitar as moradias — e faço isso a partir da história de vida de uma *usuária*: Valentina.

No terceiro capítulo, tendo por base o discurso mnemônico dos meus interlocutores, descrevo os efeitos das mudanças arquitetônicas e técnicas da reforma institucional do SSCF. Destaco o funcionamento do SRT com a intenção de detalhar a experiência da prática da *reabilitação*, a incorporação de formas de avaliação para verificar a efetividade do *cuidado* planejado e registrado no PTI, e a *atuação* do *profissional de referência*, que assume a responsabilidade de acompanhar os *usuários* nas moradias. A efetividade do *cuidado* experimentado nas residências é mensurada através do índice de “qualidade de vida” dos *usuários*, que justifica o financiamento do projeto de moradias. Apresento o funcionamento da *expertise* dos *profissionais*, que examinam suas ações de forma burocrática e planejada com o intuito de torná-las inteligíveis em uma linguagem que possibilita avaliar as normatizações e as políticas de saúde mental.

Na segunda parte, composta por três capítulos, abordo a política de financiamento. No capítulo 4, analiso a prática do *manejo* como uma gestão contínua da vida dos *usuários*, a composição e a forma de funcionamento atual da *equipe* do SRT, como este foi considerado um *dispositivo de saúde* e como é operada a *tecnologia de cuidado* na *clínica do detalhe*. Esta última é uma forma de organização da *equipe* para acompanhar e monitorar os *usuários* em suas dificuldades de viver nas moradias depois de anos confinados, e sua forma de ação procura controlar os sintomas psiquiátricos e aqueles decorrentes de doenças crônicas e da velhice. Essa clínica se atém aos detalhes, no sentido de que suas ações são formuladas a partir de um saber composto por informações singulares sobre os *usuários*. As moradias são consideradas um *dispositivo de saúde* porque emergem como um espaço clínico, organizado em *equipe* e que produz e dissemina um conhecimento sobre a singularidade dos *moradores*. As ações clínicas não se limitam aos espaços hospitalares, ampliam-se para domínios como as residências terapêuticas. Seu objetivo não é a cura, mas o controle, o registro, o *cálculo* e a avaliação das intervenções terapêuticas para prevenir as *crises*, evitar as internações hospitalares e o gasto de recursos públicos.

No capítulo 5, destaco o funcionamento do mecanismo de governo em práticas de segurança e avaliação dos riscos na análise dos *casos clínicos* (ver infra 5.3) dos *usuários*, em seus projetos de vida e na relação de *cogestão*. Apresento o indicador de *mobilidade*, criado pela *equipe* do SRT para avaliar o processo de *reabilitação* dos *moradores*. Analiso como a *equipe* opera as práticas atuais de *manejo* e governo nas moradias, além de racionalizar as singularidades e problematizar as questões de precariedade social e abandono familiar como indicadores que justificam o financiamento e a permanente situação de institucionalizado dos *usuários*. Ao expor a maneira como eles produzem intervenções de *cuidado* para cada caso específico, mostro como as idiossincrasias são registradas em diferentes documentos, que possibilitam, à *equipe*, *calcular* a probabilidade de uma intervenção ser eficaz a partir da análise das ações terapêuticas que não tiveram resultados efetivos. As intervenções não são impostas, mas contam com a adesão e a parceria dos *usuários*.

No capítulo 6, analiso como a *Comissão de Moradias* articula-se com a burocracia municipal através da produção de documentos ou em discussões com os *agentes estratégicos* conectados à Coordenação Municipal de Saúde Mental. Apresento o descompasso entre a avaliação da *Comissão de Moradias*, em 2012, sobre a demanda local por vagas (justificada a partir da análise da história de vida dos *usuários*) e a proposta daquela coordenação: esperar a publicação de uma portaria feita para resolver o problema. Os *atores* da *comissão* problematizaram o *fluxograma da demanda* (burocracia), o que não garantiu a proposta de ampliação das moradias no convênio. Argumento que a *estratégia* da *comissão* era tornar visível essa necessidade local e responsabilizar a Secretaria de Saúde acerca dos riscos que os *usuários* corriam aguardando na lista. A organização “democrática” do SUS para a formulação e execução da política revela a autonomia regulada dos *profissionais*, a inibição das soluções criativas elaboradas a partir de um saber local e as práticas de gerenciamento administrativo do município no repasse do financiamento.

## Do Hospital Psiquiátrico ao Serviço Residencial Terapêutico

---

Nesta primeira parte, analiso como os *profissionais* do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira produzem a política de financiamento por meio de uma parceria com a Prefeitura de Campinas. Minha ideia foi descrever, a partir do discurso dos meus interlocutores, como a articulação com a Coordenação de Saúde Mental do município, a fabricação de documentos, a escrita do texto do convênio da saúde mental e as negociações que visavam atualizá-lo são *estratégias* para fazer política no SSCF. Os *atores* da Comissão de Acompanhamento do Convênio reivindicavam ajustes no orçamento do financiamento para contemplar as necessidades dos serviços, que são mensuradas a partir de *cálculos* da efetividade das práticas de *cuidado* e das avaliações do funcionamento institucional. Destaco as mudanças arquitetônicas e técnicas do SSCF a partir de seus efeitos na vida de uma *usuária* que viveu a experiência da *reabilitação*. Com isso, exploro os efeitos da sua reforma institucional, que produziram, entre outras coisas, um *cuidado* individual elaborado a partir da singularidade dos *internos* e da participação destes na formulação de seu projeto terapêutico, a criação do SRT e da *equipe das moradias* assistidas. As mudanças, descritas a partir do discurso mnemônico dos *profissionais*, joga luz sobre a configuração do funcionamento da *equipe* em suas práticas de avaliação e problematização nas discussões em grupo, e sobre os registros institucionais que elaboravam dados a fim de justificar a necessidade local do financiamento, uma vez que, segundo eles, as portarias estavam ultrapassadas. Argumento que a gestão dos conflitos (esclarecimento das dívidas do SSCF, Termo de Ajustamento de Conduta<sup>47</sup>, exonerações) decorrentes do Convênio PSF (vide infra 1.4), os discursos que afirmam a responsabilidade, transparência e fiabilidade do SSCF com o gasto do recurso público, e a produção de dados biopolíticos por meio de indicadores de desempenho são formas de submissão daquele às normas de gestão pública. Procuo analisar como a experiência da reforma rearranjou a assistência psiquiátrica, as formas de *atuação* dos *profissionais* e

---

<sup>47</sup> Documento que tem por finalidade resolver, de forma rápida, irregularidades em contratos.

produziu maneiras de *calcular* os efeitos de suas intervenções a partir de um conhecimento singular acerca da subjetividade dos *usuários*.

#### 1.1 A política

O foco inicial da minha pesquisa foi a parceria entre o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e a Prefeitura de Campinas. Meu interesse era explorar como algumas normatizações ministeriais da assistência psiquiátrica foram formuladas a partir de experiências exitosas do processo da Reforma Psiquiátrica. Impulsionada por essa ideia, procurei analisar como os *profissionais* avaliavam suas necessidades locais e as descreviam no texto do Convênio de Cogestão da saúde mental, ou seja, como as demandas dos *usuários* e dos serviços eram negociadas e incluídas nesse documento, ou descartadas dele. Centrar minha pesquisa de campo na *equipe* do SRT do SSCF me permitiu observar como ela avalia as necessidades dos *usuários* e as transforma em informações, que são transmitidas para as autoridades do município de Campinas. Outro ponto que atravessa essa linha de conexão entre o *usuário* e prefeitura é a Comissão de Acompanhamento do Convênio (vide infra 1.5).

Definidos esses dois pontos para o acesso ao campo de pesquisa, previamente negociados com os *profissionais*, o discurso de um dos meus interlocutores levou-me a querer investigar como algumas experiências locais antecederam as normatizações ministeriais: segundo disse o superintendente do SSCF, Nobusou Oki, na abertura do evento sobre as moradias, em 9 de novembro de 2011, as experiências de *reabilitação* dos *pacientes* e a criação das moradias assistidas foram avaliadas como “boas experiências” e/ou “um bom exemplo” do processo de *reabilitação* por um assessor do Ministério da Saúde, em uma visita que este fez à instituição, no final da década de 1990. Na época, quinze casas estavam funcionando, sustentadas com o recurso do leito de internação dos *internos*, que, em vez do hospital, moravam nelas. Essa experiência de moradia, considerada efetiva, atestava a necessidade da regulamentação, já discutida por agentes do Ministério da Saúde, e foi apresentada nas discussões que resultaram na formulação da portaria GM/MS nº 106/2000, que regularizou os SRTs (Ministério da Saúde, 2000a). Falo sobre a participação dos *profissionais* na elaboração dessa regulamentação no início do próximo capítulo, mas vale

adiantar que ela só foi efetiva no caso dessa portaria. Essa constatação produziu uma inflexão em minha suposição inicial, de que toda inovação institucional era formalizada em um documento ministerial, e me impulsionou a explorar outras maneiras de fazer política e de acessar o financiamento público para implementar e sustentar as mudanças no SSCF.

O ponto de partida de minha investigação foi compreender, a partir das reflexões dos *professionais*, o que eles entendiam quando acionavam, em seu discurso, a palavra política. Essa perspectiva de análise procura examinar os fenômenos políticos a partir “do ponto de vista nativo” (Geertz, 1997: 86), ou seja, na análise, procurar captar os conceitos a partir da elaboração teórica daqueles que vivenciam a experiência, através de suas explicações e destacando aquilo que eles pensam e fazem. Ao apresentar o que era a política, eles me detalhavam as suas práticas de *cuidado*, que não estavam desvinculadas do discurso das normatizações ministeriais. Ao todo, foram publicadas quatro diretrizes (no formato de relatórios), compostas pelas propostas discutidas nas conferências nacionais de Saúde Mental, que especificam os princípios que regulam a atenção psicossocial e orientam as ações políticas para a implementação das mudanças, além de indicar as necessidades dos *atores* para que estes possam conduzir a reforma — enfim, orientaram o sentido das ações reformistas formuladas por *atores* que trabalham e/ou pesquisam as práticas em saúde mental. Quanto às portarias referentes à saúde mental, estas são formuladas pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que analisa as experiências exitosas da Reforma Psiquiátrica e projeta a implementação das ações e o seu financiamento.

Em 2010 aconteceu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM). Seu tema oficial foi “Saúde Mental: direito e compromisso de todos – consolidar avanços e enfrentar desafios” (Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, 4, 2010: 3). Acompanhei as etapas em São Carlos (5 e 6 de abril de 2010) e a sessão em São Paulo (22 de maio de 2010), e me impressionaram a organização e a participação dos *atores* nas discussões. Nestas, um dos eixos foi “Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais” (2010: 3). A política intersetorial direcionava as ações dos *atores* com o intuito de conectar as diferentes políticas públicas como o SUS, o Sistema Único de Assistência Social, a Política Nacional de Direitos Humanos (PNDH) e o sistema público de educação.

Iniciei minha pesquisa de campo inspirada pela ideia de política intersetorial: o discurso sobre intersectorialidade e as discussões que ouvi nas conferências ressoavam em minha cabeça. Naquele momento, eu queria observar como eram pensadas e colocadas em

prática as ações dessa política no SSCF, mas logo no começo do campo percebi que a produção de ações intersetoriais não era um problema para os meus interlocutores, o que os inquietava era o fato de não existir financiamento ou possibilidade de recursos para garantir as ações, como apontei na introdução. Na verdade, o SSCF, na medida do possível, já assegurava tais iniciativas. Lembro-me de uma interlocutora que explicou a dificuldade em obter recursos para manter um grupo de música na instituição, pois o incentivo à cultura, ao lazer e ao esporte também faz parte da política intersetorial: “*Como eu vou explicar para o poder público que eu preciso de dinheiro para comprar uma pele para o bumbo ou que eu preciso comprar cordas para o cavaquinho?*”. De fato, as iniciativas da política intersetorial já existiam ali, o grande desafio era sustentá-las — no caso do grupo de música, por exemplo, anualmente os *profissionais* realizam uma festa para arrecadar fundos para a manutenção e a compra dos instrumentos.

Depois desse abalo em minha ideia de pesquisar a política intersetorial, procurei analisar o que os meus interlocutores queriam dizer quando acionavam a palavra política, e compreendi que, em seu discurso, os conceitos de “política”, “ação política” e “fazer política” estão conectados a duas perspectivas não inteiramente dissociadas uma da outra: a prática clínica e a política de financiamento. Eles descreviam a política como fixada à “prática clínica”: a clínica da saúde mental foi apresentada como alternativa às práticas manicomial, que sujeitavam os pacientes — as ações éticas e políticas da “prática clínica”, no SSCF, são decorrentes da participação do *usuário* na construção do seu PTI (detalharei esse assunto nos capítulos 3 e 4). Por outro lado, a política ligava-se à “política de financiamento”: de forma mais específica, os gestores da instituição produzem a política por meio da fabricação do Convênio de Cogestão, que é, entre outras coisas, um contrato de financiamento composto pelo Plano de Metas de cada serviço — o do SRT é elaborado pela *equipe* após a avaliação de suas *estratégias de cuidado*, as quais são formuladas a partir das informações acerca das necessidades particulares dos *usuários*.

Essas duas noções de política são descritas no decorrer da tese, mas é importante mostrar, desde já, como elas me permitiram dialogar com uma produção da antropologia que analisa documentos (reflexões acionadas no decorrer da escrita conforme analiso os meus dados de campo) e com produções teóricas da antropologia da política. Para a minha reflexão, interessavam-me as discussões sobre a “política local” (Palmeira e Heredia, 2010: 126). Não desconsiderando a crítica sobre a sua redução geográfica, procurei descobrir as articulações

das relações pessoais no interior do SSCF e os canais de acesso dos *profissionais* ao poder público municipal. Com isso, quis explorar as articulações e as *estratégias* políticas que os agentes, em seu cotidiano, acionavam para renovar o convênio. Os *profissionais* têm um saber produzido na experiência de anos de parceria com a prefeitura: têm habilidade para negociar; sabem quem acionar para resolver determinado problema; conhecem as leis, a forma como opera a burocracia municipal e os funcionários da prefeitura; sabem elaborar documentos; têm instrução sobre como utilizar a escrita — enfim, a partir da sua experiência, sabem fazer política. A possibilidade de fazer política por meio da elaboração de documentos é uma maneira técnica de expor o seu ponto de vista (ao escolher a forma de argumentar) e de dispor as informações apresentadas. Como analisou Munhoz (2013b) em sua etnografia sobre o atendimento a adolescentes que cumprem medidas socioeducativas, a produção de documentos “elucida um modo de fazer política que é profundamente técnico. Política do sentido de tornar o seu ponto de vista visível, possível, palpável ao juiz que, repito, analisa os atendimentos a partir de outra escala” (2013b: 73). De acordo com Palmeira e Heredia (2010: 127), o saber fazer a política é uma aptidão para gerir diferentes conflitos. No SSCF, observei como os *profissionais* inventavam *estratégias* para administrar os conflitos que apareciam durante o processo de negociação para a renovação do convênio, que transcorreu do segundo semestre de 2011 até maio de 2012 (vide infra 1.4). Cabe destacar que o conflito era intrínseco à relação de negociação.

Nessa perspectiva, a noção de “tempo da política” de Palmeira e Heredia (2010: 170) me ajudou a refletir sobre o tempo de produção da política por meio do texto do convênio. O tempo da política, aqui, não se refere ao período eleitoral. Aciono essa noção de tempo para destacar como ele funciona na política de financiamento, marcada pela regularidade dos processos burocráticos no caso da validade anual do convênio, nas *estratégias* de prorrogação, no prazo de entrega, no cronograma de execução. A ideia de tempo indica, além dos processos burocráticos, os compromissos públicos de apresentação do convênio ao Conselho Municipal de Saúde e assinala as *estratégias* para renová-lo.

Para os meus interlocutores, a política não é entendida como uma atividade realizada apenas por pessoas que ocupam o poder municipal. Villela (2004: 27), ao investigar a definição de política no decorrer da Primeira República e no tempo presente, no sertão de Pernambuco, não aciona a noção de coronelismo como foco de sua reflexão, ao contrário, produz uma “análise ascendente do poder” (Foucault, 2004b: 184), e joga luz sobre o



funcionamento das práticas que constituem a figura do coronel como um centro de poder. A política, em meu campo de pesquisa, também é uma forma de *atuação dos profissionais* em espaços públicos (entre outros, no Conselho Municipal de Saúde), uma técnica argumentativa da escrita do texto do Convênio de Cogestão, uma *estratégia* de negociação para cumprir os acordos dele, a gestão dos conflitos e uma técnica de governo, avaliação e administração dos *usuários*. Em síntese, refere-se a uma relação que compreende ações dos *profissionais* em sua experiência cotidiana. Por entender a política como dispositivo histórico que possibilita articular de maneiras diversas as práticas e experiências vividas (Goldman, 2006: 41), eu a analiso a partir da descrição das ações dos *profissionais*, da atualização de suas práticas e da reforma no modelo de assistência psiquiátrica no SSCF.

Antes de descrever a composição da *rede de assistência* do SSCF, apresento a política de financiamento em saúde e as condições de possibilidade para a institucionalização da participação social no SUS. Isso permite, à população, através do Conselho Municipal de Saúde, analisar e votar, a partir da fiabilidade, os projetos de saúde que recebem o recurso do município, ou seja, permite exercer o controle social. Entender as atualizações da política de financiamento do SUS ajuda a compreender como a Secretaria de Saúde de Campinas, no período da minha pesquisa de campo, operava a regulação e o gerenciamento das demandas da população por meio de análise contábil visando à distribuição do recurso para as ações em saúde. Em outras palavras, pude perceber que o Conselho Municipal de Saúde aprova ou não o convênio segundo as necessidades da população, mas o seu texto é previamente estabelecido numa relação de negociação entre o SSCF e os técnicos do município (como volto a discutir ao analisar a Comissão de Acompanhamento do Convênio, no tópico 1.4).

## **1.2 A política de financiamento em saúde no Brasil**

Apenas 37 anos separam-nos do acontecimento que é considerado — segundo os profissionais da saúde mental e pela maioria dos pesquisadores que analisaram a Reforma Psiquiátrica — o grande marco histórico das mudanças na assistência psiquiátrica no Brasil: a greve na Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), em 1978. Segundo o psiquiatra Paulo Amarante (1995), ela é considerada uma das primeiras manifestações no contexto de abertura política no país (cabe lembrar que foi anterior à primeira greve dos metalúrgicos, liderada por

Lula, em 1979) e originou o movimento da Reforma Psiquiátrica, de contestação da forma de assistência psiquiátrica do modelo de confinamento hospitalar. Independente de ter sido ou não o início do processo da Reforma Psiquiátrica, essa greve expôs a insatisfação dos trabalhadores em relação ao funcionamento das práticas psiquiátricas da época. Ela foi o estopim para o surgimento de formas de contestação, e, nesse sentido, é um acontecimento, uma vez que fez surgir uma singularidade histórica (Foucault, 2006d: 339). Aponto, nesse tópico, de forma breve, as principais singularidades desse processo, indicadas por trabalhadores da saúde mental e pesquisadores, para destacar informações que ajudam a compreender o funcionamento da política de financiamento do SUS e, principalmente, para expor as condições históricas que possibilitaram a criação da *Lei do Convênio*, no início da década de 1990.

Após o golpe militar de 1964, iniciou-se um processo que é denominado de “mercantilização da loucura” (Yasui, 1999: 51): a gestão militar promoveu uma terceirização exorbitante da assistência psiquiátrica, e esta transformou-se em um negócio bastante rentável. Em 1941, no Brasil, a estatística de leitos psiquiátricos privados contabilizava 3.034 leitos (Yasui, 2006: 28), os públicos somavam 21.079 (Lovisi, 2000: 25) e o número de habitantes era 41.236.315 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1946). Em 1978, os leitos privados somavam 78.273 (Yasui, 2006: 28) e a população, 119.002.706 pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015). No período compreendido entre 1941 e 1978, o número de habitantes triplicou no país, o número de leitos psiquiátricos privados teve aumento de mais de 25 vezes (de 3.034 para 78 mil leitos) e, no setor público, houve aumento de 1.524 leitos. O crescimento assustador do número de leitos privados foi um dos pontos mais questionados pelos *atores* do movimento da Reforma Psiquiátrica (Silva, 2011: 20). Na década de 1970, grupos de profissionais de saúde fizeram denúncias na imprensa sobre a “indústria da loucura” e revelaram o sistema de assistência privado como dispendioso, desumano e cronificante (Szasz, 1978, 1979; Basaglia, 1985), ou seja, um sistema que agravava ou produzia a doença (vide infra 2.5). O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais de Saúde e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) responderam às denúncias expandindo a assistência psiquiátrica para a população não previdenciária, isto é, para as pessoas que não possuíam vínculo empregatício formal.

Em 1976, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes). Para o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que surgiu no início da década de 1970<sup>48</sup>, ele foi um importante instrumento para a divulgação do projeto de reestruturação do sistema de saúde. Os sanitaristas, como ficaram conhecidos os *atores* desse movimento, eram contrários ao modelo médico então vigente, que consideravam individualista e especialista, e seu principal objetivo era o acesso universal à saúde, porque, na época, apenas as pessoas com emprego formal recebiam assistência. Antes do SUS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) era o responsável pela assistência à saúde, e só os contribuintes (previdenciários) e seus dependentes tinham acesso aos hospitais e ambulatórios, e o recurso do financiamento era distribuído por aquele órgão para cada estado da Federação na proporção da receita arrecadada de seus contribuintes. Esse movimento ganhou força e visibilidade na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em 1986, quando mais de quatro mil pessoas elaboraram um novo modelo de saúde para o país. A participação social na formalização do SUS foi considerada uma nova forma de fazer política: por meio de conferências e documentos. Um exemplo dessa nova forma foi a fabricação de uma emenda popular para garantir, na Constituição Federal de 1988, as propostas do SUS.

O MRS conseguiu transformar não só as leis, mas o funcionamento do aparelho estatal que produzia aquelas relacionadas à saúde. Isso provocou a regulamentação do SUS na Constituição, um novo formato de distribuição do financiamento em saúde e a instituição de espaços de participação da população na elaboração, no controle e na regularização da política de saúde. Além disso, formalizou, no relatório da VIII CNS, que a saúde ampliada<sup>49</sup> é direito social e dever do Estado. Para os sanitaristas, requerer a saúde como direito era afirmá-la como transformação social, já que o seu objetivo era minimizar os impactos das desigualdades sociais e da miséria. O relatório explicitou a necessidade de o Estado traçar caminhos efetivos para garantir a conexão entre a política de saúde e as políticas econômicas e sociais, e destacou a importância da participação dos cidadãos no “controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas” (Brasil, 1986: 4). Dessa

---

<sup>48</sup> Segundo Yasui (1999: 22), o MRS surgiu no interior dos departamentos de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), e seus *atores* aliaram-se ao movimento sindical, aos movimentos populares de saúde, às associações de portadores de patologias, aos conselhos e associações de classe, a parlamentares e personalidades políticas.

<sup>49</sup> Saúde ampliada (que implica em ações de promoção, proteção e recuperação) foi conceituada no relatório final da VIII CNS como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Brasil, 1986: 4).

forma, a sociedade civil foi convocada para regular a política de financiamento por meio de mecanismos “democráticos” como os conselhos e as conferências de Saúde.

Em 1987, nove anos após a greve do Dinsam, os participantes (profissionais da saúde, pessoas ligadas a partidos políticos, instituições religiosas, instituições privadas, associações de usuários e instituições de ensino) da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), realizada em Brasília de 25 a 28 de junho, elaboraram a sua primeira diretriz, na qual reivindicaram a articulação das ações da política de saúde mental com o Ministério do Desenvolvimento Social e que os espaços de participação da população deveriam ser garantidos pelo Estado no decorrer da efetivação do SUS (Conferência Nacional de Saúde Mental, 1, 1988: 15). A saúde como direito social e as ações para inibir as desigualdades guiavam as suas perspectivas ao pensar a política de saúde. Ressalte-se que a realidade dos *internos* dos hospitais psiquiátricos, na década de 1980, era, para a maioria deles, de precariedade social. Em dezembro de 1987, no II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru, foi criado o Movimento de Luta Antimanicomial, cujo lema era “Por uma sociedade sem manicômios”. Em 1988, a Constituição Federal formalizou o SUS e definiu a forma tripartite de financiamento, que alocou o recurso para as três esferas de Governo (federal, estadual e municipal).

Conforme o relatório da I CNSM, a estrutura de organização do SUS tem por objetivo garantir um “processo de democratização e descentralização” (Conferência Nacional de Saúde, 8 [1987], 1988: 17), o que seria possível por meio da regulação feita por uma instância federal que visa “impedir a transferência ao poder municipal de formas antidemocráticas e autoritárias de decisão, objetivando a democratização das instâncias periféricas ao poder central” (1988: 17). Com isso, preconizou a criação de instâncias locais de participação “democrática” para evitar que o município centralize o poder de forma autoritária, as quais devem funcionar a partir de decisões tomadas de forma coletiva, isto é, pelo voto da maioria nos conselhos locais de Saúde e pelo voto dos conselheiros no Conselho Municipal de Saúde, cabendo aos estados e aos municípios a tarefa de organizar e operacionalizar as normatizações estabelecidas pelo Governo Federal. Outra parte do relatório dispõe sobre a estrutura sanitária, e afirma que é função da esfera federal a normalização das ações em saúde, enquanto aos municípios compete a organização das demandas locais e a execução das ações conforme as regulações das portarias.

Na década de 1970, ainda na vigência do regime militar, o MRS tinha como lema “Saúde e democracia”. A democracia, regime legal de Governo em que o Poder Legislativo deve ser eleito de forma direta ou indireta pelo povo, era entendida pelos *atores* daquele como uma forma de participação popular na formulação do sistema de saúde. Percebe-se como a política federal de financiamento foi formalizada em documentos (relatórios das conferências e na Constituição) que institucionalizaram a participação da população em espaços como o Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Local de Saúde. O controle social e a participação são considerados formas de fazer política por meio da escrita e da fabricação de documentos (caso dos relatórios de conferências, cartas de repúdio, propostas, moções). Essas informações são importantes para compreender a relação *estratégica* de articulação dos *profissionais* do SSCF com os conselheiros de Saúde na Comissão de Acompanhamento do Convênio e nos eventos que tinham por objetivo a apresentação pública do documento do convênio e sua votação no Conselho Municipal de Saúde de Campinas, conforme o cronograma de negociações previsto para a renovação do novo contrato (assunto que retomo no tópico 1.5).

Na década de 1980, com a transição política, uma das estratégias dos *atores* do MRS foi ocupar os aparelhos de Estado a fim de produzir outro caminho para a política de saúde, e muitos intelectuais que participaram desse movimento assumiram cargos públicos no interior da máquina estatal (Yasui, 1999: 23). Essa estratégia continuou e, no início da década de 1990, Gastão Wagner de Sousa Campos, médico sanitário e professor da Faculdade de Saúde Coletiva da Unicamp, assumiu o cargo de secretário de Saúde de Campinas, e isso, segundo meus interlocutores, possibilitou a criação da *Lei do Convênio*, que permitiu o financiamento público para as ações da reforma no modelo de assistência psiquiátrica no SSCF, o que explico a seguir.

### **1.3 A rede de assistência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira**

Em seu estatuto, o SSCF é descrito como uma associação de assistência de caráter público regida pelo direito privado, o que quer dizer que oferece atendimento gratuito orientado pelos princípios de controle social do SUS mas não se submete às normas jurídicas do direito público. De acordo com um interlocutor de pesquisa, com o qual conversei em maio de 2011, o direito público solidifica as relações em suas leis, impedindo a mobilidade da

*atuação* dos agentes e inibindo a autonomia destes; e as instituições que operam na lógica do direito público necessitam de mais profissionais e funcionam de forma hierarquizada, na qual “*um funcionário vigia o outro*”. Ele disse isso quando tentava me explicar o funcionamento do SSCF: o fato de ser regido pelo direito privado permite que os *profissionais* tenham mais independência para avaliar suas práticas, suas formas de *atuar*, sua relação com os *usuários* e com a *equipe*, e para propor soluções para gerir os conflitos — já “*o direito público não funciona, ele é oneroso, as pessoas não possuem autonomia para resolver os problemas*”. O contraponto entre o direito público e o privado foi um recurso que utilizou para expor uma lógica imanente às relações no SSCF: a *cogestão*, que, segundo ele, é uma forma de funcionamento horizontal e autônoma das relações: “*a lógica da cogestão permite que, no interior da instituição, seus princípios sejam negociáveis em liberdade e com autonomia*” (voltarei a detalhar esse assunto no tópico 5.4).

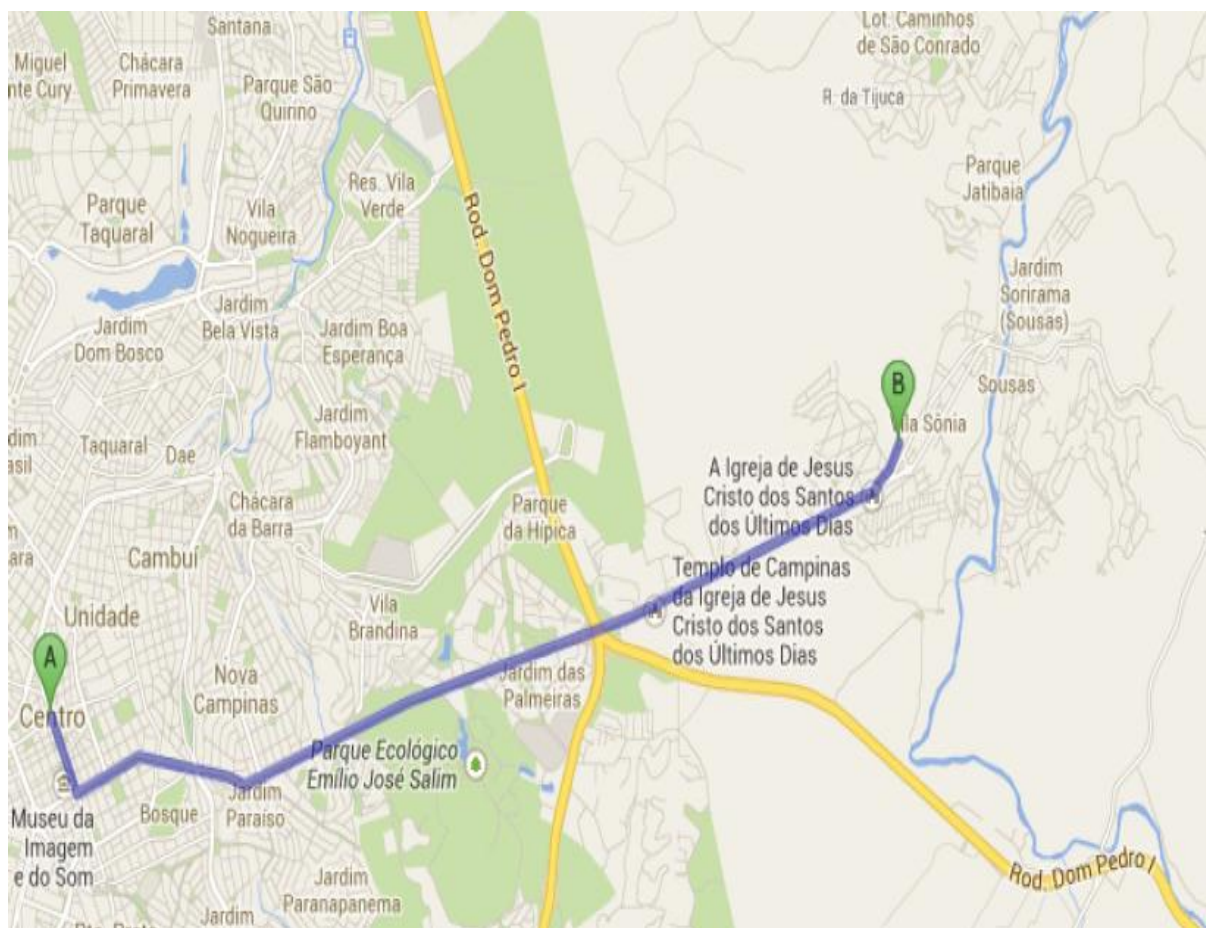
Em um panfleto informativo do SSCF, está estampada a foto do seu prédio principal, construído no século XIX (Figura 1), onde, desde o início, funcionou o Sanatório para Doentes do Arraial de Sousas, instituição filantrópica que abrigava os alienados presos em Campinas a partir da década de 1920. Atualmente, funcionam, ali, a atenção psiquiátrica hospitalar do Núcleo de Atenção à Crise, no térreo, e a administração do SSCF, no segundo piso. O prédio localiza-se em Sousas, na região leste de Campinas, e fica a 12 quilômetros do centro dessa cidade (Figura 2).

Em co-gestão com a Prefeitura Municipal de Campinas



Aqui se atende pelo SUS, com dignidade!

**Figura 1:** Edifício principal do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), no distrito de Sousas (município de Campinas).



**Figura 2:** Localização do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), no distrito de Sosas. Em destaque, o trajeto entre o centro de Campinas (ponto A) e o SSCF (ponto B) (Fonte: Googlemaps, 2015).

Em maio de 1990, Jacó Bittar (PT), então prefeito de Campinas, assinou a lei municipal nº 6.215, que autorizou o Convênio de Cogestão da saúde mental entre a prefeitura e o SSCF. Com a sua instauração, este teve que organizar o seu funcionamento por meio de um Conselho Diretor (que conta com representantes do poder público e da sociedade civil)<sup>50</sup>, que vota as deliberações de sua *gestão estratégica*, conforme me explicou André Fonseca, seu diretor financeiro. Isso, segundo ele, quer dizer que, sendo constituído por representantes de vários segmentos (dos *profissionais*, dos *usuários*, dos familiares, das universidades, do Conselho Municipal de Saúde, da prefeitura e do Governo Estadual), a operacionalidade do Conselho Diretor impede que as decisões referentes à instituição sejam tomadas por uma de suas partes: o poder de decisão é compartilhado pelos seus participantes (Fonseca, 2010: 2).

<sup>50</sup> Conforme determina o convênio (Prefeitura Municipal de Campinas e Casa de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 1990: 2).



Como adiantei na introdução, a cláusula primeira do convênio determinou que o SSCF passaria a fazer parte do sistema de saúde municipal e atenderia clientela do SUS, e seria administrado em conjunto com a prefeitura. O documento também impôs a “Reforma de seus estatutos de forma a garantir a participação do poder público, da comunidade e do corpo de funcionários no seu gerenciamento”, e que fosse administrado por um Conselho Diretor (Prefeitura Municipal de Campinas e Casa de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 1990: 1). Com essa configuração administrativa, ele se tornou uma instituição pública<sup>51</sup>. De maneira geral, o investimento financeiro nele previsto promoveu o início da transformação do antigo sanatório em uma *rede de assistência* em saúde mental constituída por diferentes serviços. Além disso, o convênio determinou que o SSCF, em seus aspectos jurídicos, só poderia receber recurso público, e, assim, ele é um acordo de financiamento mensal entre a instituição e a prefeitura.

Durante a pesquisa de campo, acompanhei as negociações do convênio renovado em maio de 2012, com vigência de doze meses e início previsto para junho daquele ano. O convênio era composto pelos seguintes documentos: Termo do Convênio; Plano de Trabalho do Programa de Parceria na Assistência em Saúde Mental; Balanço Econômico-Financeiro; Relatório de Atividades 2011 e Plano de Ação e Metas das Atividades a Serem Desenvolvidas Durante o Ano de 2012. O Termo do Convênio era um contrato, seu texto era formatado em cláusulas numeradas e divididas em blocos (Do Objeto, Das Condições Gerais, Da Comissão de Acompanhamento, Dos Distritos de Saúde, Das Atribuições, Dos Recursos, Da Autorização de Pagamento, Do Controle, Avaliação e Fiscalização). O Plano de Trabalho do Programa de Parceria na Assistência em Saúde Mental (ao qual meus interlocutores se referiam como Plano de Trabalho) descrevia as *metas* por meio de indicadores (qualitativos e quantitativos) de acompanhamento, que seriam examinados mensalmente pelos integrantes da Comissão de Acompanhamento do Convênio. O Balanço Econômico-Financeiro, que continha os dados contábeis do ano anterior, já fora aprovado por uma auditoria externa e apresentava os indicadores de custo-efetividade dos projetos assistenciais (custos operacionais, custo por setor, custo por tipo de despesa, custo por *usuário*, resumo da folha de pagamento, relatório de custo por convênio). O Relatório de Atividades e o Plano de Ação e Metas das Atividades a Serem Desenvolvidas Durante o Ano de 2012 detalhavam as atividades desenvolvidas em cada serviço e os objetivos futuros.

---

<sup>51</sup> Segundo a explicação de André Fonseca, o convênio do SSCF é similar ao da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação (Hospital Sarah Kubitschek), principalmente no que se refere à transformação de uma instituição privada em uma instituição pública.

Ao todo, foram estabelecidos seis convênios de financiamento na saúde mental: o de 1990 e, em seguida, foram ratificados os contratos em 1996, 2000, 2002, 2007 e 2012. Como uma das obrigações dele decorrentes, o SSCF encaminha relatórios mensais e/ou semestrais para o Ministério da Saúde e para a Secretaria de Saúde, e a prefeitura apresenta um relatório anual ao Conselho Municipal de Saúde, referente à prestação de contas. A periodicidade dos relatórios (mensais e/ou semestrais) consta no Plano de Trabalho dos serviços de saúde — tratam-se de documentos elaborados por cada um deles sobre a assistência realizada, que serve como dado para a elaboração da prestação de contas. Além dos relatórios, outros documentos podem ser solicitados pela Secretaria de Saúde. O documento do convênio é elaborado anualmente pelos gestores do SSCF junto com a Coordenação Municipal de Saúde Mental, depois é negociado com os administradores daquela secretaria e apresentado ao Conselho Municipal de Saúde. Se aprovado por este, é encaminhado ao prefeito para a assinatura.

Em sua etnografia sobre um convênio firmado entre a Catholic Agency for Overseas Development (Cafod) — agência católica de desenvolvimento internacional sediada em Londres — e grupos populares de Recife, Morawska Vianna (2010) analisou a produção incessante de documentos que firmavam acordos burocráticos de financiamento. Em relação aos canais institucionais de longo alcance estabelecidos nessa relação de parceria, que era garantida pela elaboração constante de documentos, a autora afirma que a presença física destes últimos “possibilita o encadeamento das ações necessárias para a parceria: os relatórios exigem que a avaliação seja feita; o documento produzido na avaliação requer a assinatura da gerência; o papel assinado promove a transferência dos recursos” (2010: 145). Também afirma que eles são molas propulsoras que ativam as engrenagens de uma máquina burocrática e asseguram o fluxo dos procedimentos e de pessoas, bem como a necessidade de produção de outros documentos, e conclui que a relação de parceria “não envolve apenas pessoas que se relacionam por via de documentos recheados de informações; mas pessoas e documentos que igualmente empurram as engrenagens da máquina burocrática e as mantêm operantes” (2010: 145). Aqui, tomo como base as suas análises para abordar a relação de parceria e a produção de documentos que justificam o financiamento implícito no convênio. O Termo do Convênio de 2012 detalhava a finalidade da parceria na sua cláusula primeira:

O presente Convênio tem a finalidade de avançar na consolidação da Reforma Psiquiátrica de um Modelo Assistencial Humanizado, que valorize a atenção integral e o

cuidar em liberdade dos usuários, qualifique os processos de gestão e potencialize o desenvolvimento dos trabalhadores da Saúde. (Prefeitura Municipal de Campinas e Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2012: 2)

Durante a pesquisa de campo, a rede de assistência em saúde mental de Campinas era composta por diferentes serviços e dividia-se entre os gerenciados pelo SSCF e os gerenciados pela prefeitura. Os de responsabilidade daquele eram os seguintes: os centros de Atenção Psicossocial (CAPS III) Esperança, Estação e Antônio da Costa Santos, os centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS Ad) Independência e Antônio Orlando, os centros de convivência Casa dos Sonhos, Rosa dos Ventos e Espaço das Vilas, o Núcleo de Oficinas e Trabalho, o Núcleo de Retaguarda<sup>52</sup>, o Núcleo de Comunicação (Rádio Online Maluco Beleza, jornal impresso C@ndura e as atividades do Ponto de Cultura Maluco Beleza), o Cândido Fumec<sup>53</sup> e o SRT. Essa configuração da *rede* atendia mais de sete mil usuários (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2013b: 5).

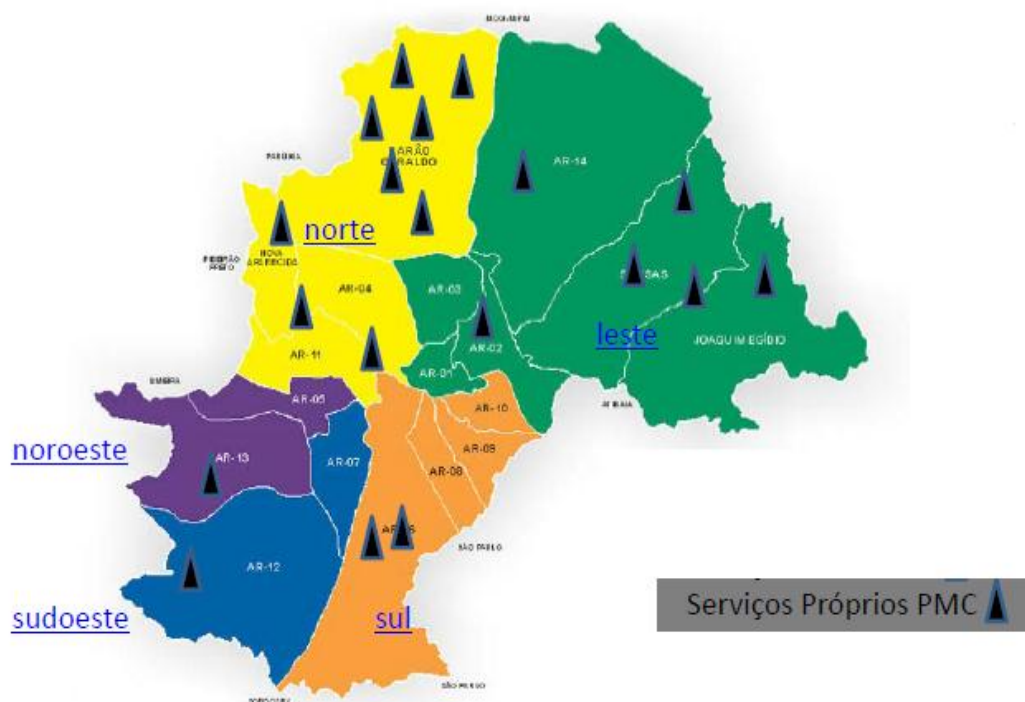
A Figura 3 apresenta os cinco distritos de saúde de Campinas (Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste)<sup>54</sup>. Os triângulos mostram os pontos onde se localizavam, durante a pesquisa de campo, os serviços de saúde mental sob a gestão da prefeitura.

---

<sup>52</sup> Em maio de 2009, o Núcleo de Retaguarda foi organizado como unidade de internação, agregando o Núcleo Clínico, o Núcleo de Atenção à Crise (NAC) e o Núcleo de Atenção a Dependentes Químicos (Nadeq). Uma única *equipe* circula entre esses três espaços de internação do SSCF em Sousas (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2012b).

<sup>53</sup> Antigamente Cândido Escola e hoje Fundação Cândido Fumec, essa instituição foi criada com o objetivo de formação dos *profissionais*, e funcionava em uma sala de aula no interior da ala Paraíso (uma das alas do hospital psiquiátrico do SSCF). Em vista do crescente interesse pelo curso de alfabetização, principalmente dos *pacientes*, foram criadas turmas para eles, e a escola acabou sendo deslocada para fora da instituição.

<sup>54</sup> Os mapas apresentados nas figuras 3 e 4 foram cedidos por Carla Siqueira Machado (coordenadora municipal de Saúde Mental de Campinas) e Maria de Lourdes Feriotti. Ambos compunham a apresentação do Plano de Trabalho do Convênio de Cogestão SMS/Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira para Saúde Mental, em 2011.



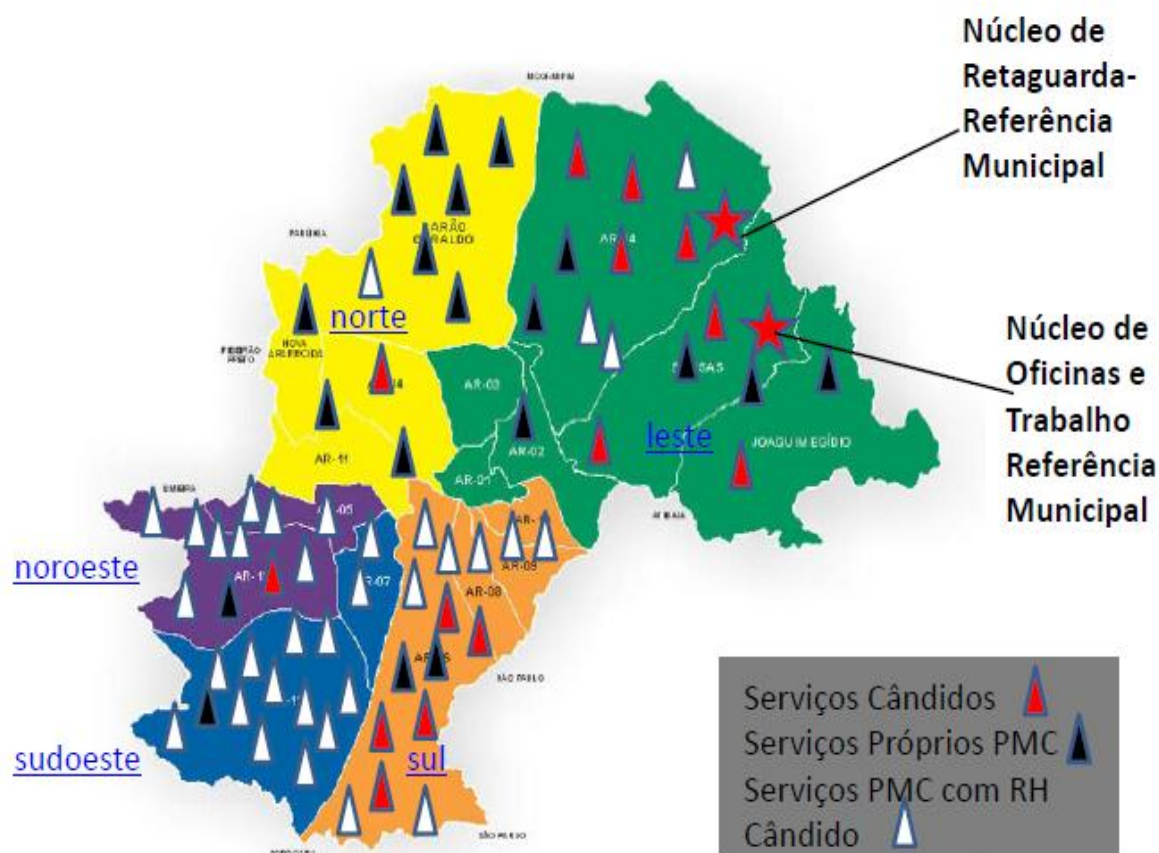
**Figura 3:** Divisão espacial dos distritos de saúde (divididos em Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste) do município de Campinas. Os triângulos indicam os serviços de saúde mental sob a gestão do município.

No convênio votado em maio de 2012 (no valor mensal de quatro milhões, trezentos e oitenta mil, trezentos e setenta e seis reais e trinta e dois centavos), o SSCF assinou um novo contrato de financiamento. Em uma parte da Apresentação do Balanço Econômico-Financeiro 2012, a instituição esclareceu o processo, que tinha por objetivo adotar a gestão dos serviços de saúde mental da prefeitura:

A partir de junho/2012, o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, que já vinha apoiando efetivamente o desenvolvimento de ações em saúde mental em toda a rede municipal de saúde de Campinas, inicia um processo de assunção da gestão direta de serviços de saúde mental até então gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde: os CAPS tipo III, Davi Capistrano, Novo Tempo e Integração, os CAPS AD Reviver tipo III, e os CAPSi (criança e adolescente) CEVI e Espaço Criativo, assim como os Centros de Convivência Toninha, Portal das Artes e Tear das Artes. (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2013a: 21)

Nessa nova configuração da rede, segundo os meus interlocutores, o SSCF assumiria, em junho de 2012, a gestão compartilhada dos serviços de saúde mental do município. A Figura 4 ilustra a rede de assistência em saúde mental de Campinas com todos os serviços em 2011, e individualiza os administrados pela prefeitura (triângulos pretos), os administrados

pelo SSCF (triângulos vermelhos) e os administrados pela prefeitura mas que mantinham profissionais contratados pelo SSCF via convênio da saúde mental (triângulos brancos).



**Figura 4:** Serviços públicos de saúde mental de Campinas, em 2011.

Os mapas foram apresentados por Carla Machado, em 25 de maio de 2011, em uma reunião do Conselho Municipal de Saúde, na qual este votou, entre outras coisas, a prorrogação, por um período de oito meses, do Convênio de Cogestão da saúde mental e do Convênio da Atenção Geral à Saúde (Convênio Programa Saúde da Família–PSF<sup>55</sup>), este também firmado entre a prefeitura e o SSCF. Na reunião, a Coordenação de Saúde Mental propôs a prorrogação dos dois convênios, para ter tempo de refletir e escrever, junto com os *profissionais* do SSCF, na Comissão de Acompanhamento do Convênio, um plano de ação para evitar a demissão dos 1.308 profissionais contratados pelo SSCF via Convênio PSF mas

<sup>55</sup> Para uma exposição pormenorizada sobre as práticas do PSF, ver a etnografia de Coelho (2011).

que trabalhavam em serviços da prefeitura (retomo esse assunto no próximo tópico). Em relação ao Convênio de Cogestão da saúde mental, que estava regular, no novo projeto apresentado o SSCF se comprometeu a assumir a gestão dos serviços de saúde mental da prefeitura. Essa foi uma jogada *estratégica* da instituição, que pensou em transformar todos os serviços (então separados em serviços do SSCF e serviços da prefeitura, como mostra a figura 4) em uma grande rede unificada, que forçaria a renovação do novo contrato de financiamento.

Manter a *rede de assistência* do SSCF fragmentada era, segundo os meus interlocutores, uma tática da prefeitura para desestabilizá-lo, o que poderia provocar danos à assistência (ou a diminuição da qualidade dos serviços e da confiança na instituição) e justificar a diminuição do recurso do convênio. Um exemplo disso foi a tentativa da prefeitura, em setembro de 2011, de retirar o seu superintendente e a sua gerente de cuidados, que eram trabalhadores concursados daquela mas trabalhavam nele já havia vinte anos, e realocá-los em outros serviços do município. Naquela reunião do Conselho Municipal de Saúde, uma das conselheiras leu um documento que comunicava, à prefeitura e à Secretaria de Saúde, a necessidade de um cronograma de debates públicos para discutir a “*adequação do convênio*” PSF. Essa proposta relacionava-se a um processo do Ministério Público, que impedia a renovação dos dois convênios por irregularidades no do PSF. Ela advertiu sobre a necessidade de concurso público para prover os cargos dos *profissionais* contratados pelo SSCF através desse convênio. Detalho esse assunto no próximo tópico.

## **1.4 Os convênios**

Na reunião de 25 de maio de 2011, mesmo com a chuva fina e o frio daquele dia, o salão estava repleto, e muitos dos presentes eram trabalhadores contratados pelo SSCF, mesmo que trabalhassem em outros serviços do município. O clima era de tensão. A prorrogação dos convênios era imprescindível, visto que a situação de irregularidade constatada no do PSF impedia a renovação do Convênio de Cogestão da saúde mental ou a apresentação de um novo projeto deste.

O Convênio PSF foi firmado, no início de 2001, entre a Prefeitura de Campinas e o SSCF com o objetivo de viabilizar a contratação de profissionais para compor as equipes daquele. Como essa política era recém-inaugurada pelo Ministério da Saúde, as prefeituras não tinham, em sua máquina administrativa, o cargo de agente comunitário; logo, não existia a possibilidade de contratação por meio de concurso público, e a parceria com o SSCF foi a forma encontrada pela prefeitura para resolver a situação das contratações. No final de 2004, ela foi impossibilitada de realizar concurso público, em razão de uma ação de imputação jurídica, situação que se manteve durante todo o processo de apuração (que levou cinco anos). Assim, reativou a parceria do Convênio PSF realizada em 2001 com o SSCF e contratou 1.308 pessoas para trabalhar em diferentes setores da rede municipal de saúde. Em 2008, o Ministério Público considerou esse convênio irregular, e, em 2011, o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo impediu a sua renovação — e o SSCF procurava evidenciar que o clima de incerteza devia-se à administração municipal. Na Comissão de Acompanhamento do Convênio, os *atores* procuraram uma *estratégia* para integrar os trabalhadores que seriam demitidos. Assim, a prefeitura, o SSCF e o Conselho Municipal de Saúde buscaram uma formatação jurídica que atendesse as recomendações daquele tribunal, detalhando um plano de trabalho para substituir, de maneira gradual, por trabalhadores concursados, os trabalhadores demitidos. O plano seria efetivado em quatro anos, e procurava evitar a desassistência à saúde no município e garantir que os que fossem demitidos pudessem participar dos concursos, mas não foi aprovado e a prefeitura iniciou o processo de demissão, que terminou em agosto de 2012.

Na reunião, parecia improvável que os conselheiros votassem contra a prorrogação dos convênios. Segundo uma das minhas interlocutoras, *“como é apenas um pedido de prorrogação, acho muito difícil eles não aprovarem o projeto. Dentro dos trâmites de negociação do pedido do convênio existe essa possibilidade de prorrogação, e acredito que isso pode acontecer mais de uma vez”*. Observa-se que a possibilidade de prorrogação já estava incluída no texto do convênio, o que indica que a sua escrita era uma *estratégia* política para viabilizar e garantir a sua manutenção. Nesse momento específico, essa *estratégia* garantiu a prorrogação dos dois convênios por oito meses, o que deu ao SSCF mais tempo para pensar nas alternativas necessárias para administrar as irregularidades do Convênio PSF.

Mas, além das irregularidades deste, havia um clima de instabilidade no Governo municipal. Refiro-me à crise que culminou na cassação, em 20 de agosto de 2011, do prefeito,

dr. Hélio (PDT), e, depois de quatro meses, do seu vice, Demétrio Vilagra (PT), ambos por corrupção<sup>56</sup>. Essa situação perdurou por quase um ano e dificultou, por vezes, as negociações do convênio. Em outubro de 2011, por exemplo, a situação não estava melhor, como mostra a fala de uma interlocutora:

Encontrei a Lúcia, hoje. Ela me disse que não tinha nenhuma resposta sobre o seu pedido para participar [como ouvinte] do Conselho Gestor da prefeitura. Ela disse que as coisas estão complicadas. Na última reunião, o diretor de Saúde avisou que estava deixando o cargo em decorrência da demissão do secretário de Saúde, feita pelo novo prefeito. Ela afirmou que está tudo incerto, e que este clima de instabilidade afeta todos os projetos e planejamentos futuros. Ela disse que não sabe se a atual coordenadora de Saúde Mental continuará no cargo. Ela disse que a coisa está feia! (Diário de campo, 25/10/2011)

Ainda de acordo com ela, o contexto de incerteza inviabilizou a minha participação em espaços burocráticos como o Colegiado Gestor, o Colegiado Ampliado e a reunião *fechada* da Comissão de Acompanhamento do Convênio, nos quais era discutida a formulação do novo projeto assistencial do Convênio de Cogestão da saúde mental. Mas a impossibilidade de participar de algumas reuniões não me impedia de ter acesso às informações que circulavam entre os *profissionais*, já que os grupos eram conectados. Em alguns casos, tive acesso às informações discutidas e problematizadas na reunião do Colegiado Gestor, compartilhadas pela gerente do SRT nas reuniões da *equipe das moradias*, pois nelas era frequente a prática de atualizar os *profissionais* acerca das informações referentes ao contexto da política municipal e da posição do SSCF sobre os acontecimentos e negociações do convênio. No entanto, nem toda informação era compartilhada, apenas aquelas estabelecidas na reunião desse colegiado, as quais eram utilizadas como *estratégia* de mobilização dos *profissionais*, e acabavam reverberando nos trabalhadores da prefeitura que protestavam contra as demissões.

Eram os gerentes dos serviços do SSCF, no Colegiado Gestor, que decidiam sobre as informações que seriam divulgadas. Eles discutiam e refletiam sobre a maneira de conduzir os impactos das informações sobre os *profissionais*. Segundo a ata da sua sessão extraordinária de 13 de julho de 2011, foram discutidas, nela, as informações sobre o corte de verbas e sobre as negociações do dissídio e do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Conforme a problematização feita pela gerente de cuidados do SSCF, “diante da dificuldade nas negociações muito provavelmente teremos sinais públicos da crise. Foi apontado pelo

---

<sup>56</sup> Em maio de 2011, em decorrência do esquema de corrupção, fraude em licitações e tráfico de influência na prefeitura, onze pessoas foram presas. O Ministério Público recebeu informações do ex-presidente da Sociedade de Abastecimento de Água (Sanasa) em troca da redução de sua pena.



Secretário que não ocorrerão reposições na rede e se necessário haverá fechamento de serviços”<sup>57</sup>. Diante dessa notícia, os *profissionais*, na Comissão de Acompanhamento do Convênio (tema do próximo tópico), decidiram, por consenso, “congelar as contratações e expansões de serviços e elaborar um ofício para encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde, já que não há dinheiro nem para pagar o dissídio”. Nobusou Oki salientou a necessidade de discutir, de forma “cuidadosa”, essas informações; a gerente de um CAPS disse ser “a favor de politizar as equipes para que o coletivo possa ser solidário com as dificuldades dessa conjuntura”; André Fonseca (diretor financeiro) e o gerente de comunicações do SSCF disseram que era preciso torná-las públicas, divulgá-las na mídia e para o Conselho Municipal de Saúde; outro *profissional* falou que “a publicização e politização deve ser feita com as equipes, usuários e familiares, preferencialmente em conexão com os movimentos sociais”, e que as informações deveriam ser compartilhadas de maneira “cuidadosa”, não apenas para informar, mas “promovendo o debate para que as ações não sejam desconexas e não vá para a via da fofoca”. A reunião encerrou-se com o consenso de que os gerentes incentivariam a “participação dos trabalhadores na assembleia de funcionários”.

Em campo, pude observar os *atores* na reunião *aberta* da Comissão de Acompanhamento do Convênio analisando as alternativas para resolver as irregularidades sem prejudicar os trabalhadores contratados através do Convênio PSF. As propostas de resolução dos impasses eram *estrategicamente* tornadas visíveis ou informadas a eles a fim de torná-los parceiros, uma vez que todos seriam exonerados. O objetivo dessa *estratégia* era explicitar, para os agentes envolvidos, que o clima de incerteza e instabilidade era provocado pela administração municipal, uma vez que o SSCF tinha elaborado, em parceria com a Coordenação de Saúde Mental (na reunião do Colegiado Ampliado) e a Comissão de Acompanhamento do Convênio, um projeto de Convênio PSF para evitar que a assistência à saúde do município fosse afetada pelas exonerações: este teria a duração de quatro anos, tempo necessário para absorver os 1.308 trabalhadores por meio de concurso público (segundo a exposição do diretor do Departamento de Saúde da Secretaria de Saúde, feita no Conselho Municipal de Saúde em 11 de janeiro de 2012). Retomo esse argumento para explorar o sentimento de incerteza, que, segundo os meus interlocutores, desestabilizava emocionalmente os *profissionais*, que não sabiam quando seriam demitidos, e afetava os projetos terapêuticos que seriam acompanhados por um período de tempo. Além disso, a tática

---

<sup>57</sup> As citações das falas dessa reunião são literais da sua ata.

da instabilidade, que visava tornar a instituição suscetível ao corte de custos, os sujeitava a um processo burocrático de exoneração incerto e à precariedade dos serviços, e muitos deles estavam adoecendo.

Esclareço que não é meu objetivo abordar os acontecimentos e as negociações que tinham por finalidade solucionar as irregularidades do Convênio PSF, a não ser quando for necessário para compreender os trâmites para a renovação do Convênio de Cogestão da saúde mental. No próximo tópico, descrevo o funcionamento da Comissão de Acompanhamento do Convênio em seus efeitos políticos, as preocupações dos seus *atores* e a elaboração do texto do Convênio de Cogestão.

### **1.5 A Comissão de Acompanhamento do Convênio**

A Comissão de Acompanhamento do Convênio desenvolvia seu trabalho, primeiro, em uma reunião *fechada*; em seguida, em uma reunião *aberta*. Na reunião *fechada*, os gestores do SSCF e da prefeitura discutiam os indicadores e os termos da formulação do texto do Convênio de Cogestão da saúde mental. Quando Carla Machado, da Coordenação de Saúde Mental, negou autorização para que eu participasse das reuniões do Colegiado Ampliado e das reuniões *fechadas* dessa comissão<sup>58</sup>, ela argumentou que, nelas, estavam sendo discutidos o texto do Convênio de Cogestão (no primeiro) e o funcionamento do trabalho (na segunda), e minha presença poderia inibir o discurso dos *atores*. Na reunião *aberta* participavam os *atores* da reunião *fechada* e conselheiros de Saúde. Com a autorização de Carla, eles permitiram que eu participasse daquela, na qual eram discutidos os conflitos enfrentados na negociação do convênio, havia informes sobre a conjuntura municipal e o não repasse dos investimentos para os novos projetos, e explicações acerca das normatizações ministeriais e sobre a diretriz da política de saúde mental.

Os principais conflitos decorriam das irregularidades do Convênio PSF e do esclarecimento das dívidas do SSCF na época. No caso do convênio, os conflitos estavam nas negociações referentes ao plano de exoneração dos trabalhadores. A comissão procurou administrá-los para impedir que as demissões acontecessem, mas, em 13 de dezembro de

---

<sup>58</sup> Na verdade, fui autorizada a participar de uma dessas reuniões, sobre a qual falo adiante.

2011, o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo julgou irregular a renovação do Convênio PSF, já considerado irregular pelo Ministério Público. Com o risco de ficar sem os trabalhadores nas unidades de saúde municipais após o vencimento do convênio em fevereiro de 2012, a prefeitura e o Ministério Público assinaram um Termo de Ajustamento de Conduta<sup>59</sup>, em 23 de janeiro daquele ano, com o objetivo de estender o prazo para a regularização da situação por meio de concursos e com um cronograma de execução das adequações do Convênio PSF (no início do capítulo 6, descrevo a reação dos trabalhadores após a publicação dos editais dos concursos em janeiro de 2012). Quanto às dívidas do SSCF, em outubro de 2011, este prestou esclarecimentos à Comissão Parlamentar de Inquérito da Saúde (CPI da Saúde) acerca de dívidas com encargos sociais e trabalhistas, decorrentes de atrasos no repasse do financiamento pela prefeitura. Em um documento sobre o perfil da dívida, atualizada em 30 de setembro de 2011, o valor devido em encargos sociais (INSS/IRRF/PIS) era de R\$25.971.895,00, o qual foi parcelado para ser pago em vinte anos, no valor mensal de R\$159.033,00. Também havia quatro parcelas de R\$261.390,00, a serem pagas ao Banco do Brasil, referentes a um empréstimo feito para o pagamento do FGTS; e R\$558.600,54 (valor de dezembro de 2010) deveriam ser pagos ao Banco Itaú, de um empréstimo tomado para o pagamento do 13º salário dos trabalhadores. Além disso, o SSCF precisava de R\$916.646,00 para o pagamento do FGTS em rescisões trabalhistas. Com a dificuldade da prefeitura em repassar o recurso do convênio, já em junho de 2011 a instituição acumulou uma dívida com os encargos sociais não recolhidos no valor de R\$10.226.022,00. O documento atestava que o valor total da dívida era R\$42.573.820,00. Também mostrava que o SSCF era transparente em suas ações contábeis e que a dívida era efeito do não repasse do recurso. Com essa argumentação, a instituição procurava responsabilizar a prefeitura pela dívida, que produzia um abalo na sua credibilidade para conseguir o financiamento e trazia a possibilidade de não receber o recurso federal para o custeio de novos projetos. Expor de forma transparente o processo que resultou na dívida afirmava a sua fiabilidade na condução dos convênios firmados com a prefeitura.

Depois de apresentar essas duas preocupações, que eram fonte de conflitos e de discussões nas reuniões da Comissão de Acompanhamento do Convênio, retomo a apresentação dessa instância deliberativa, de cujas reuniões comecei a participar em julho de

---

<sup>59</sup> Nesse caso, o termo foi sugerido pelo Ministério Público, e o prefeito, Pedro Serafim (PDT), apresentou o projeto de lei (que visava estender o prazo da regularização para a adequação do convênio e a aprovação de um cronograma para o concurso) ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

2011 e da qual pude acessar o livro-ata. Este, em suas páginas iniciais, descrevia a composição da comissão: três representantes da Secretaria Municipal de Saúde (caso da coordenadora de Saúde Mental), quatro do SSCF (incluindo o presidente do Conselho Diretor) e dois integrantes do Conselho Municipal de Saúde. As reuniões *abertas* tinham como *estratégia* informar e esclarecer os conselheiros de Saúde acerca dos impasses e decisões nas negociações dos convênios, e seu objetivo era convencê-los ou mantê-los favoráveis, principalmente ao Convênio de Cogestão da saúde mental — como afirmou uma interlocutora, “*é preciso manter o Conselho do nosso lado*”. Em outras palavras, a participação de dois deles nas reuniões era importante para manter os demais (que, segundo o *site* da Secretaria de Saúde de Campinas, eram 44<sup>60</sup>) informados sobre as ações que visavam renovar a proposta do Convênio de Cogestão da saúde mental e regularizar o Convênio PSF.

A criação de espaços de articulação entre o SSCF e o Conselho Municipal de Saúde possibilitava, por um lado, uma relação de proximidade e a difusão das informações em uma rede de comunicação formada com outros conselheiros; por outro, produzia uma relação de implicação destes nas ações que pretendiam conduzir os impasses que poderiam cessar o financiamento daquele e promover a desassistência para a população, tendo em vista que os trabalhadores contratados nos convênios da saúde mental e do PSF somavam quase 25% dos trabalhadores da saúde em Campinas. Essa relação tanto de proximidade como de implicação com os conselheiros permitia aos administradores do SSCF estabelecer uma conexão direta com o Conselho Municipal de Saúde. Este, lugar de participação e deliberação institucionalizado, funciona como instância de decisão coletiva por meio do voto, e sua maneira de operar pode ser considerada uma forma de “institucionalizar a participação” (Bezerra, Heredia e Palmeira, 2012: 43), uma vez que os conselheiros representam os interesses políticos locais e participam das decisões sobre a política de saúde em um espaço formalizado no interior da prefeitura.

Apesar de existirem, na época, outras instâncias de discussão coletiva sobre o Convênio de Cogestão da saúde mental (assembleias de funcionários, por exemplo), as decisões sobre ele eram tomadas por administradores da prefeitura e por representantes do SSCF. No convênio cujas discussões acompanhei em campo, mesmo que tenha havido a participação da população, como foi o caso dos conselheiros que votaram a favor da sua

---

<sup>60</sup> O diretor financeiro do SSCF era um dos conselheiros de Saúde, e sua suplente era a gerente de cuidados daquela instituição. Eles representavam a categoria de conselheiros prestadores de serviço em cogestão (Conselho Municipal de Saúde de Campinas, [2010]).

renovação, estes não participaram da sua redação (assunto detalhado no próximo tópico). Assim, a institucionalização da participação da população por meio do controle social realizado nos conselhos locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde permitia que os *atores* indicassem os problemas enfrentados na comunidade. De forma resumida, a demanda da população deveria ser exposta e registrada na reunião do Conselho Local de Saúde e encaminhada por profissionais e/ou gestores dos serviços para a reunião do distrito. Era tarefa do *apoiador* deste encaminhar as demandas para a Coordenação de Saúde Mental, que as avaliava e, considerando as prioridades em conformidade com as portarias, decidia quais seriam contempladas — e, portanto, escritas no texto do convênio (assunto descrito no último capítulo). Essa é a forma de organização da participação no SUS, arquitetada para permitir que a demanda da população seja ouvida, percebida, quantificada e discutida no Colegiado Ampliado.

Os membros permanentes da Comissão de Acompanhamento do Convênio, durante a pesquisa de campo, eram, do SSCF, a gerente de cuidados, a presidente do Conselho Diretor (o superintendente, o diretor financeiro e a gerente do Núcleo de Oficinas e Trabalho participavam de forma intermitente); a coordenadora municipal de Saúde Mental e sua secretária; e dois conselheiros de Saúde. A comissão tinha como *missão* “(1.) Garantir o seguimento aos objetivos do Convênio. (2.) [Ser] Local de negociação das demandas a serem executadas pelo Convênio. (3.) Promover a adequação gradual do valor executado com o valor repassado ao Convênio” (ata da reunião da Comissão de Acompanhamento do Convênio, 25/9/2009).

Em 13 de janeiro de 2012, estive presente em sua reunião *fechada*, e os seus integrantes estavam formatando e corrigindo uma parte do texto do Convênio do Cogestão, na qual explicava-se como deveria ser a contratação dos gerentes das unidades assistenciais. Depois de incentivada a participar do processo, indiquei uma frase que me pareceu redundante, e uma interlocutora me advertiu que a forma do texto não poderia extirpar a autonomia de escolha do gerente, que também seria feita pelo SSCF; e a gerente de cuidados disse: “*não podemos nos aprisionar ao texto*”. Observa-se que a sua formatação era importante, uma vez que ele poderia limitar a agência da instituição ou restringir a sua autonomia (vide infra 1.7). Nesse exemplo etnográfico, fica clara a preocupação dos *atores* com a disposição das palavras no texto, para que o seu sentido não fixasse as ações dos *profissionais*. A cláusula que discorria sobre a contratação dos gerentes assistenciais deveria

estar escrita de forma cautelosa e ampla, de maneira que seu sentido contivesse a ideia de que a contratação seria feita não apenas pela prefeitura, mas também pela instituição.

Além de refletir sobre a formatação e a estrutura estilística da linguagem presente em documentos (como fez Riles, 2001), procuro expor o que estava oculto e poderia ser acionado em um contexto futuro. O esforço em produzir um texto que fosse simples e amplo possibilitava, ao SSCF, encontrar brechas formais para serem acessadas no caso de ser impossibilitado de fazer a contratação de seus gerentes. Mas essa forma de *atuação*, que era eclipsada no texto, fazia parte da realidade da instituição, que tinha por rotina contratar os seus gestores. Portanto, o que estava em jogo era escrever em um formato que continuasse a garantir essa autonomia. Os *profissionais*, ao editar o texto do convênio, estavam produzindo, *estrategicamente*, formas de se precaver de um possível risco futuro. De fato, analisar um risco futuro e prevenir-se dele, de forma implícita, na redação de um documento, é fazer política utilizando-se de uma técnica e de um conhecimento que possam prever ações que mantenham a autonomia institucional. Na produção desse documento, a política como escrita revelou o jogo *estratégico* dos *profissionais*.

Na mesma reunião (13 de janeiro), uma das minhas interlocutoras me explicou que o grupo estava revisando o texto do Plano de Trabalho. Este era uma parte do Convênio de Cogestão (como já coloquei) e descrevia as atribuições do SSCF, a estrutura da parceria, a *rede de assistência e reabilitação* psicossocial, as ações em saúde mental e as ações de formação e educação permanentes. O texto estava todo grifado em diferentes cores, e cada cor indicava as anotações e sugestões de um *agente estratégico* que o lera previamente — e só o puderam ler os *atores* que haviam participado, dois dias antes, da reunião do Colegiado Ampliado. Para minha interlocutora, a elaboração de um texto de forma coletiva, mesmo que por um seletivo grupo de gestores que podiam participar desse colegiado, era uma “*maneira democrática de produção da política como escrita*”. A ação “democrática” de fazer a política estava na possibilidade de os *agentes estratégicos* apresentarem as demandas locais para serem incorporadas ao texto, mas isso, por si só, não garantia que as necessidades dos *usuários* permaneceriam no convênio. Fabricar a política por meio da escrita do documento permitia aos *profissionais* do SSCF incorporarem as suas táticas de ação, mesmo que, por vezes, implicitamente, no texto. Essa forma de construir o documento, considerando possíveis brechas (*gap*, lacunas), foi analisada por Hull (2012: 616-617) não como deficiência dos sistemas operacionais, e sim como intrínseca à forma de fazer política, à sua composição, mas

tais inserções podem ser extirpadas em razão de políticas inflexíveis. Segundo a autora, os documentos são mediadores entre as políticas normativas e as práticas locais, e podem, da mesma maneira, tornar implícita ou explícita determinada informação, dependendo dos objetivos e das situações sociais de seu uso. Os procedimentos de auditoria, por sua vez, acarretam em concentração de informações em documentos compostos por conteúdos normativos, o que produz mais lacunas que podem ser ajustadas ou utilizadas de diferentes formas.

Em 11 de janeiro de 2012, Carla Machado apresentou, no Conselho Municipal de Saúde, a proposta para o novo Convênio de Cogestão da saúde mental. Ao expor o Plano de Trabalho, afirmou que o documento fora produzido de forma *democrática*, uma vez que foi escrito coletivamente, pois dele participaram os gestores e os *apoiadores*, *agentes estratégicos* conectados diretamente com os trabalhadores da saúde mental da prefeitura e do SSCF nas reuniões dos distritos de saúde. Nas reuniões realizadas nestes últimos, participavam profissionais que representavam as instituições da rede de assistência: eles discutiam o funcionamento dos fluxos, problematizavam e identificavam os conflitos da experiência cotidiana do trabalho em rede. Os *apoiadores* eram os responsáveis por apresentar o resultado dessa avaliação da rede no Colegiado Ampliado.

No espaço desse colegiado, os *atores* discutiam o modelo de gestão, o modelo de assistência e o modelo jurídico. As discussões sobre o modelo de gestão tinham por finalidade assegurar a relação de *cogestão* entre os diferentes *atores* envolvidos no processo de elaboração do Convênio de Cogestão da saúde mental. Segundo Carla Machado, a ideia da *cogestão* estendia-se para as esferas administrativas da Secretaria de Saúde, porque “*nós queremos trabalhar com a maior transparência, com todo mundo envolvido nesse processo de construção do SUS*”. Quanto ao modelo assistencial, as discussões visavam à formulação do Plano de Trabalho, e, em relação ao modelo jurídico, elas tinham por finalidade formatar o Convênio de Cogestão da saúde mental como um *ente de cooperação*<sup>61</sup>.

Ainda de acordo com ela, aglutinar as esferas administrativas e delegar aos distritos de saúde a responsabilidade da gestão do funcionamento da rede de assistência (aspecto que será retomado no capítulo 6) tinha o objetivo de produzir um sentimento de *apropriação* que

---

<sup>61</sup> Formado por pessoas jurídicas de direito privado que prestam serviço público e complementam as atividades do Estado. São as entidades paraestatais (os serviços sociais autônomos, as organizações sociais e as organizações da sociedade civil de interesse público, entre outras), que, juntas, compõem o chamado Terceiro Setor.

resultaria na elaboração coletiva do texto do convênio. Essa estrutura administrativa explicita formas de governo que gerenciam a conduta dos *atores* políticos que avaliam suas próprias necessidades e as demandas de sua comunidade. A relação de *cogestão* atesta e prevê uma formulação coletiva e “democrática” do Convênio de Cogestão; a *cogestão* é o mesmo que promover “a *gestão pública da saúde mental no município de forma coletiva, transparente e participativa*”, conforme ela explicou. A noção de transparência não se limitava a expor o *cálculo* numérico dos gastos, também apresentava o registro documental das informações, dos dados e saberes que operavam o funcionamento da gestão institucional da assistência à população.

O seu discurso sobre a transparência e a estrutura de funcionamento participativa do SUS estava em consonância com uma recente atualização da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/1990 (Brasil, 1990): em 28 de junho 2011 foi validado o decreto nº 7.508, que trouxe a inovação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde para a gestão do SUS, o qual dispõe sobre as atribuições, metas e responsabilidades do financiamento público (Brasil, 2011b). Seu objetivo é possibilitar, ao Ministério da Saúde, o monitoramento da prestação de serviços e regulamentar a sua forma de avaliação. Através daqueles contratos, o Ministério pode conceder “estímulos financeiros aos municípios e estados que tiverem bom desempenho nos programas e ações da saúde, dando mais transparência à estrutura do SUS e garantindo maior segurança jurídica para que municípios, estados e União atuem de forma harmônica e integrada” (2011b: 11). A transparência, da mesma forma como disse Carla, evidencia os processos de funcionamento do SUS, permitindo a avaliação da instituição, e, no caso, de um “bom desempenho”, um bônus financeiro. Ao acionar a *estratégia* da transparência, meus interlocutores apresentavam os dados exigidos pelas normatizações ministeriais, e seu objetivo era expor o bom funcionamento institucional para afirmar que o SSCF era *confiável* e estava apto a receber recurso público.

Vê-se como o Ministério da Saúde governa ao conduzir as ações da Reforma Psiquiátrica: monitorando a gestão dos recursos através da avaliação do desempenho institucional e acionando práticas de *cálculo* a partir dos indicadores de desempenho com o objetivo de mensurar e, ao mesmo tempo, de reformar organizações de saúde pública. Assim, ele intensifica a produtividade institucional e direciona a conduta dos trabalhadores em saúde mental, que são legitimadas por ações de transparência e de responsabilização. Vemos, aqui, o



funcionamento do que alguns antropólogos chamam de “cultura de auditoria” (Strathern, 2000a; Shore, 2009).

Em suas análises sobre a “cultura de auditoria”, Strathern (2000b) expõe o funcionamento de técnicas e princípios de avaliação, de auditoria financeira e de transparência que eram acionados no sistema acadêmico do Reino Unido, e descreve como o sistema de avaliação intensificou as suas práticas e investiu não apenas no exame individual, mas também na avaliação do desempenho da estrutura organizacional, considerada responsável por viabilizar um bom desempenho dos alunos (1999: 19). A prática de avaliação implicava na produção de um sentimento de confiança tanto nas pessoas nela envolvidas como para mostrar que a instituição era confiável; em contrapartida, ao expor a transparência para afirmar ser a instituição confiável, poderia despertar falta de confiança (2000c: 310). No meu campo de pesquisa, o pedido de auditoria externa, se acionado no discurso dos gestores do SSCF, afirmava que este era confiável, mas, se a sua necessidade fosse atestada pela Secretaria de Saúde, isso era visto como desconfiança dela em relação aos processos de gestão do recurso público (cf. a ata da reunião do Colegiado Gestor do SSCF, 11/07/2011).

De fato, acionar o documento de auditoria era atestar a transparência das ações éticas referentes às demonstrações contábeis — e os *atores* da Comissão de Acompanhamento do Convênio o acionavam como *estratégia* política para certificar que o SSCF cumpria com aquilo que estava combinado no convênio. Isso ficou evidente na fala de André Fonseca, seu diretor financeiro, na reunião do Conselho Municipal de Saúde em 11 de janeiro de 2012, ao explicar a dívida da instituição com o INSS:

Quando foi feito esse convênio, em 2008, tínhamos uma dívida com o INSS. Essa dívida, nós já discutimos aqui [Conselho Municipal de Saúde], e fizemos duas audiências públicas e solicitamos uma auditoria externa. Na prestação dos serviços assistenciais, nós temos dinheiro suficiente, nunca foi motivo para o Cãndido suspender a assistência à população. Consideramos que era um problema para resolver junto com o Conselho Municipal de Saúde, com a prefeitura e com a Secretaria [de Saúde], e nós sempre publicizamos esse debate. Então, não tem sentido a prefeitura não renovar o convênio por conta de uma situação fiscal que ela ajudou a construir, que não tinha como solucionar de frente. A auditoria que nós solicitamos já finalizou os trabalhos. Nós estamos aguardando a prefeitura pagar a última parcela, para ela entregar o restante do trabalho. Estamos aguardando a auditoria [...] para gerar um Termo de Concessão da Dívida<sup>62</sup>.

---

<sup>62</sup> Pude gravar a reunião do Conselho Municipal de Saúde de 11 de janeiro de 2012, e as citações de falas dessa reunião são transcrições da gravação.

Percebe-se a importância, para o SSCF, de afirmar que suas dívidas foram causadas pela prefeitura, de expor como o recurso do convênio era repassado e que ela não cumpria o que estava combinado no contrato de financiamento. Em seu discurso, André Fonseca afirmava a transparência nos processos da política de financiamento da instituição e explicitava que ela era confiável e cumpria com suas responsabilidades. O mais interessante, e aqui eu utilizo as análises de Shore (2009: 31), está em observar o processo de auditoria, que nas práticas de transparência une responsabilidade e contabilidade. Ao responder às cobranças públicas com índices de eficiência no uso do recurso, o SSCF sujeita-se ao novo sistema de gerenciamento municipal, que mede as ações da reforma a partir da responsabilidade em prestar contas. Nesse caso, portanto, o objetivo da auditoria era produzir um documento que reconhecesse a dívida, para que a instituição pudesse continuar investindo nos projetos futuros (cf. ata da reunião do Colegiado Gestor do SSCF, 20/06/2011).

O Termo do Convênio de 2012 afirmava: o “Convênio se sujeita às normas do Sistema Nacional de Auditoria e Sistema Municipal de Auditoria do SUS” (Prefeitura Municipal de Campinas e Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. 2012: 3). Em 2011, o Ministério da Saúde publicou *Auditoria do SUS: orientações básicas*, em que explicita uma nova contribuição da prática da auditoria em sua função social de gestão estratégica e participativa em saúde pública (Brasil, 2011a). A auditoria é descrita como um instrumento de gestão do SUS que possibilita a adequada distribuição e utilização do recurso, garantindo, assim, uma assistência de qualidade. Quanto ao objetivo da sua prática, este é “avaliar a eficiência, eficácia, efetividade e economicidade das ações e serviços de saúde, prestar cooperação técnica e propor medidas corretivas, subsidiar o planejamento e o monitoramento com informações validadas e confiáveis” (2011a: 9). A definição do Ministério da Saúde para essa nova função da auditoria é esclarecedora:

O processo de mudança das práticas de auditoria, na perspectiva da saúde coletiva, incorpora a avaliação da qualidade das ações de promoção, prevenção e assistência visando, especialmente, a redução das iniquidades, a garantia do direito ao acesso e a eficiência das ações e serviços, que é medida por indicadores de saúde e a efetividade da participação e controle social. [...] O compromisso da auditoria para o fortalecimento da gestão se estabelece na orientação ao gestor quanto à aplicação eficiente do orçamento da saúde, o qual deve **refletir na melhoria dos indicadores epidemiológicos e de bem-estar social**, no acesso e na humanização dos serviços.

Este novo paradigma de auditoria **requer profissionais** trabalhando na **lógica de um observatório social** para as questões de resolutividade do SUS, visando contribuir efetivamente para a construção do **modelo** a que ele se propõe, na amplitude do conceito de saúde: qualidade de vida e cidadania. Compreendendo a importância da consolidação

da relação com o controle social, como forma de melhor cuidar da gestão do SUS, a auditoria deve realizar ações de cooperação técnica com os conselhos municipais, estaduais e o nacional de saúde e também com os gestores, nas três esferas de gestão. O objetivo é que juntos apoiem a qualificação da gestão mediante informações compartilhadas e ações pactuadas, de modo a orientar, colaborar, corrigir impropriedades, coibir irregularidades, avaliar o impacto das ações, repercutindo na melhoria da gestão pública de saúde, integrando uma rede que reflita na satisfação do usuário e na melhoria da qualidade de vida da população. (Brasil, 2011a: 12)

Depreende-se que, conforme o Sistema Nacional de Auditoria do SUS, a prática da auditoria é uma forma de avaliar a qualidade e a eficiência da assistência em saúde através de indicadores e da participação no controle social do SUS (vide supra 1.2). Vemos, aqui, estratégias deste último para governar os serviços de saúde por meio do cálculo aparentemente objetivo dos indicadores, que funcionam como uma máquina de controle sobre os acordos de gestão e da política de financiamento. Nas práticas de gestão, com a intenção de otimizar os indicadores epidemiológicos e de bem-estar social, as normas de auditoria orientam o aprimoramento do orçamento. Nesse ponto, o sistema de auditoria do SUS incentiva as organizações de saúde a qualificarem os indicadores para aprimorar a capacidade de medir o seu desempenho e as suas metas, que serão inspecionados, avaliados e descritos em contratos de planejamento. Esse sistema transfere, às instituições, certa autonomia de decisão e a responsabilidade pela gestão de suas próprias ações, e por torná-las transparentes e auditáveis.

No entanto, as práticas de auditoria nem sempre são democráticas ou de empoderamento, como assinalam Shore e Wright (1999: 557) em suas análises sobre o ensino superior britânico: elas podem ser acionadas como um instrumento de restrição, no sentido de que ocultam um esquema de vigilância, minimizam as relações profissionais a dados quantificáveis de fácil inspeção e adotam mecanismos disciplinares que operam novas formas de coerção neoliberal. Segundo os meus dados de campo, os mecanismos de avaliação e controle utilizados no SSCF não estão em oposição ao Estado, pois conectam as informações sobre as necessidades locais (quantificadas por *profissionais*) aos objetivos políticos. Esse rearranjo político destinado à formalização da reforma institucional promoveu (e promove) no SSCF, entre outras coisas, uma função reguladora das experiências, do planejamento de ações futuras, da capacitação dos *profissionais* para esse novo *cuidado* que deve ser registrado e da responsabilidade pela gestão da vida dos *usuários*.

No SSCF, as ações políticas estavam conectadas de forma *estratégica* às recentes medidas regulatórias do Ministério da Saúde, que governa as instituições por meio de

contratos, indicadores, projetos de metas, cálculos de desempenho, avaliação e auditoria. Isto era ainda mais evidente quando a instituição recorria aos indicadores do Ministério da Saúde para produzir o relatório contábil de uma forma auditável, ou seja, mesmo sabendo que os seus indicadores eram mais efetivos para medir a complexidade de sua realidade local. Atrás da aparente neutralidade e objetividade da análise dos números, o Governo Federal verifica se as instituições estão seguindo as normatizações das portarias e controlam a sua experiência com a reforma psiquiátrica. Do mesmo modo, as técnicas contábeis utilizadas na avaliação dos custos demonstram os gastos que são verificados por mecanismos de controle social no Conselho Municipal de Saúde. O sistema de auditoria, por exemplo, foi criado por autoridades políticas que pensaram a maneira de fazer a gestão dos gastos públicos através de mecanismos de cálculo criados a partir das intenções do Ministério da Saúde. Assim, vemos este “governando ‘a distância’ através da instrumentalização de uma autonomia regulada” (Rose e Miller, 2012: 255; ênfases do original) dos profissionais (retomo esse assunto no último capítulo).

A prática da auditoria necessita de pessoas capacitadas para observar, registrar e procurar soluções para a gestão dos problemas sociais. Os dados da avaliação vão compor um modelo que quantifica as experiências. Na área da saúde, os profissionais devem estabelecer conexão com os *atores* do controle social para qualificar a gestão ao compartilhar informações, e seu objetivo deve ser o de promover ações para impedir improbidades e irregularidades, avaliando seus resultados por meio da melhora na gestão pública da saúde e da melhora na “qualidade de vida” dos usuários.

Street (2012: 8) observou, em sua etnografia sobre um evento público de um hospital-dia em Papua Nova Guiné, que os seus administradores internalizavam normas internacionais de desenvolvimento, nas quais identificavam a necessidade de verificar, quantificar e monitorar o desempenho do hospital como uma instituição pública. A autora afirma que a racionalidade política, que consistia em uma tecnologia de visibilidade, apresentava conexão entre a administração do hospital e as racionalidades neoliberais de transparência, responsabilidade fiscal, eficiência econômica e garantia de qualidade. Para os meus interlocutores, acionar um discurso de transparência não era apenas reforçar o caráter ético das condutas ou a confiabilidade do SSCF, mas condição para garantir o financiamento como uma instituição pública. Aqueles tinham a preocupação de expor que este era um ente público, não uma forma de terceirização. Para afirmar isso formalmente, o SSCF atestava a sua relação

contratual com a Secretaria de Saúde explicitando o seu funcionamento em consonância com os parâmetros de auditoria do SUS, o que abordo no próximo tópico.

## 1.6 Como se fabrica um convênio?

Na reunião do Conselho Municipal de Saúde de 11 de janeiro de 2012, o diretor do Departamento de Saúde da Secretaria de Saúde explicou a importância da criação de um novo convênio, necessário para “formatar os planos de trabalho e para responder às formalidades jurídicas com relação ao Convênio PSF, que estava irregular”. Por mais de seis meses, os *atores* da Comissão de Acompanhamento do Convênio (entre eles, pessoas do SSCF e da prefeitura) trabalharam na formulação de uma proposta para integrar os 1.308 trabalhadores contratados de forma irregular pelo Convênio PSF à rede de assistência à saúde de Campinas. A proposta não foi aceita, e a prefeitura comprometeu-se, por meio da assinatura do Termo de Ajustamento de Conduta, a realizar concurso público para suprir os *profissionais* que seriam exonerados. Além disso, um novo Convênio de Cogestão era necessário, para adequar a formatação do Plano de Trabalho e “*facilitar a prestação de contas*”. Conforme a sua explicação, no convênio anterior,

os indicadores eram imprecisos, gerais, e a prestação de contas era complicada. [...] Queremos formatá-los de uma maneira que facilitem a prestação de contas, inclusive para o Conselho Municipal de Saúde. Prestação de contas, para mim, não é só ver se o número tá certo, mas se esses processos que são formatados implicam na melhoria da vida das pessoas. Implicam na melhoria do cuidado? É isso que eu estou chamando de prestação de contas. Esses indicadores estão significando a melhora na vida das pessoas?

Na ata da reunião da Comissão de Acompanhamento do Convênio de 9 de março de 2012, há uma anotação sobre os indicadores de avaliação da saúde mental apresentados no Plano de Trabalho. Nela, afirma-se a importância de destacar, para a Secretaria de Saúde, que os indicadores de avaliação tinham sido extraídos dos bancos de dados dos serviços e disponibilizados pelos gerentes. Além disso, ressalta-se que “para a renovação do Convênio os indicadores e metas estavam sendo revistos e reavaliados para o seu aprimoramento”.

Em 16 de setembro de 2011, em uma reunião dessa comissão, Carla Machado, que acabara de participar de uma reunião da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras

Drogas, em Brasília, havia afirmado que o novo sistema não serve apenas para avaliar os dados, também é uma forma de controle do Governo Federal. Ela se referia ao decreto nº 7.508/2011, que descreve o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde, considerado um acordo de colaboração com o objetivo de organizar e definir “responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros [...], forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde” (Brasil, 2011b). De fato, o discurso que acompanhou a implantação desse novo sistema explicitava, por um lado, o objetivo dos gestores estatais de avaliar os pedidos de recursos públicos, e, por outro, a maneira de produzir uma análise comparativa entre a demanda da realidade e a efetividade das portarias. Segundo disse André Fonseca, diretor financeiro do SSCF, na mesma reunião, esse processo direcionava a instituição para a construção de indicadores de assistência.

Formular os indicadores significava criar mecanismos para verificar e qualificar as informações para contabilizar o atendimento. Na reunião, os *atores* estavam preocupados em como quantificar as *reabilitações* psicossociais. André Fonseca disse ser possível quantificar o número de pacientes, de internação e de procedimentos; no entanto, para quantificar as *reabilitações*, ou se a reforma estava sendo efetiva na “qualidade de vida” dos *usuários*, seria necessário criar indicadores. No caso do SRT, foi criado o indicador de *mobilidade* dos *usuários* (assunto detalhado no tópico 5.7). Um exemplo simples mostra como essa medida avaliativa do Estado atravessa o SSCF. Em uma discussão sobre a planilha que os *profissionais* dos CAPS deveriam preencher sobre os procedimentos realizados, Fonseca explicou a necessidade de educá-los para o correto preenchimento, tendo em vista que a instituição atendia 320 *usuários* e faturava apenas o recurso de 230, através da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (Apac), porque “*na rede de saúde mental os profissionais não registram os atendimentos prestados, e, em decorrência disso, não recebem o recurso dos atendimentos prestados*”. Também falou sobre uma avaliação realizada pelo Ministério da Saúde que apontou que Campinas não realizava o número de procedimentos que poderia. Em sua opinião, isso não queria dizer que a cidade não os realizava, mas que os documentos não haviam sido preenchidos corretamente — e, como decorrência, o Governo Federal encaminhava somente o recurso dos procedimentos contabilizados nesse sistema.

Com a publicação da portaria GM/MS nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, o SSCF foi impelido a adequar o SRT, a fim de inscrevê-lo em um cadastro nacional para receber o financiamento do Governo Federal (vide infra 5.6) (Ministério da Saúde, 2011b). Segundo uma interlocutora, “*a sistematização dos dados é um controle que está sendo produzido, e não apenas um instrumento avaliativo da gestão*”. Esse controle externo do Estado provoca, ao mesmo tempo, a sujeição da instituição a se adequar às novas regularizações ministeriais para receber o financiamento mensal e uma sujeição individual, porque os *profissionais* são impelidos a constituir-se conforme as normas pelas quais são governados (assunto que será detalhado no capítulo 3). A seguir, abordo como esse controle do Estado incidia na formulação do projeto de financiamento e provocava a regulação da autonomia dos *atores*.

## **1.7 Financiamento versus autonomia**

Como coloquei anteriormente, em junho de 2012 foi assinado um novo convênio de financiamento entre a Prefeitura de Campinas e o SSCF, no qual este assumiu, também, a gestão compartilhada de outros serviços de saúde mental. Em uma reunião realizada em março daquele ano, André Fonseca, ao falar sobre a privatização que havia sido proposta pela prefeitura, disse que se a instituição não assumisse os novos serviços de referência da rede de saúde mental poderia colocar-se em risco, pois isso poderia acarretar o rompimento da parceria com a prefeitura — havia a possibilidade de esta encontrar outra instituição para firmar um convênio. Por outro lado, existia o risco de aceitar a administração dos serviços e perder a autonomia de decisão, já que, mesmo contratados pelo SSCF, os *profissionais* estariam fixados à estrutura organizacional da Secretaria de Saúde. A instituição estava pensando nesse rearranjo como uma *estratégia*, acreditando que, ao aceitar fazer a administração, teria maior poder de negociação com a secretaria, uma vez que aumentaria o número de trabalhadores da saúde mental sob a sua gestão.

Em uma reunião do Colegiado Gestor, em julho de 2011, os *atores* discutiram a possibilidade de o SSCF estabelecer o convênio e a sustentabilidade deste. Em sua exposição, Fonseca afirmou:

Reitero que o caminho mais efetivo para a manutenção dos projetos é o aprofundamento na relação de cogestão com a Secretaria e que isso significa diminuir a margem de autonomia. Por outro lado, instâncias como o DGDO [Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional] não têm se aproximado de espaços como o Conselho Diretor para ajudar a instituição a encontrar caminhos e respostas para as necessidades que estão em discussão. Como não se paralisar nessa conjuntura? Se perdermos a autonomia aumenta a nossa solidão. (Ata da reunião do Colegiado Gestor do SSCF, 11/7/2011)

Nessa reunião, a gestora de um centro de convivência afirmou que era importante a “instituição ter uma certa autonomia e que isso não invalida a relação de cogestão”, e que os *profissionais* deveriam ser cautelosos com as resoluções discutidas nos distritos como eram com o convênio: “não devemos perder de vista que estar próximos dos distritos na condução dos combinados é essencial” (ata da reunião do Colegiado Gestor do SSCF, 11/7/2011). Participar da reunião do distrito e acompanhar os acordos eram tão importantes quanto assegurar a autonomia na relação de convênio.

Telma Palmieri, presidente do Conselho Diretor do SSCF, me contou, em uma conversa informal, que no começo do convênio a instituição era mais autônoma: na década de 1990, apresentava a prestação de contas referente ao convênio e não era obrigada a *esclarecer* todos os gastos antecipadamente, por meio de um projeto; os *profissionais* eram mais livres para assumir certos riscos e direcionar o uso do recurso para outros projetos que o convênio não previa; e o recurso podia ser investido em um problema mais urgente e repostado no projeto de financiamento seguinte. Pude depreender, por nossa conversa, que naquela época eram investidos mais recursos nos projetos de reforma e na inventividade dos *profissionais*, e, conseqüentemente, ocorreram mudanças mais visíveis no modelo de assistência psiquiátrica e a criação de novos serviços.

No Convênio de Cogestão renovado em 2012, além da prestação de contas, o SSCF planejou a destinação do recurso em um plano de trabalho anual, ou seja, previu os gastos, que foram avaliados como um investimento da administração pública. O orçamento foi verificado e a negociação girou em torno da aplicabilidade do recurso. De fato, nessa configuração, a mudança na forma de acessar o financiamento permitia aos administradores municipais requisitarem informações e questionarem determinados gastos, na intenção de reduzir os custos. Havia insistência dos gestores da instituição em explicitar a necessidade do recurso para manter uma *rede de assistência* de qualidade e, principalmente, investir em novos projetos, que emergiam das experiências locais e, por vezes, não estavam contemplados nas portarias ministeriais.



Esse jogo nas negociações apresenta uma mudança na forma de o SSCF acionar o financiamento e explicita uma maneira de fazer política por meio da burocracia formatada no texto do Convênio de Cogestão. Além disso, a política de financiamento em saúde é atravessada por práticas de visibilidade, de avaliação, de transparência e pela sistematização de práticas de auditoria que aumentam o controle estatal sobre a distribuição do recurso público. No caso do SSCF, as práticas de auditoria aumentaram o controle e promoveram um rearranjo institucional visando produzir documentos que tornem visíveis os processos que atestam a sua eficiência para receber o financiamento.

Em um primeiro momento, tem-se a impressão que o aumento de tecnologias de *cálculo* e de avaliação diminui a autonomia do SSCF com relação à destinação do financiamento para os projetos assistenciais (como afirmam os teóricos da cultura de auditoria), diferentemente do que acontecia no início da reforma institucional. Mas, como descrevo nos capítulos que se seguem, algumas ações criativas dos *profissionais* experimentadas nesse processo serviram de argumento para a implementação de novas normatizações e, em alguns casos, para afirmar a validade dos enunciados normativos. Isso atesta uma temporalidade das normas frente aos processos contingentes da realidade. Nesse sentido, a norma é anterior às modificações da reforma, o que exige processos de atualização que resultarão em normas constituídas por lacunas que permitirão, em seu interior, possíveis ações inventivas. Essa dinâmica de formalização das normatizações permite analisar como se produz, em seu próprio movimento, um impulso à inventividade. Em outras palavras, como a norma produz, ao mesmo tempo, mecanismos de controle e brechas para as ações criativas.

## Capítulo II

### A Política Institucional da Reforma

Neste capítulo, analiso como foi o início da reforma no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira a partir do discurso dos meus interlocutores, e apresento como foram criados um saber experimental, práticas de *reabilitação* dos *internos* e uma *tecnologia de cuidado* para fazer a gestão da vida dos *usuários* nas residências terapêuticas. Meu objetivo principal, no capítulo, é detalhar as primeiras mudanças da reforma psiquiátrica no SSCF e a *estratégia* institucional para *calcular* as suas experiências. Para isso, retomo as análises apresentadas no capítulo anterior sobre a cultura de auditoria, para explorar como o mecanismo de avaliação intensificada e a responsabilidade foram, aos poucos, incorporados na forma de operar as práticas de *cuidado*. As mudanças espaciais foram financiadas com o recurso do leito de internação hospitalar. Aqui, vou descrever, a partir da história de vida de uma *usuária* que vivia no SSCF, as primeiras ações de *reabilitação* da instituição. Também destaco, em um dos tópicos, a ideia de responsabilidade, atribuída aos *usuários*, à instituição e aos *profissionais*, para analisar como as formas de avaliação foram amplificadas sobre os elementos que atestavam as mudanças e justificavam o financiamento da reforma.

Quando constatei que o processo de reforma no SSCF não estava desconectado das normatizações ministeriais decorrentes da racionalização das experiências da Reforma Psiquiátrica, meu campo de pesquisa ampliou-se. Como afirmei no capítulo anterior, a minha ideia inicial de pesquisa teve como ponto de partida o discurso e as reflexões dos meus interlocutores sobre a criação das moradias assistidas. Um exemplo disso foi apresentado por Nobusou Oki, superintendente do SSCF, no evento comemorativo dos 20 anos do SRT: “montamos uma moradia e veio um representante de Brasília. Essa pessoa ficou muito impactada e afirmou, ‘Campinas tem um modelo que a gente pode fazer’. Montou um grupo com vários representantes do SSCF e, depois de alguns anos, saiu a portaria [106/2000]” (Oki, 2011). No mesmo evento, no dia 10, em sua exposição sobre o financiamento, André Fonseca, diretor financeiro do SSCF, detalhou como foi a participação da instituição na formulação dessa portaria:

O primeiro marco mais importante foi a portaria que instituiu a Residência Terapêutica. Ela foi regulamentada em fevereiro de 2000. Na época, o Cândido tinha 22 moradias extra-hospitalares. Assim como Campinas, alguns municípios tinham essa experiência, mas certamente a experiência mais intensa e sustentável por mais tempo foi aqui. Nós sustentamos uma experiência desviando o dinheiro da internação [da Autorização de Internação Hospitalar–AIH] para experimentar outra modalidade de cuidado que foi fundamental, porque sem essa consolidação o Ministério [da Saúde] não teria uma base objetiva para criar a portaria que regulamenta as residências. A experiência de Campinas foi fundamental para a regulamentação. [...] Qual era o cenário na época? O cenário era o hospício, os manicômios, os hospitais psiquiátricos, ainda é a realidade dominante. A prioridade era criar uma alternativa para as pessoas que estavam nos hospitais. A proposta de substituição do tratamento psiquiátrico começou pela rede de serviços e pelos CAPS. Não havia uma alternativa clara em relação às pessoas que estavam cronicadas nos hospitais. A portaria das moradias vem responder ao destino dos egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuíam suporte social nem laços familiares. Isso foi discutido no contexto da regulamentação da portaria. Chegamos a participar de alguns grupos em São Paulo, na SES [Secretaria de Estado da Saúde], que estava contribuindo com a regulamentação. [...] O artigo segundo da portaria define a origem do recurso das residências terapêuticas: os pacientes dos hospitais, que eram transferidos para as residências, transferiam também a AIH. De certa forma, quando nós desviávamos a AIH para experimentar as moradias, nós estávamos antecipando a realocação do recurso. (Fonseca, 2011)

Nas discussões na Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo com os representantes do Governo Federal que estavam trabalhando na regulamentação das moradias assistidas, os *profissionais* do SSCF apresentaram a sua experiência, os problemas que encontravam e sugestões — enfim, um conhecimento apreendido na experiência local, um saber fazer a reforma no modelo de assistência psiquiátrica. Isso fica evidente na questão da inovação do financiamento: como não havia normatização para sustentar o projeto de moradias, a instituição utilizava o recurso da internação. Segundo meus interlocutores, a sua experiência com as moradias e as soluções que encontraram para as idiosincrasias locais compuseram a regulamentação ministerial descrita na portaria GM/MS nº 106/2000, que, em seu artigo 2º, define

que os Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental. (cf. Fonseca, 2011)

Essa portaria definiu o SRT, ou seja, o modelo de assistência que substituiria as internações psiquiátricas de longa permanência, e expôs o redirecionamento do

financiamento. O ponto mais interessante desse documento é a legitimação do cuidado nas moradias como procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo (Apac): as intervenções terapêuticas seriam faturadas como procedimentos realizados por profissionais dos CAPS e justificadas em laudo técnico, e deveriam ser autorizadas por meio de um formulário e de um registro dos usuários.

Meus interlocutores sabiam da importância histórica da reforma institucional que estavam realizando no SSCF. No encontro de moradias, ao falar sobre a prática de *reabilitação dos internos*, a psicóloga e gerente do Centro de Convivência Casa dos Sonhos, Gal Soares De Sordi (2011), afirmou: “naquele momento, nós tínhamos plena noção de que estávamos construindo a história” — referia-se à segunda metade da década de 1990, quando aumentou o número de moradias e muitos *internos* deixaram o hospital psiquiátrico. No discurso dos *profissionais*, era frequente a referência ao desejo de promover mudanças na estrutura física da instituição e na forma como se davam as intervenções terapêuticas. Ao executar as atualizações da reforma psiquiátrica, eles elaboravam maneiras para avaliar a efetividade de suas ações de acompanhamento dos *usuários* e do monitoramento das residências terapêuticas — e isso ainda acontecia durante minha pesquisa de campo. Um desses *profissionais*, que na época da criação das moradias era gerente da Unidade de Reabilitação dos Moradores e anteriormente trabalhara no Ministério da Saúde, salientou, em uma conversa comigo, em abril de 2012:

Nós não estávamos preocupados em produzir a política como vemos nas portarias. O que nos preocupava mais era como nós sustentaríamos o projeto de moradias. Nós lidávamos e tentávamos resolver as questões cotidianas. Acho que as coisas não se dão dessa maneira. Quando eu trabalhei no Ministério da Saúde, como assessor, eu pude perceber que a Coordenação Nacional de Saúde Mental era quem escrevia as portarias e depois eles buscavam as experiências para ouvir os profissionais envolvidos. E, assim, as experiências ajudavam a escrever o texto da portaria. (Diário de campo, abril de 2012)

Ao ouvir essa afirmação, no fim da minha pesquisa de campo, revi a minha questão inicial de pesquisa — de que as portarias eram documentos escritos a partir das experiências exitosas. Com ela percebi que meus interlocutores não tinham a intenção de produzir as portarias. Contudo, as experiências locais das moradias (que os *profissionais* procuravam sustentar cotidianamente) tiveram, entre outros efeitos, como já afirmei, o de compor o texto da portaria ministerial que instituiu o SRT. A explicação desse interlocutor atesta como funcionava a elaboração de portarias e normalizações sobre a Reforma Psiquiátrica pelo

Governo Federal, que acionava as experiências locais a fim de implantar uma política que fosse efetiva. Ao reunir os *atores* das experiências exitosas (ou daquelas que estavam em atividade), ele avaliava as experiências eficientes ao mesmo tempo em que procurava apreender as problematizações e as soluções locais.

Descrevo, no decorrer deste capítulo, como foi o início da reforma no modelo de assistência psiquiátrica do SSCF e o projeto das moradias assistidas.

## 2.1 O processo de reforma assistencial

Considerada um processo de transformação do modelo assistencial, a Reforma Psiquiátrica foi analisada por diversos pesquisadores, entre os quais, alguns dos meus interlocutores (Harari e Valentine, 2001; De Sordi, 2010), além de pesquisadores da área da saúde (Tundis e Costa, 2001; Vieira, Vincentin e Fernandes, 2004) e da saúde coletiva (Onocko Campos *et al.*, 2008; Cavalcante e Goldson, 2009; Costa *et al.*, 2011). Destaco algumas pesquisas antropológicas que analisaram o início da Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização na década de 1980 (Lougou, 1987; Canesqui, 2003; Carvalho, 2004, 2014), a nova psiquiatria<sup>63</sup> e experiências em um hospital-dia (Venâncio, 1990, 1993), e a assistência psiquiátrica em práticas médicas e o uso de medicamentos em um Centro de Saúde em Itamarandiba, no Vale do Jequitinhonha, como efeito das primeiras modificações da reforma do modelo psiquiátrico público (Cardoso, 1999, 2002).

Trabalhos mais recentes etnografaram os efeitos da Reforma Psiquiátrica tendo como foco os novos serviços como, por exemplo, os CAPS, em diferentes cidades (Silva, 2005b, 2007; Dias, 2007; Carvalho, 2014a, 2014b), o CAPS Ad (Policarpo, 2013) e o centro de convivência (Monnerat, 2009, 2010, 2011). Estudos que analisaram, em diferentes épocas, o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil trouxeram contribuições importantes para pensar as mudanças na assistência psiquiátrica. Ao descrever como eram operadas as formas de problematizar, avaliar e elaborar as intervenções, minha intenção é explicitar como os *profissionais* tornavam visíveis as suas dificuldades e as suas preocupações. Esse ponto expõe

---

<sup>63</sup> A nova psiquiatria surgiu no pós-Segunda Guerra Mundial contrapondo-se ao modelo da psiquiatria tradicional, esta sempre marcada pela prevalência da doença mental em detrimento da saúde mental. Em sua etiologia, aquela analisa a perspectiva individual e social da pessoa (Venâncio, 1993).

os saberes experimentais acionados por eles para *calcular* as formas de ação sobre a realidade, tornando-a maleável às *estratégias*, à administração e ao governo — o que é um diferencial do meu campo de pesquisa em relação aos estudos antropológicos citados.

A reforma no modelo de confinamento, no SSCF, aconteceu ao mesmo tempo em que houve um deslocamento na relação terapêutica. A criação de uma nova forma de *cuidado* produziu, entre outras coisas, mudanças institucionais, novos serviços e novas práticas. O *cuidado* é uma prática experimental de condução e gestão da vida dos *usuários*, que, em seu início, procurava superar o modelo de hospitalização psiquiátrico. Ele acontece depois de estabelecida uma relação de compromisso e proximidade, relação que é denominada, por meus interlocutores, de *vínculo*. Os *profissionais* a estabelecem *calculando* a afinidade que possuem com o *usuário*. Em outras palavras, a relação de *vínculo* é avaliada a partir da empatia que motiva o *usuário* a manter uma relação com determinada pessoa da *equipe* e a procurá-la para pedir ajuda. Outro critério utilizado para analisar se a relação de *vínculo* é possível, é o de conexão: se existe um acesso do *profissional* ao *usuário* e o sentimento de implicação daquele para se responsabilizar pela criação de táticas de *cuidado*. Assim, o *vínculo* é construído se existem o desejo e a vontade do *profissional* de estabelecer uma relação e de criar ações que possam ajudá-lo a diminuir os *sofrimentos* e dificuldades do *usuário*. Essa relação de confiança e de conexão é definida pelos meus interlocutores como uma relação de *transferência*<sup>64</sup> com o *usuário*, e nela o *profissional* aciona a *escuta terapêutica*, que lhe permite ouvir as demandas subjetivas daquele. O *vínculo* é um recurso terapêutico utilizado para operar a prática de *cuidado*, que, por sua vez, desloca para a *equipe* a responsabilidade (que antes era apenas do médico) de avaliar os *usuários*, de formular intervenções terapêuticas, de monitorar e examinar continuamente os efeitos de seu comportamento e de suas ações — enfim, a *atuação* do *profissional*. Dessa forma, a relação de *cuidado* produz conhecimento sobre a singularidade dos *usuários* e aguça os sentidos de escuta e de observação dos *profissionais* (o desenvolvimento e o direcionamento desses sentidos serão detalhados no final deste capítulo). Ao responsabilizar-se, eles se comprometem a responder por aqueles ou por determinadas situações. As práticas de *cuidado* são ações que orientam os *usuários* sobre a medicação, a higiene pessoal, as relações de convívio nas moradias, a formação escolar e profissional e/ou o desenvolvimento de talentos musicais ou artísticos, as atividades físicas, de socialização e de lazer, além de incentivar as

---

<sup>64</sup> A relação de *transferência*, conforme explicaram os meus interlocutores do CAPS Esperança, é uma relação de confiança e um *link* de acesso ao *usuário* (Sartori, 2010: 59).

conquistas e a defesa de direitos, a proteção institucional e legal, o estímulo à participação comunitária e política. Enfim, são ações políticas, uma vez que procuram emancipar ou produzir autonomia ao invés de dependência e tutela institucional.

Movida por um questionamento sobre os rearranjos institucionais e a criação das moradias assistidas do SSCF, em 2010 pedi autorização à instituição para fazer uma visita ao SRT, e em dezembro desse ano fui levada a três residências (moradias)<sup>65</sup> em Sousas, por Elis, psicóloga desse serviço. Lembro-me que a primeira que visitamos abrigava quatro *moradores* autônomos (independentes para fazer as atividades da vida diária; volto a esse assunto no tópico 2.3), homens. Um deles, Júlio, veio nos receber; abriu o portão para entrarmos, e, com a sua autorização, conhecemos a casa. Entramos pela sala, na qual, numa estante, havia um porta-retrato com a fotografia de um dos *moradores* em Aparecida do Norte, e Júlio me contou que a foto fora tirada em uma viagem a essa cidade promovida pela *equipe* do serviço. Seguimos por um corredor, passamos em frente à porta dos quartos e chegamos à cozinha, onde, no fogão, estavam as panelas com a comida que seria servida no jantar, preparada pela empregada doméstica<sup>66</sup>. Voltamos para a frente da casa e nos sentamos na garagem, em meio a enfeites e a uma árvore de natal, para conversar um pouco.

A segunda moradia que visitamos, na qual moravam seis pessoas (três homens, três mulheres), localizava-se na mesma rua e na mesma quadra que a primeira, mas era um pouco diferente. Quando chegamos, a agitação que havia nela chamou minha atenção: três mulheres idosas, de vestido, bolsa, usando batom e duas delas com tiara, estavam no quintal, em frente ao portão, esperando pela van contratada pela instituição para levá-las ao Centro de Convivência — depois, quando terminamos as visitas, Elis me falou que era comum encontrá-las nuas no pátio do hospital do SSCF, quando eram *internas*. Ela chamou a auxiliar de moradia, que veio abrir o portão (este permanecia trancado e os *moradores* não tinham acesso à chave). Além dessa técnica, creio ter visto mais uma *profissional* na casa, uma empregada doméstica que passava roupa na cozinha. A técnica voltou para fazer alguma coisa na parte dos fundos do terreno, em um espaço que chamavam de *puxadinho* (um pequeno cômodo

---

<sup>65</sup> Em 2010, o SSCF mantinha 26 moradias. No ano seguinte, a *equipe*, com 136 *profissionais*, era dividida em três *miniequipes*, que acompanhavam 29 moradias e o projeto terapêutico individual de 163 *moradores*. Em 2012, em decorrência do aumento da demanda de *cuidado*, a *equipe* foi dividida em duas, cada uma com uma gerente, somando 156 *profissionais*, 23 moradias e 154 *moradores* (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2013b).

<sup>66</sup> As empregadas domésticas têm função semelhante à das auxiliares de moradia, mas são contratadas pelos *moradores*.

coberto com telha de amianto), construído para os *profissionais de referência evoluírem* os prontuários. *Evoluir* é o ato de produzir um relatório (a *evolução*) sobre os acontecimentos que acometem o *usuário* em um período de quinze dias, ao qual outros documentos são anexados (caso dos exames médicos), bem como outros relatórios (a avaliação psiquiátrica ou o próprio PTI, por exemplo). A *evolução* é um pequeno texto, geralmente um parágrafo, que descreve as ocorrências no período entre uma anotação e outra; deve ser legível e conter a assinatura e o carimbo do *profissional* responsável por ela — por vezes, é compartilhada com outros *profissionais* que procuram informações sobre o *usuário*.

O *puxadinho* também era utilizado para *passar o plantão*, prática que acontece entre o fim de um turno de trabalho e o começo de outro, momento em que os *profissionais* que finalizam o expediente repassam as informações sobre tudo o que aconteceu no período (informações sobre a situação de cada *usuário*, as intercorrências, o que foi feito e o que restou por fazer). No espaço havia uma pia para a higienização das mãos e dos materiais, um bebedouro, pequenos armários de plástico em cima de um balcão e uma mesa com cadeiras. No caminho até ele havia um pequeno cômodo, que permanecia trancado, onde eram armazenados os prontuários e os medicamentos. Parece-me que essa casa era um ponto de encontro da *equipe*, pois não havia nada semelhante ao *puxadinho* nas outras. Apesar do fluxo contínuo de pessoas, essa moradia não era 24 horas (ou seja, não tinha *profissionais* que permaneciam no período noturno). As moradias 24 horas, ou de *alta complexidade*, abrigam *moradores* que necessitam de assistência o tempo todo, e, em decorrência disso, têm sempre um *profissional* trabalhando nelas. Nas outras, conforme a necessidade dos *usuários*, a *equipe* aciona o *volante* (*profissional* que circula entre as moradias; vide infra 4.3): este visita a moradia e, se preciso, permanece nela durante a noite. Nessa visita, um dos *moradores* que conheci é um artista plástico, famoso por exposições fora do circuito hospitalar, que se aposentara.

A terceira moradia que visitei foi a Casa Gramada<sup>67</sup>, uma moradia 24 horas, na qual viviam *usuários* menos autônomos ou que necessitavam de assistência contínua. Um dos dois técnicos de enfermagem que estavam na casa (que continha em torno de dez cômodos, quintal e pomar) abriu o portão e entramos pela parte lateral; atravessamos um cômodo onde havia uma escrivaninha (em cima da qual estavam os prontuários dos *pacientes*), um pequeno

---

<sup>67</sup> As residências eram nominadas, e geralmente eram usados números ou cores. Aqui, utilizo nomes fictícios a fim de não identificá-las.



armário embutido (com medicamentos), os pertences dos funcionários e um banheiro. Entramos na casa pela cozinha, na qual a copeira (considerada uma auxiliar de moradia), naquele momento, servia o jantar para dez *usuários*, que iam se acomodando ao redor de duas grandes mesas de madeira na varanda em forma de L (fechada por parapeito e tela). Nela, uma porta dava acesso a uma grande sala, duas portas davam acesso a quartos (cada porta, um quarto) e para ela davam a janela e a porta da cozinha. Essa porta da cozinha, o portão e o cômodo no qual os *profissionais* guardavam seus pertences permaneciam trancados. Os *usuários* não saíam do terreno da casa sem a companhia de um *profissional*.

No início de 2000, a Casa Gramada abrigava dezoito *moradores* (detalharei esse assunto no tópico 3.1). Em 2010, começou o processo de sua desativação, e os que restavam nela foram, aos poucos, realocados para outras moradias. Os *profissionais* da *equipe* contaram que ela era dispendiosa e que o grande número de *usuários* provocava conflitos e tensões entre eles, além de dificultar a prática de um *cuidado* particularizado. Conversando com Elis depois da visita, eu lhe disse que a Casa Gramada me pareceu um hospital psiquiátrico, não uma residência. Como era ocupada por muitos *usuários*, fiquei apreensiva por não conhecê-los<sup>68</sup>, as portas e o portão ficavam trancados, eles comiam com colheres, não havia facas e o alto volume da TV (que estava na sala) me incomodou. Ela concordou comigo, e contou que eles foram os últimos a sair do hospital porque apresentavam dificuldades de comunicação, falta de autocuidado e dependência institucional.

Cabe destacar que as casas que serviam de moradia do SSCF eram alugadas e situavam-se em duas regiões de Campinas. As primeiras foram *montadas* (criadas e organizadas) em Sousas, e as mais recentes, na região sul do município. Na pesquisa de campo, acompanhei a *equipe* do SRT que era responsável pela grande maioria das moradias em Sousas. Nesse distrito há grandes casas e muitos condomínios fechados. Território de antigos produtores de café, ele é bastante arborizado e pouco povoado<sup>69</sup>, e é conhecido e visitado, nos finais de semana, por famílias que procuram desfrutar de seu roteiro gastronômico em contato com a natureza. O alto preço dos imóveis e dos aluguéis torna Sousas pouco acessível, e, por não existirem, ali, muitas casas populares, as moradias do SSCF eram, normalmente, casas grandes, de alvenaria, com três ou mais quartos, quintal e garagem; mas havia as edículas, que abrigavam um *usuário* ou um casal.

---

<sup>68</sup> Estavam jantando e, por serem bem comprometidos, fiquei com medo de não conseguir dialogar com eles.

<sup>69</sup> A densidade populacional de Sousas, em 2010, era de 280 habitantes por km<sup>2</sup>, e sua população somava 18 mil habitantes (Prefeitura de Campinas, 2010).

Em outros momentos da pesquisa de campo, tive a impressão de que algumas moradias pareciam mais asilos para idosos do que residências terapêuticas, em decorrência da velhice dos *moradores*: alguns circulavam com dificuldade e com a ajuda dos *profissionais*, alguns eram cadeirantes, outros, acamados. Uma das casas tinha um corrimão para evitar que caíssem ao se locomover; em outra, ficavam dispostos em poltronas confortáveis na garagem, vendo o movimento da rua, e necessitavam de *cuidados* clínicos (controle de doenças crônicas, por exemplo); as casas eram silenciosas e limpas. Mas ficou claro, para mim, que em todas havia uma *equipe* sempre presente, mesmo que a distância (no caso dos *profissionais volantes*).

Numa entrevista concedida ao programa Coração na Boca, da Rádio Online Maluco Beleza, em outubro de 2011, Veridiana Marucio, psicóloga e psicanalista, uma das gerentes do SRT, explicou, de forma resumida, os tipos de moradia, as formas de intervenção e as demandas dos *usuários*:

[As casas possuem perfil] clínico: [pacientes com] esquizofrenia residual<sup>70</sup>, envelhecimento, hipertensão, diabetes e outros problemas mais graves, como pacientes que precisam de auxílio para comer, tomar banho, que falavam e não falam mais. [Assim,] **nós temos que intensificar o cuidado e não abandonar**. Há casas individuais para pacientes que não se dão com os outros moradores; tem casas de pacientes graves que têm alucinações e delírios o tempo todo e a gente tem que estar de olho o tempo todo. São diversas clínicas dentro das moradias. Tem casas que você passa uma vez por semana para conversar e vai bem; tem outras, que você tem que estar ali o tempo todo cuidando da velhice e cuidando da clínica. (Marucio, 2011a)

As mudanças arquitetônicas da reforma exigiram que as práticas de *cuidado* transpusessem o espaço físico do SSCF, e isso produziu um novo olhar sobre as experiências de *reabilitação* dos *internos*. Conforme meus interlocutores, a *reabilitação* procura restituir os direitos dos *usuários*, potencializar as suas habilidades e suprimir as deficiências que possuem na relação com o espaço social. A prática da *reabilitação* é elaborada a partir da subjetividade do *usuário*, com o intuito de exercer, de forma terapêutica, uma ação que aprimore a sua capacidade para conquistar seus direitos e responder aos deveres, ser autônomo; uma ação que o monitore em suas escolhas, acompanhado-o em seu contexto — este, minuciosamente

---

<sup>70</sup> Segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10 (CID-10), esquizofrenia residual é uma etapa da doença, identificada por sintomas como lentidão psicomotora, hipotividade, embotamento afetivo, passividade e falta de iniciativa, escassez de conteúdo do discurso, pouca comunicação não verbal, falta de cuidados pessoais e poucas relações sociais.

avaliado por práticas de segurança e de prevenção dos riscos. Em um artigo que escreveu, Flávia Machado Seidinger, psicóloga do SRT, explica:

os referenciais da Saúde Mental que orientam o operador nesse trabalho são convergentes com a ética da psicanálise de orientação lacaniana, uma vez que se toma a reabilitação como inserção na vida social e produtiva como expressão subjetiva. Segundo Viganò (1999, p.52) ‘uma reabilitação só pode ter sucesso se seguir o estilo que é sugerido pela estrutura subjetiva do psicótico, por seus sintomas’. (Seidinger, 2007: 212; ênfases do original)

O sucesso no processo de *reabilitação*, segundo meus interlocutores, é alcançado se a estrutura subjetiva do *usuário* direcionar a formulação da ação terapêutica (detalharei esse assunto no tópico 5.3). As práticas elaboradas a partir dos seus desejos, das suas necessidades e da sua estrutura subjetiva resultariam na sua adesão e, conseqüentemente, no “sucesso” da *reabilitação*. De fato, o processo de *reabilitação* produz saberes experimentais, novas formas de *atuação* e/ou autoridade técnica para os *profissionais* administrarem racionalmente os *usuários* a partir daquilo que os motiva e de sua subjetividade. Detalho, no próximo capítulo, a forma como a ética dos saberes psi foi acionada no processo de *reabilitação* dos *internos* por estar em harmonia com os pressupostos das práticas em saúde mental.

Neste capítulo, saliento como foi possível a transposição arquitetônica do hospital psiquiátrico com a elaboração do projeto de moradias assistidas. Na década de 1980, Deleuze analisou a crise nas formas de confinamento que procederam das “sociedades disciplinares” descritas por Foucault (2002: 117) — uma nova forma de controle instaurava-se em meio às reformas anunciadas por técnicos capacitados, outras forças anunciavam-se: “são as sociedades de controle que estão substituindo as sociedades disciplinares” (Deleuze, 2007: 220). As relações de *cuidado* e de gestão dos *internos* fora do hospital psiquiátrico são fenômenos componentes daquilo que o autor nominou de sociedades de controle. Desde a pesquisa de mestrado me interessava analisar como a reforma foi efetuada no SSCF, ou seja, como os seus *profissionais* produziram outro modelo assistencial, saber por onde eles começaram e que dificuldades e conflitos enfrentaram, e como foi permitir a um *paciente* que antes vivia trancado no hospital caminhar por Sosas. Antes de analisar como os *profissionais*, durante o processo de reforma no SSCF, experimentaram formas de conduzir a vida dos *usuários* na comunidade, descrevo, de forma breve, o material de pesquisa de campo que analiso neste capítulo.

## 2.2 Mudanças institucionais: pessoas e documentos — o prontuário de Valentina

Para falar sobre as mudanças no modelo de assistência que aconteceram no início da reforma institucional do SSCF, apresento, a partir daqui, as informações que obtive em conversas agendadas<sup>71</sup> com três pessoas que trabalhavam nessa instituição na década de 1990 e que participaram do processo de *reabilitação* dos seus *internos* (duas ainda trabalhavam em outros serviços da instituição durante a minha pesquisa de campo); informações que Veridiana Marucio forneceu na entrevista que concedeu à Rádio Maluco Beleza, em outubro de 2011 (já citada); e as informações sobre a história da criação das moradias apresentadas na mesa “Conversando com a história: ano de 1991 a 2001”, no encontro comemorativo dos 20 anos do SRT.

Nas três conversas foram abordados diversos assuntos, em geral relacionados ao processo de *reabilitação* dos *internos*, que era o meu interesse já explicitado no pedido formal de encontro. Os *profissionais* do SSCF sempre tentaram me ajudar a entender esse processo de mudança, apesar de alguns dos relatos serem imprecisos em relação a datas e ao encadeamento lógico de certos fatos. Parece-me que essa imprecisão acontecia devido às mudanças no espaço institucional, que foram mais intensas na segunda metade da década de 1990, e por conta dos diferentes projetos colocados em prática simultaneamente. Marquei apenas três conversas porque, na época da pesquisa de campo, não havia *profissionais* no SRT que tivessem acompanhado o projeto de moradias em seu início. Foram os meus interlocutores que indicaram os três: a gerente do Centro de Convivência Casa dos Sonhos, que trabalhou na *equipe* da Unidade de Reabilitação dos Moradores naquela década; a gerente do CAPS Toninho (*idem*) e Juarez Pereira Furtado, que no início do processo de reforma foi gerente daquele serviço.

Analiso esses relatos como produções históricas em um determinado contexto a partir dos acontecimentos, acasos, erros e acertos narrados. Não pretendo elaborar uma genealogia, mas expor os fenômenos e procedimentos em uma cronologia que apresenta o surgimento das novas práticas, e, para isso, sigo as formulações dos *profissionais* para entender suas problematizações, a maneira como fabricavam suas segmentações, seus objetivos e suas *metas* (as ações projetadas). Porque meu intuito é tornar visível a maneira como os fatos históricos

---

<sup>71</sup> Conversas marcadas a partir da disponibilidade das pessoas, e não entrevistas formais, pois não havia roteiro de questões, somente as que surgiam durante o diálogo. Todos consentiram que a conversa fosse gravada.

foram produzidos, analiso os eventos históricos como fabricações, como propõe Villela (2011: 15).

Além dos dados citados, recorri às informações constantes do prontuário de Valentina, uma *usuária* do SRT — caso indicado pelos próprios *profissionais*. Frente às minhas questões, eles explicavam os desdobramentos do processo de desospitalização por meio da história de vida dos *internos*, e, assim, pedi autorização a Veridiana Marucio para analisar o prontuário daquela. Utilizo esse documento para descrever como as mudanças institucionais afetaram a vida dos *internos*. Além disso, eu também tinha o interesse de verificar algumas datas e fatos imprecisos no discurso dos *profissionais*, que afirmavam que tanto a história de vida de Valentina como a maneira como ela imbricava-se nos serviços do SSCF e circulava por eles faziam de sua história um caso “bem sucedido” de *reabilitação*.

O que mais me interessou no seu prontuário foi a forma como diferentes *profissionais* apresentavam pareceres e/ou olhares específicos desse processo. Também observei que os discursos apontavam para uma forma de *cuidado* que não se limitava às intervenções psiquiátricas. O documento revelou as intervenções terapêuticas em um novo campo de *atuação*, em que tanto aquelas quanto este administravam as relações sociais, econômicas e de convívio dos *usuários*, inclusive as exteriores ao hospital. Destaco, a seguir, as circunstâncias locais que possibilitaram o processo de reforma no SSCF — e faço isso a partir da descrição das mudanças institucionais que produziram um caso de *reabilitação* dispondo os vários olhares, os discursos e os saberes acerca da maneira de conduzir a vida de Valentina.

O recurso de explorar a história de vida como método já foi utilizado por diversos autores<sup>72</sup>, mas, aqui, inspirei-me nas análises de Biehl (2005, 2008, 2011), apesar da diferença de objetivo das nossas análises. Em *Vita: life in a zone of social abandonment* [*Vita: vida numa zona de abandono social*] (2005), o autor descreve a história de vida de Catarina — abandonada por seus familiares em um centro de reabilitação para viciados e alcoólatras, em Porto Alegre — para capturar formas de vida que foram impossibilitadas a essa mulher. A “antropologia baseada em uma única pessoa” (2008: 426) lhe possibilitou refletir sobre como os desejos e as singularidades de Catarina exigiam outras formas de análise para apreender o que escapava aos registros institucionais (2008: 419). Destacar os seus desejos era

---

<sup>72</sup> A história de vida é um recurso de análise que explora as experiências e os fenômenos pessoais através de narrativas individuais em sua expressão das dimensões subjetiva e social. Algumas análises que refletem sobre o tema: Maluf (1999: 76), sobre itinerários singulares e narrativa de vida; Kofes (2001: 23), sobre a trajetória de um sujeito pesquisado; e Guérios (2011: 24), sobre trajetória individual.

imprescindível para expor o que ele denominou de “chances de vida”, que aconteciam associadas a um Estado que promovia a medicalização e o abandono institucional (2011: 272). Aqui, descrevo a história de Valentina para expor como as mudanças institucionais no SSCF incidiram sobre a sua vida. Diferente do abandono institucional de Catarina, as composições da história de vida de Valentina registradas em seu prontuário mostram como ela era o efeito da reforma institucional que analiso nesta tese.

Em 1994, quando Valentina foi transferida para o SSCF, este já havia iniciado o seu processo de reforma. Seu prontuário é uma compilação de documentos sobre ela, e quando o analisei trazia registros de 7 de fevereiro daquele ano a 2 de abril de 2011 — as anotações mais recentes estavam em uma parte do prontuário que permanecia com a *equipe das moradias*. Os documentos eram guardados em uma pasta, e esta estava arquivada em uma empresa particular. Para que eu pudesse consultá-lo, o arquivo foi enviado para o SSCF, e eu o manuseei na sala de uma das secretárias da instituição, no interior do Núcleo Clínico. O conteúdo desses documentos constitui um saber acerca das experiências de vida de Valentina.

A conexão entre informações da vida cotidiana, produção de discurso e relações de poder entrelaçaram-se em uma maquinaria de produção de saberes na virada do século XVII para o XVIII, conforme a análise de Foucault (2006b). O dispositivo da confissão, que regularmente organizava a relação de poder na vida cotidiana, foi considerado ultrapassado depois do acionamento de um agenciamento administrativo, feito por um mecanismo de registro. Os dados que compõem a vida comum, bem como a obscuridade, o detalhe sem relevância, foram transformados em formas passíveis de serem descritas a partir do momento em que foram atravessados por mecanismos de poder político (2006b: 216). O foco de minha análise recai sobre a história de vida de Valentina para destacar quais eram os problemas enfrentados pelos *profissionais* no início do projeto de moradias no SSCF. De uma maneira mais precisa, destaco como eles avaliavam as novas práticas a partir da racionalização do processo de *reabilitação* de Valentina em conformidade com os objetivos institucionais da desospitalização e condizentes com as orientações políticas da primeira diretoria de saúde mental (vide supra 1.2) inscrita no relatório da I CNSM. Interessavam-me as formas de racionalização política que justificavam as ações dos *profissionais* e suas regulações locais, uma vez que ainda não existiam portarias que financiavam esse processo de reforma.

## 2.3 Moradias assistidas

Em 7 de fevereiro de 1994, desembarcaram no SSCF quarenta pacientes (seis homens, 34 mulheres) encaminhados da Clínica de Repouso de Jundiaí LTDA (localizada em Jundiaí<sup>73</sup>), e entre eles estava Valentina, que trazia nas mãos uma folha do serviço social com seus dados pessoais e institucionais; ela estava com 39 anos. No documento constavam suas informações: nome completo, data de nascimento, cor, estado civil e data de internação naquela clínica, 8 de fevereiro de 1984, onde morou por dez anos. Sua primeira internação psiquiátrica foi aos 15 anos, em Assis. Antes do SSCF, esteve internada no Hospital Psiquiátrico da Vila Mariana, em Santos (Pronto-Socorro Psiquiátrico de Vila Mariana, na década de 1960), em um hospital em Assis, foi encaminhada para o hospital Vila Isabel, em São Caetano, e, por fim, transferida para Jundiaí. Em sua folha de encaminhamento estava o resumo do seu caso: “Diagnóstico de esquizofrenia residual – CID: 295.6. Múltiplas internações, pobreza ideo-afetiva, hipo-pragmatismo, convulsões”.

Nos meses que se seguiram à sua chegada ao SSCF, Valentina apresentou comportamento “às vezes, agressivo”, “alteração de humor constante”, “depois de muito insistir ela participava do grupo de terapia ocupacional (T.O.) e interagiu com os outros e com a estagiária”. Quatro meses depois de chegar, o seu *profissional de referência* (ver tópico 3.2) escreveu em seu prontuário:

[16/6/1994] Valentina participa regularmente dos grupos de verbalização. Mais calma, consegue falar com menos dificuldade. Fala sempre de seu desejo de voltar para casa e morar com seus familiares, mas nada sabe informar sobre o seu endereço. Fala lenta e arrastada. Diálogos, às vezes, confusos, sem encadeamento lógico. Desorientada no tempo. Dificuldade de reconhecer as pessoas pelo nome, mesmo os pacientes com quem convive.

No prontuário está escrito, inúmeras vezes, o seu desejo de voltar para a casa dos pais, bem como as alterações em seu comportamento, as irritações, a agressividade e a tristeza pelo abandono familiar. Em 1996, ela começou a participar da assembleia de *usuários* na ala Paraíso<sup>74</sup> e a Justiça autorizou a expedição da segunda via da sua certidão de nascimento, da

---

<sup>73</sup> Na abordagem do itinerário institucional de Valentina, os nomes das cidades não correspondem aos nomes verdadeiros.

<sup>74</sup> Em 1991, o SSCF ainda era composto por quatro alas: Arco-íris, Casa Branca, Paraíso e Primavera (que abrigavam 140 *internos*).

carteira de identidade e do CPF — documentos necessários para conquistar o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o do Programa de Volta para Casa (PVC); também começou a participar da oficina de horta e da de culinária. Para os meus interlocutores, a conquista dos documentos e dos benefícios são ações que promoveram o direito à cidadania<sup>75</sup> para os *internos*.

Na época, a produção de cidadania era um tema muito discutido. Anos antes, na I CNSM (em 1987), o “direito de cidadania” foi um dos três eixos que conduziram a elaboração das propostas para a primeira diretriz de saúde mental, e foi subdividido em revisão da legislação psiquiátrica e direito civil — reivindicava-se a revisão da lei para garantir a “condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental” (Conferência Nacional de Saúde, 8 [1987], 1988: 21). O relatório final da conferência afirma que “O conceito de cidadania implica na participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade” (1988: 21). Sobre os direitos civis, atestou a necessidade de atualização da legislação que regulava as interdições e os “estados de incapacidade civil”, entendendo que “a interdição deverá estar restrita quando houver ameaça aos bens públicos, aos bens próprios e perigo de agressão física” (1988: 23). Em seu artigo “A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil” — anexado ao documento de apresentação da II CNSM (dezembro de 1992) —, Pitta e Dallari (1992) desfazem a justificativa diagnóstica da interdição por longos períodos em grandes instituições de confinamento:

Como outros problemas de saúde as pessoas transitam em níveis de saúde e doença que as fazem ter necessidades diferentes de cuidado, [...]. Queremos enfatizar que as pessoas *estão* psicóticas, deprimidas, alcoolizadas e não *são* psicóticas, deprimidas, alcoolizadas permanentemente em crise, que justifique intervenções intensas e totais. (Pitta e Dallari, 1992: 20; ênfases do original)

As autoras reivindicavam a atualização legislativa a fim de assegurar que o confinamento não fosse justificado apenas pelo diagnóstico, exceto internações nos momentos em que a pessoa estivesse em crise. Dito de outra forma, o diagnóstico não legitimava (ou não deveria legitimar) a interdição permanente, que suspenderia os direitos do paciente de reger a si próprio e seus bens, privando-o de seus direitos de cidadania e autonomia.

---

<sup>75</sup> Para uma análise sobre direitos de cidadania que podem ser suspensos em contextos de falta ou perda de documentos, ver Peirano (2006: 37).



Algumas ações terapêuticas que pretendiam reaver o direito de cidadania de Valentina (como a autorização para requisitar os seus documentos) conduziram-na à aquisição gradativa de autonomia. Inicialmente, tive dificuldade de entender o que era, exatamente, “autonomia”; o termo me parecia impreciso, e, por vezes, confundia-se com a ideia de cidadania. Entretanto, a autonomia dos *usuários*, segundo meus interlocutores, é uma qualidade de ser independente para cuidar de si próprio, de suas relações e de sua casa. Os *profissionais*, por sua vez, *calculam* a autonomia dos *usuários* por meio de graus de intensidade do *cuidado*. Quantificar a autonomia é importante para destiná-los para uma moradia específica, que os assistirá a partir de suas necessidades físicas e psíquicas. Isso quer dizer que a autonomia é mensurada a partir das suas habilidades ou limitações clínicas e/ou subjetivas. Nesse caso, a autonomia aparece como índice de uma medida individual para determinar a residência para a qual serão enviados: com menos ou mais *cuidado*, com menos ou mais *profissionais*, que tenha menor ou maior investimento financeiro.

Além disso, a autonomia dos *usuários* não pode ser comparada com a autonomia de uma pessoa que nunca foi institucionalizada. Segundo meus interlocutores, outros parâmetros são necessários para medir a autonomia daqueles que viveram no hospital psiquiátrico, pois passaram por um processo de “infantilização” (vide infra 3.7) e perderam a habilidade de escolha e motivação de vida, e foram transformados em sujeitos passivos ou pacientes. Nesse ponto, é importante destacar a produção de uma pessoa institucionalizada<sup>76</sup>: trata-se daquela que viveu por anos em uma instituição hospitalar (ou em instituições hospitalares), foi privada dos seus direitos (de ir e vir, por exemplo) e do cuidado de si (higiene pessoal, preparo da própria alimentação), tornando-se, tanto física como subjetivamente, dependente da instituição. Segundo os meus interlocutores, existe a possibilidade de investimento no sentido de reverter esse quadro de dependência institucional, hospitalar, subjetiva e econômica, e o processo de *reabilitação* procura criar as possibilidades para que o *usuário* adquira as habilidades que perdeu em decorrência do confinamento. Entretanto, consideram incerta a possibilidade de ele atingir um grau de autonomia equivalente à de uma pessoa que nunca viveu em um hospital psiquiátrico.

---

<sup>76</sup> Para um recurso visual de pessoas institucionalizadas, o livro de Arbex (2013) traz uma coleção de imagens do hospício de Barbacena (Minas Gerais), conhecido como Colônia, o maior do Brasil. Esse hospício foi palco do documentário *Em nome da razão*, filmado em 1979 (Ratton, 1979). O vídeo *Colorindo uma Casa Branca* é um registro histórico do SSCF (Azevedo e Felipe, 2001) e o vídeo *Ruínas da loucura* é um registro sobre um SRT no Rio Grande do Sul (Emerich e Kruehl, 2008).

O psiquiatra Roberto Tikanori, coordenador geral, desde 2011, de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, no artigo “Contratualidade e reabilitação psicossocial”, de 1996, apresenta a sua perspectiva de autonomia:

Entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida. (Tikanori, 1996: 57)

Outra definição de autonomia, que se aproxima da sua, é dada por Furtado *et al.* (2013: 3691), que exploram a noção no interior das relações em um SRT:

A noção de autonomia se cristalizou nas análises como a possibilidade das pessoas com TMG [transtorno mental grave], em suas diferentes experiências de moradia, terem espaços e momentos de privacidade, interferirem nas normas e regras dos locais de moradia, poderem exercer sua criatividade na interação com espaços, objetos e outras pessoas, e reconstruírem suas relações com a cidade.

Em sua etnografia sobre a relação de sociabilidade em um centro de convivência para pacientes psiquiátricos de Niterói, Monnerat (2009) analisou como a produção de relações, ali, limitava-se ao espaço institucional, o que era contrário à perspectiva da Reforma Psiquiátrica, que propõe a criação de relações no espaço social e familiar do paciente, assim como em outras redes sociais para além daquele. Nesse aspecto, a instituição não é somente o espaço de tratamento, mas um espaço de construção e de conservação dessas relações (Perelberg, 1976). No meu campo de pesquisa, a autonomia é entendida como conceituada por Tikanori (1996): não é independência institucional, mas uma forma de produzir dependência de outras relações e de construir relações em outros contextos, a fim de ultrapassar o problema de restringir a dependência de poucas relações existentes no interior da instituição. Dito de outra forma, o problema não são as relações de dependência institucional, mas a inexistência de outras relações fora dos serviços de saúde. Os *profissionais* investem em ações terapêuticas que buscam diminuir ou atenuar a dependência institucional — das quais é exemplo a construção de outras relações em outros espaços sociais (o que ficará mais claro no próximo capítulo). Ao investir em *cuidados* que promovem a autonomia e a responsabilização dos *usuários*, os *profissionais* administram as formas de direção por meio

de atividades *calculadas* e planejadas, como as registradas no projeto terapêutico, que guia as ações para certos objetivos.

No caso de Valentina, o investimento dos *profissionais* em sua participação nas práticas coletivas (oficinas e grupos de conversa) ou individuais visava proporcionar-lhe a aquisição de autonomia. Segundo escreveu sua *profissional de referência* em 4 de setembro de 1996, Valentina voltou entusiasmada da experiência na *pensão protegida*<sup>77</sup>, na qual passara um final de semana. Contudo, não queria morar fora do SSCF: disse que “sentiu medo”<sup>78</sup>. Dois meses depois, ela demonstrou desejo em passar mais um fim de semana na *pensão protegida* (7/11/1996), e foi. Segue o relato das lembranças de Valentina decorrentes dessa segunda experiência, descrito no prontuário por sua *referência*:

[16/12/1996] Valentina me contou que costumava chorar muito e ficava com raiva quando o seu irmão dizia que ia interná-la no hospital. Nesses momentos, ela tomava remédios para morrer. Ela afirmou, com muito sofrimento, que foi vítima de maus tratos nos hospitais. Falou que tem vontade de voltar a morar com sua família. Disse que em casa podia comer tudo que tinha vontade e a qualquer hora.

Em 26 de dezembro, em uma visita à Casa Primavera (o *lar abrigado*) — antigamente, a ala de mesmo nome do hospital psiquiátrico —, Valentina foi convidada pelos seus *moradores* a viver ali. Transformada em uma casa com quartos, sala de TV, cozinha e banheiros, a Casa Primavera era um espaço de experimentação — segundo uma interlocutora, que foi psicóloga da Unidade de Reabilitação dos Moradores e hoje é gerente de um centro de convivência. Acompanhados pela *equipe de profissionais*, os *pacientes* não ficavam, mais, trancados, e eram estimulados a cuidar da limpeza da casa, de suas roupas e da sua higiene pessoal, e aprendiam a cozinhar. Os *profissionais*, por meio de oficinas, investiam em ações para ajudar e orientar os *internos* a viverem nas moradias — a oficina de culinária, por exemplo, ensinava a manusear e preparar os próprios alimentos. Em 28 de abril de 1997, Valentina passou mais dois dias na *pensão protegida*, o que levou a *equipe* daquela unidade a pensar na possibilidade de transferi-la para essa moradia.

---

<sup>77</sup> Em 1991, teve início o projeto de *lar abrigado*, uma casa dentro do SSCF para os *internos* terem a experiência de viver em uma casa, aprender (ou reaprender) a cozinhar, organizar o seu quarto e os seus objetos pessoais. A *pensão protegida* (segundo projeto de moradia assistida do SSCF) teve início em 1994, e era destinada aos *usuários* menos autônomos; contava com trabalhadores para preparar as refeições, cuidar da limpeza da casa e da higiene daqueles. Ficava em uma residência em Sousas, mas fora das instalações da instituição.

<sup>78</sup> O sentimento de medo e a vontade de não sair da instituição também aparecem em casos de pessoas que foram institucionalizadas por outros motivos (adultos que viveram a infância em instituições socioeducativas e/ou orfanatos, por exemplo). A respeito, assistir o documentário etnográfico *Fios da vida* (Schritzmeyer, 2013).

O objetivo da *equipe* era avaliar as dificuldades dos *usuários* e investir em ações que pudessem desenvolver e/ou aumentar a autonomia destes para as novas situações cotidianas (as mais corriqueiras como tomar banho, escolher uma roupa e vestir-se sozinho). Os espaços coletivos eram estimulados como *estratégia* de criação de *vínculos*, a partir dos quais eram avaliados o grau de autonomia e a afinidade dos *usuários*. Para a *equipe*, era importante que eles mesmos, a partir de suas relações de amizade, escolhessem os companheiros de residência — a ideia era evitar que as pessoas que viveram por anos no hospital se separassem bruscamente. Ouvi a história de duas amigas que conviveram por quase dez anos, bem como a de dois irmãos, que perderam contato no processo de fechamento do hospital de Jundiáí.

Os *profissionais* utilizavam o espaço da Casa Primavera para avaliar e preparar cada *usuário* para o processo de transição para as residências de Sousas. Em 1994, o projeto da *pensão protegida* (segunda moradia) começou a funcionar em uma moradia dali, fora do espaço do SSCF. Esta foi planejada para *internos* menos autônomos e contava, em seu início, com uma *profissional* que morava com eles: Sandrina Indiane. Ela contou a experiência de morar e trabalhar com os *usuários* no evento comemorativo dos 20 anos do SRT do SSCF:

Quando eu cheguei, no final de 1994, a equipe pensou em uma casa para as pessoas que não tinham autonomia [...] que foi denominada de pensão protegida. [Foi uma] aposta institucional contratar uma pessoa sem nenhuma experiência no campo da saúde mental. A missão que eu recebi foi me disponibilizar a acompanhar um grupo de moradores que viveram anos de suas vidas internados no hospital psiquiátrico. Eu morei com essas pessoas e na primeira semana eu fui acordada com os gritos de um paciente chamando pela enfermeira. Eu tinha um grande companheiro que quando eu abria a porta [do quarto] já estava lá com a sua lanterna para me acompanhar, principalmente, à noite. Havia um paciente deitado no chão do quarto dizendo que estava vendo facas e com muito medo. Eu não entendi nada, pois não havia faca nenhuma. Conversando com ele eu fui tentando entender o que era aquilo. E ele conseguiu me dizer que as facas estavam só no quarto. Consegui convencê-lo a ir até a sala. Fomos rastejando até o corredor e eu passei a noite conversando com ele. (Indiane, 2011)

As primeiras experiências com moradias destinadas a internos de hospitais psiquiátricos no Brasil datam da primeira metade do século XX. Um exemplo foi a assistência familiar<sup>79</sup> no hospital colônia administrado pelo psiquiatra Juliano Moreira<sup>80</sup>, no qual as casas

---

<sup>79</sup> A assistência familiar iniciou-se no século XVII, na pequena aldeia de Geel, na Bélgica, onde os camponeses hospedavam os romeiros da novena para a padroeira dos doentes mentais, santa Dimphna. Em decorrência do grande número dos que chegavam, os habitantes os recebiam em casa ou em outros espaços. Finda a romaria, alguns alienados permaneciam em Geel, aos cuidados dos aldeões, ou eram abandonados ali e acabavam sendo cuidados por eles (Furtado, 2013).

<sup>80</sup> Para uma descrição histórica de Juliano Moreira, ver Portocarrero (2002).

foram construídas para abrigar a família dos funcionários, que operavam a “normalização do convívio dos doentes” (Venâncio, 2014: 9) por meio de um espaço de convívio social no interior do hospital. No SSCF, o projeto de moradias não foi pensado para os *internos* morarem com os funcionários: exceto nessa experiência do *lar abrigado*, em que uma *profissional* morou com eles, as outras residências foram *montadas* só para eles. Nesse ponto, a instituição afirma o seu deslocamento espacial e sua *atuação* no território (diretriz do SUS que prevê o atendimento inserido na comunidade e próximo da residência dos *usuários*). A ação de contratar um *profissional* para morar com os *pacientes* foi avaliada, problematizada e revista seis meses depois do início da *pensão protegida*. Conforme Sandrina Indiane, nesta,

Eu acolhia os pacientes e eu tinha um acolhimento muito grande da equipe [da Unidade de Reabilitação dos Moradores]. [...] Fui buscar uma capacitação logo de início. [...] O supervisor<sup>81</sup> me acolhia no jardim do Cândido. As crises me assustavam, mas eu fui aprendendo que faziam parte. [...] Inicialmente, eu ficava 24 horas, morando. Depois de seis meses, eu fui pedir demissão, porque o juízo apareceu e não estava sendo bom nem pra mim nem para os pacientes. Porque eu estava o tempo inteiro [ali], e eu não conseguia avançar no projeto, no sentido da autonomia e da apropriação do espaço. Porque eu estava ali e representava a instituição, e, de certa forma, eles me pediam autorização para fazer as coisas. E eu identifiquei que isso não era interessante. Comecei a participar de reuniões no Cândido, e em uma de minhas idas ao Cândido o grupo ficou sozinho. Nós recebemos uma ligação que uma moradora tinha ido a óbito. A equipe foi [para lá] com muito medo e insegurança, porque era o primeiro óbito em uma casa longe da instituição. Quando chegamos, foi uma surpresa, porque foi o sepultamento mais digno<sup>82</sup> que eu assisti na minha história de trabalho. A gente tinha medo dos vizinhos [afirmarem]: deixou sozinho, olha o que aconteceu! [...] Nós tínhamos uma ética no cuidado, tinha um compromisso e uma grande responsabilidade porque era algo novo, que não tinha financiamento e pouquíssimas experiências no país. (Indiane, 2011)

Depois de seis meses morando com os *usuários*, Sandrina foi “pedir demissão” porque analisou que a sua presença na casa não era eficiente para produzir autonomia para eles, que, por um lado, não consideravam a residência como sua casa, ou, como afirmavam meus interlocutores, “*não se apropriaram do espaço*”, e, por outro, sempre pediam autorização a ela, porque a consideravam representante da instituição. Na época já existia o *acolhimento* — por meio da prática da *escuta terapêutica*, que permite a uma pessoa ouvir e detectar informações e/ou demandas no discurso de outra —, considerado uma modalidade de *cuidado*

---

<sup>81</sup> *Supervisor* é um *profissional* da área da saúde, normalmente um psicólogo e/ou um psicanalista, que *acolhe* um *profissional* ou uma *equipe* na resolução de um impasse ou um problema.

<sup>82</sup> O “sepultamento digno” foi composto pelo velório e o enterro. Não sei como acontecia os enterros no SSCF antigamente, mas o relato de Arbex (2013: 77) sobre o Colônia mostra que o corpo dos pacientes mortos era levado, em carroça de tração animal, até o Cemitério da Paz, em Barbacena, e enterrado em vala comum. Isso quando os corpos não eram vendidos para as faculdades de medicina como de indigentes.

operada pelo *profissional* tanto na relação com os *pacientes* como na relação com os outros *profissionais*. Nele, o *profissional*, ao *acolher* um *usuário* ou outro *profissional*, *escuta* sua dificuldade ou seu *sofrimento* e procura gerenciá-los, sozinho ou com a ajuda da *equipe*. Sandrina afirma que procurou uma capacitação e que o *supervisor* a orientava. Ao fazer uma autoavaliação de sua conduta na moradia, que não teve o efeito esperado de produção de autonomia para os *usuários*, pediu demissão. O exercício de introspecção, o *cálculo* de sua conduta, sua autoavaliação, a responsabilidade em procurar uma capacitação e a *supervisão* de suas ações e preocupações evidenciam práticas de governo a partir de técnicas de gerenciamento institucional na reforma no SSCF. Dito de outra forma, as técnicas de autoavaliação, que produzem uma subjetividade flexível e ativa por meio de mecanismos indiretos de autocontrole, são efeitos da interiorização de normas de gerenciamento. Pode-se verificar, a partir desse exemplo, como a avaliação das mudanças institucionais não recaía sobre os *usuários*, mas sobre a eficácia das práticas institucionais. A ideia de responsabilidade não era acionada apenas para afirmar o correto emprego dos recursos financeiros, mas também para afirmar uma postura adequada do profissional em se autoavaliar para aperfeiçoar a sua forma de proceder e intervir na vida dos *usuários* nas moradias. A partir de sua avaliação, Sandrina *calculou* que os objetivos institucionais, definidos como a produção da autonomia na moradia, não foram atingidos, o que resultou em uma reorganização da atenção, sem a necessidade de o *profissional* permanecer nela. Esse novo funcionamento foi avaliado como efetivo para a produção de autonomia, o que justificou o financiamento do projeto.

O *sofrimento* é efeito de um problema, de um sintoma psiquiátrico, de um impasse ou de uma dificuldade em se relacionar com os companheiros de moradia. Segundo diziam os meus interlocutores, por vezes, só o ato de *escutar* já ajuda a pessoa a aliviar um *sofrimento*, resolvendo determinada situação que poderia agravar o seu quadro e se tornar uma *crise* — isso no caso dos *usuários*, no caso dos *profissionais* pode ajudar em quadros de estresse, frustração, depressão. Diferentemente do funcionamento do hospital psiquiátrico, em que as práticas eram prescritas pelo diagnóstico, nesse novo contexto a noção de *sofrimento* significa um saber individual que conduz à elaboração das intervenções, porque o “*sofrimento autoriza a intervenção*”. Ao contrário do diagnóstico, que é fixo e imutável, o *sofrimento* pode ser atualizado, assim como as intervenções terapêuticas (detalho como o *sofrimento* é operado no interior da relação terapêutica no tópico 5.6). A seguir, abordo, de forma breve, a noção de responsabilidade como um componente das relações e das práticas.

## 2.4 A relação de responsabilidade

No discurso dos meus interlocutores, o termo responsabilidade aparecia desdobrado em três diferentes sentidos, cada um acionado dependendo da situação retratada, e os três já foram sistematizados por Silva (2005b: 312) — aqui, abordo os dois primeiros a partir desse autor; em relação ao terceiro, aponto como a prática da responsabilidade está atrelada às técnicas de auditoria (Strathern, 2000b) e a formas de racionalidade que avaliam as pessoas e as instituições (Rose e Miller, 2012). Strathern (1999) assinala que a contabilidade orienta as práticas de administração financeira e o seu instrumento é a avaliação, e que se conecta à ideia de responsabilidade, promovendo uma ampliação dos domínios da avaliação (1999: 19). Tomando por base sua argumentação, descrevo como as práticas da responsabilidade do *usuário*, da responsabilidade institucional e da responsabilidade do *profissional* em sua *atuação* política apareciam em meu campo de pesquisa.

O primeiro sentido de responsabilidade remete à posição *atuante* dos *usuários* na construção do seu contrato terapêutico (o PTI), posição *calculada* por meio da resposta ou pela maneira como eles reagem ao que está previamente estabelecido nos acordos daquele (vide infra 3.1) — na medida em que responde às ações terapêuticas, os *profissionais* medem a sua adesão ou o seu comprometimento com o contrato terapêutico. Estar *implicado*, ou *vinculado*, é estar comprometido com a fabricação do contrato a partir de suas necessidades singulares e dos seus desejos, e o funcionamento dessa relação terapêutica tem por finalidade a adesão a ele. Esse arranjo faz do *usuário* o guia das ações que ele deve responder e cumprir. Por certo, o que se constrói é uma parceria que o torna coautor de sua própria forma de controle (detalho esse aspecto no tópico 5.3) ou autocontrole. O contrato terapêutico é entendido como o resultado de uma relação de negociação que estabelece a direção das intervenções terapêuticas e atesta a habilidade de fazer acordos, conexões, relações e alianças entre as pessoas envolvidas. Tal relação não se limita à que existe entre *profissionais* e *usuários*, mas se estende à que existe entre estes últimos e as pessoas da comunidade, e, nesse sentido, “*aumentar o poder contratual é o mesmo que aumentar o poder de negociação com o mundo*”, como explicou um interlocutor. O poder contratual significa adquirir competência para se relacionar com as outras pessoas e produzir subjetividade (como detalho no tópico 5.3). Silva (2005a: 141) o define como uma categoria que direciona a *atuação* técnica: por meio de “acordos, procura-se produzir uma relação menos conflituosa entre membros da comunidade e usuário, tendo em vista a atitude pouco disponível a cumprir regras” por parte

do segundo — assim, é uma forma de controlar o comportamento dos *usuários* e de gerir suas relações com outras pessoas. No SSCF, a partir da elaboração do contrato, a *atuação do técnico de referência* tem por objetivo responsabilizar o *usuário*. Aqui, observa-se, na responsabilização do sujeito pelo seu sintoma e na ação de torná-lo “responsável pela sua condição” (Tenório, 2001: 88), a influência da psicanálise<sup>83</sup> sobre as práticas terapêuticas. Esse sentido de responsabilidade aproxima-se das análises de Toniol (2014: 8), que a descreveu como um aspecto das terapias alternativas (acupuntura, cromoterapia e homeopatia, etc.) das práticas integrativas do SUS que, em suas técnicas terapêuticas, produzem autoavaliação e responsabilização dos sujeitos por suas manifestações somáticas e os convocam a governar a si próprios.

O segundo sentido de responsabilidade remete à incumbência da instituição em relação às pessoas que se encontram na condição de tutelados ou protegidos por ela. Bezerra Jr. (1994) analisou algumas iniciativas técnico-assistenciais da década de 1980 que objetivavam a conquista de direitos para pacientes psiquiátricos, e assinala que o processo de ressocialização destes não foi efetivado de forma direta, ou melhor, de forma automática, em razão da impermeabilidade do tecido social. Como a igualdade de condições não foi possível de forma imediata, foi necessário um anteparo institucional para prestar assistência à sua inserção social. De acordo com Silva (2005a: 136), ações de proteção que operam as iniciativas de reabilitação social atestam a existência de uma relação de tutela que contém, em si, uma dimensão de controle, porém tal relação apresenta diferentes graus de intensidade, indo do mais autônomo até o da interdição jurídica da internação (no sentido de que o paciente perde os seus direitos: de ir e vir, de escolher se quer ou não o tratamento). Segundo o autor, a relação de tutela/controle explicita as possibilidades da reinserção social do usuário. No meu campo de pesquisa, o funcionamento da noção de responsabilidade no interior da relação terapêutica está explicitado em um texto da psicóloga Patrícia Bichara (2007), gerente do CAPS Estação, sobre a sua experiência no hospital-dia (HD)<sup>84</sup> do SSCF:

---

<sup>83</sup> Apesar das diferentes abordagens psicanalíticas presentes no meu campo de pesquisa, a perspectiva lacaniana é a que possuía maior número de adeptos. A teoria lacaniana critica as práticas psiquiátricas e/ou médicas que consideram o *usuário* como objeto; ou, no caso do saber jurídico, por subjugar-lo como vítima do seu sintoma ou considerá-lo inimputável. Nesse ponto, tanto o saber médico como o jurídico desresponsabilizam o usuário, tornando-o passivo ou paciente (Jameguiberry e Moscovich, 1997 *apud* Silva, 2005b: 315).

<sup>84</sup> O HD foi o primeiro projeto de ambulatório de saúde mental criado antes do modelo dos CAPS. No SSCF, funcionou de 1991 até 2000, quando transmutou-se no CAPS Estação. O HD e o modelo médico da nova psiquiatria são discutidos por Venâncio (1990).



O acolhimento responsável e humanizado garantindo uma boa adesão no tratamento, o estreitamento dos vínculos, o desejo de saber mais sobre cada paciente e o desejo de estar com ele pelo tempo que fosse necessário foram configurando o desejo da equipe daquela unidade [HD] de mudar a sua missão, ou seja, não ser mais intermediária entre a internação integral e a atenção básica, mas referência para seus pacientes em todos os momentos da doença, a qualquer hora do dia e da noite e por tempo indeterminado. [...] O motor do tratamento deve ser o desejo de cada profissional de responsabilizar-se pelo caso, acompanhá-lo em seu andar errante, nos momentos de ruptura, estar atento a seus movimentos, seus sinais, ao que diz e a quem escolhe dizer. (Bichara, 2007: 221, 226)

Responsabilidade, nesse contexto, expõe uma relação de comprometimento, tanto do *usuário* quanto do *profissional*, que faz com que este último acompanhe e observe os detalhes, que se disponha a estar junto, a estar vigilante para intervir e orientar aquele, conduzindo-o para a realização do seu projeto terapêutico. No SSCF, a relação de comprometimento é a maneira como se configura a relação de responsabilidade institucional, que faz do *profissional* um mediador das relações sociais do *usuário* com o objetivo de impedir o seu abandono e a sua desassistência, e de auxiliá-lo a viver na comunidade.

O terceiro sentido atribuído a responsabilidade aparece nas ações dos *profissionais*, que se comprometem com a ética de produção da política de saúde (que inclui o controle social, estratégias de *atuação* no território, participação nos conselhos locais de Saúde para identificar as demandas dos bairros, a melhoria da assistência e a diminuição dos gastos públicos, entre outros). Nessa acepção, eles assumem uma ética que prevê o compromisso em produzir assistência de qualidade em consonância com as normas e diretrizes federais. Essa ideia de profissionalismo e de qualidade no atendimento dos serviços produz uma nova forma de descrever o SSCF: como comprometido com aqueles que são atendidos e com os gestores responsáveis pelo planejamento das ações no campo da saúde. Os *profissionais* avaliam a instituição continuamente e produzem sugestões, que são descritas em documentos (caso do Plano de Metas) para serem incorporadas como demanda do serviço (a necessidade de reforma em uma moradia, por exemplo) no projeto de financiamento do convênio. Nos termos do profissionalismo e da qualidade, a instituição torna-se *confiável* para ser avaliada por mecanismos de auditoria, que substituíram o crédito que o Governo depositava na sabedoria dos especialistas. Como afirmou um dos gestores do SSCF na reunião da Comissão de Acompanhamento do Convênio de 10 de fevereiro de 2012, “às vezes, a solução local pode ser melhor que a proposta do Ministério, mas nossa auditoria tem que casar com os indicadores e adequar o Plano de Trabalho com os do Ministério” — auditoria, aqui, no sentido de um processo de construção de indicadores de avaliação e de *metas* institucionais

capazes de “*qualificar a informação para contabilizar o atendimento*”, e para quantificar as *reabilitações*. A prática da responsabilidade explicita as decisões de uma maneira que é possível calcular e avaliar os especialistas e as organizações (Rose e Miller, 2012: 136), e, do mesmo modo que a prática da auditoria, procura reformular a relação dos especialistas com o Estado a fim de evitar que eles respondam aos seus próprios interesses.

Apresentei as noções de responsabilidade presentes no discurso dos meus interlocutores para destacar como elas são imbricadas à ideia de avaliação. Trata-se de afirmar que a responsabilidade é a avaliação da intensidade da implicação do *usuário* com o seu *cuidado*, o compromisso da qualidade nas práticas institucionais e o comprometimento político dos *profissionais* em avaliar sua conduta na intenção de produzir melhorias nas políticas de saúde — para isso, eles quantificam a prática de *reabilitação* para tornar visíveis as demandas locais a fim de conseguir o financiamento. No decorrer da tese, ao acionar a palavra responsabilidade, especifico o seu sentido a partir da descrição dos meus dados de campo. Detalho, no próximo tópico, os rearranjos institucionais das moradias na comunidade e seus efeitos nas práticas de *cuidado*.

## 2.5 “Muito se olha e muito se cria”

As recentes mudanças que provocaram a transferência dos *internos* para as moradias produziram um deslocamento territorial, saberes experimentais, intervenções de *cuidado* e *profissionais* ágeis, dinâmicos, implicados, responsáveis e participativos. Ao criar práticas de observação, eles direcionaram o seu foco para os detalhes do processo de mudança: um olhar analítico das novas circunstâncias espaciais e das diferentes experiências pessoais que são verificadas e levadas em conta na elaboração de um *cuidado* que não se volta, mais, para o confinamento. Não são apenas os sintomas psiquiátricos que são *cuidados* e controlados, mas as questões subjetivas e as dificuldades provocadas pela nova realidade vivida pelos *pacientes*. Além disso, outros fenômenos devem ser observados na relação deles com a comunidade. Não é apenas a doença o foco das intervenções terapêuticas, mas a vida dos sujeitos, considerados, nesse deslocamento, *moradores* das residências terapêuticas. Um mundo se abre ao olhar atento dos *profissionais*, que observam a forma particular com a qual aqueles se relacionam com o que existe fora dos muros da instituição. Entre as novas relações

espaciais e as novas relações com os *usuários*, emerge uma linguagem que desloca as intervenções coletivas da ala hospitalar para o discurso sobre a subjetividade dos *moradores* e sobre a sua forma singular de viver na comunidade.

Gal Soares De Sordi (psicóloga e gerente do Centro de Convivência Casa dos Sonhos) disse, em sua apresentação no evento comemorativo das moradias, que o grupo de *profissionais* resgatou, no início do processo de *reabilitação* dos internos (entre 1996 e 2000), a história de vida de cada *usuário*:

Muito se olha e muito se cria. [...] Nós colhemos a história dos usuários percorrendo com eles os pátios, saindo com eles pelas ruas, nos consultórios, nos bancos, lendo os prontuários, olhando a forma com que cada um habitava as alas e, depois, as casas. Com isso, olhamos também para a instituição. Para o nosso trabalho e como a equipe assistia. [...] Fizemos uma parada para olhar o que os nossos olhos viam. Não à toa, nós contávamos com a supervisão institucional e clínica. É preciso tomar distância para ver. Como se nesse momento fôssemos chamados para sermos estrangeiro em nossa própria casa. Como chegar nas alas e olhar para o novo do que a gente sempre via no cotidiano. Então, [olhamos para as atividades de] escovar os dentes no pátio, as camas enfileiradas e o que tudo aquilo provocava de incômodo. Porque senão, o incômodo também não aparece. (De Sordi, 2011)

O exercício de perceber o sentimento de incômodo revela, primeiramente, uma prática de distanciamento daquela realidade tão naturalizada e automaticamente reproduzida no hospital psiquiátrico. Detectar esse sentimento permitiu, segundo minha interlocutora, problematizar as experiências colocadas em curso. As reuniões de *supervisão institucional* e de *supervisão clínica* eram espaços de discussão e de avaliação da *equipe* com a participação de um *supervisor* externo, que ouvia os *profissionais* e depois apresentava um parecer, uma avaliação ou uma orientação. Na *supervisão institucional* discutiam-se as pautas sobre o funcionamento da *equipe* e da instituição; na *supervisão clínica*, os *casos clínicos* dos *usuários*. Em 1996, os *profissionais* discutiam um modelo de moradia e como deveria ser o seu funcionamento:

Foi necessário perguntar: viemos de quais casas? A equipe e cada um de nós, o que trazíamos de ideal de moradia? E muito olhamos para isso. Inclusive nas escolhas das casas. Eu me lembro de uma casa que eu achei maravilhosa. O Juarez foi até lá e, com um olhar de fisioterapeuta, falou assim: “Nessa banheira as pessoas vão cair!”. Enfim, quantos olhares para fazer a escolha de uma casa que não é uma simples casa, é uma casa que traz complexidade e responsabilidades na escolha. (De Sordi, 2011)

De acordo com meus interlocutores, os *internos* transferidos para as moradias do SSCF vieram de lugares muito diferentes, e, por vezes, distantes de Campinas. Muitos eram do Nordeste e passaram pelo hospital psiquiátrico de Juquery antes de serem encaminhados para os hospitais psiquiátricos do interior do estado de São Paulo e finalmente chegarem àquele hospital. Depois de anos de internação, eles voltaram a habitar a comunidade em outro tempo histórico. Os *profissionais* que acompanhavam esse processo verificavam as suas dificuldades em circular pela cidade, para abrir uma conta bancária e retirar o dinheiro em um caixa eletrônico, para administrar o recurso do benefício. Além disso, havia a dificuldade da *equipe* em normatizar um espaço que era uma casa e que, ao mesmo tempo, exigia um *cuidado* diferente do prescrito no hospital, e questões que parecem simples, como a organização da limpeza das casas, tornavam-se complexas:

Eu, um médico e uma auxiliar de enfermagem discutimos longamente sobre a limpeza dos banheiros. Para mim, o banheiro deveria ser limpo uma vez por semana. Ele disse: “A faxineira vai em casa uma vez por semana, mas quando ela não vai pode ser que fique quinze dias [sem limpar]”. A auxiliar de enfermagem, indignada, disse: “Eu sei que vocês não têm tempo para limpar o banheiro, porque banheiro se limpa todos os dias”. Esses problemas simples da ordem do cotidiano traziam complexidades para conduzir a vida das pessoas nas casas. (De Sordi, 2011)

Como não havia protocolos para dirigir as novas experiências, os *profissionais* decidiam, em *equipe*, qual a melhor forma de intervir na vida e no funcionamento das moradias. Emelice Bagnola, enfermeira e psicanalista, atualmente gerente de um CAPSi, relatou, em sua apresentação no evento dos 20 anos do SRT, a primeira atividade que ela, enfermeira recém-contratada da Unidade de Reabilitação dos Moradores, executou:

A primeira ação que eu realizei foi a compra de um glicosímetro. Eu trabalhava também no hospital geral, com pacientes em coma, e achei inusitado que essa fosse minha primeira atividade: escolher um aparelho que pudesse dar o parâmetro da quantidade de açúcar no sangue. Inusitado porque me pareceu uma ação distante da que eu supunha para a saúde mental. Mas era isso mesmo, uma enfermeira que pudesse contribuir com o dito olhar clínico. (Bagnola, 2011)

A experiência com as moradias exigia modificações nas práticas e nas relações entre os *profissionais*, modificações que ressoavam no cotidiano dos *pacientes*. Em 1998, o PTI de Valentina apresentou outras atividades: a sua participação na escola todas as manhãs, no

grupo do *lar abrigado*, no acompanhamento terapêutico<sup>85</sup> e na oficina de artesanato. Na época, ela começou a participar do curso de alfabetização no Cândido Escola, instituição que, como já coloquei (tópico 1.3), foi criada na ala Paraíso com o objetivo de qualificar os *profissionais*, e devido ao interesse dos *pacientes* pelo curso de alfabetização acabou sendo transferida para fora do SSCF:

Percebemos que seria interessante montar uma sala de aula fora, em outro espaço. Foi aí que nós pensamos e resolvemos montar o Centro Cultural Cândido Fumec. Nesse momento, pensamos em ser uma grande escola de direitos humanos — foi assim que a gente nomeou —, que pudesse acolher todos da comunidade, tanto para a educação formal como para as outras oficinas e atividades. Em 1996, nós nomeamos esse projeto da parceria Cândido-Fumec, de Casa Escola. Uma casa que era escola e uma escola para acolher os que vinham das casas [moradias]. Nome que dava a ideia de um trajeto. Aliás, estabelecer novos trajetos aos usuários, em destaque para aqueles que a psicose impelia para a errância, foi um aspecto importante. Criar pontos de conexão. Os centros de convivência tornaram-se pontos de conexão nessa errância. Nós acompanhávamos os usuários quando eles saíam cedinho, ia para o bar central, tomava um cafezinho, ia para outro bar e a gente acompanhava, daí ia para a escola, ficava 2 horas e meia, saía da escola, ia de novo para outro bar, depois ia almoçar, depois ia para a oficina de almofada. Enfim, quanto que é importante criar pontos de conexão, e não é qualquer ponto de conexão. É um ponto de conexão que tinha por estratégia criar encontros. (De Sordi, 2011)

A criação de um centro cultural destinado aos *moradores* das residências terapêuticas e a pessoas da comunidade teve o objetivo de instrução formal em sala de aula, atividades educativas e oficinas; e de tornar-se um “ponto de conexão” nos trajetos fabricados para conduzir a circulação dos *usuários*, em especial para os errantes. A instituição como espaço único e fechado dissipou-se em pontos de conexão no território, que eram os serviços de saúde. Essa *rede* externa ao hospital era conectada e sobreposta pelo traçado dos *profissionais volantes* (vide infra 4.3) e pela circulação dos *usuários*. Ao circular, estes produziam encontros e novas relações, a partir das quais iam se constituindo nesse novo espaço de moradia — não à toa, Gal afirmou que “a vida é circulação”. Portanto, o processo de modificação da reforma deslocou espacialmente o *cuidado* para os serviços que eram exteriores ao SSCF. Os *profissionais* avaliaram que as mudanças espaciais exigiam uma adaptação das práticas, uma nova postura sua em se responsabilizar pelo acompanhamento do projeto terapêutico dos *usuários* e outra forma de organização das relações em *equipe*. O começo da circulação de alguns *internos* pelas ruas de Sosas foi possível, segundo os meus

---

<sup>85</sup> O acompanhamento terapêutico (AT) consiste em operar a assistência de forma itinerante. A respeito, ver Lancetti (2006) e Lemke e Silva (2011).

interlocutores, depois da criação das moradias e de um *cuidado* individual planejado de forma cautelosa. A prática de acompanhamento dos *usuários* em seu processo de *reabilitação* permitia ao *profissional* medir a efetividade de suas ações de *cuidado*, segundo os objetivos planejados no PTI — tema que será detalhado no próximo capítulo.

### Capítulo III

## O Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

As mudanças arquitetônicas decorrentes do início da reforma no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira produziram, além da criação e expansão da instituição em serviços exteriores ao espaço físico do hospital, práticas de *reabilitação* dos *internos*, um *cuidado* individual projetado e registrado em um documento institucional e a reorganização da *equipe* por meio da *atuação* do *profissional de referência*, responsável por acompanhar a vida dos *usuários* nas moradias. Neste capítulo, ao descrever como o *cuidado* foi se compondo, destaco como os *profissionais* elaboraram maneiras de avaliá-lo que apontavam a necessidade do recurso financeiro para sustentá-lo. Para isso, analiso o processo de reforma no SSCF a partir da sensibilidade mnemônica dos meus interlocutores. Exploro, portanto, a história relatada por eles, que explicitavam, em seu discurso, os eventos e as singularidades desse processo. Seguindo a observação de Veyne (1998: 8), de que “a história é filha da memória”, debrucei-me sobre o discurso dos *profissionais* para recuperar os arranjos espaciais e técnicos que provocaram as modificações nas práticas institucionais.

Ao relatar os fatos históricos a partir da memória sobre a reforma, procurei descrever as percepções nativas de mudança (Handler, 1988: 58). Os estudos que recorrem à memória como objeto de análise datam do começo do século XX, com as investigações da Escola Sociológica Francesa. Halbwachs (1990 [1950]: 25), influenciado pelas leituras de Durkheim, analisou a memória (tanto a coletiva como a individual) como instrumento de recordação utilizado para reconstruir o presente através de representações sociais. Meus dados de pesquisa acerca da reforma no SSCF foram apresentados por *profissionais* que trabalharam na instituição na década de 1990, e apresento os fragmentos de sua memória para explorar tanto os acontecimentos desse processo como a configuração atual das práticas institucionais. Minha intenção não foi analisar os mecanismos de reconstituição do passado ou refletir sobre os processos de rememoração do passado tendo em vista as *estratégias* cotidianas dos *profissionais*, tampouco analisar a constituição de uma memória de grupo, como o fazem os memorialistas e os especialistas em memória política e genealógica (Villela, 2008: 93). Não analiso o mecanismo de recordação, pois os dados não me permitem refletir sobre as versões

pretéritas que triunfaram, sobre quais são os posicionamentos políticos da reconstituição dos fatos de memória apresentados ou, ainda, sobre o que provoca recordar o desencadeamento de determinados fatos em vez de outros. Meu objetivo foi descrever, por meio do discurso mnemônico dos *profissionais*, os acontecimentos que me permitem apresentar uma cronologia das principais modificações da reforma e das práticas psiquiátricas do SSCF. Procuro, com isso, evidenciar a percepção de mudança daqueles.

Desse modo, destaco os acontecimentos do passado para explicitar o caminho de composição das práticas no presente. Não pretendi analisar minuciosamente a história da reforma, e sim como os *profissionais* racionalizaram esse processo de mudança e possibilitaram que ele fosse pensado, problematizado, *calculado* e projetado. Além de identificar essas racionalidades, mostro a forma como elas funcionavam a partir de uma *tecnologia de cuidado* que justifica a gestão dos *usuários* nas moradias. Para que isso fosse viável, as *estratégias* de responsabilização e as práticas de governo dos *profissionais* incidiam sobre aqueles, orientando-os a serem ativos, participativos, responsáveis, autônomos, obrigando-os à liberdade de ir e vir a partir de uma circulação monitorada e levando-os a fazer escolhas como se fossem isentas de persuasão. Para que a prática de governo fosse acionada como *estratégia* nas moradias, foi preciso operar um conhecimento acerca das concepções psicológicas da subjetividade, compreender as práticas de avaliação, discussão e registro do estado psicológico, psiquiátrico e/ou clínico do *usuário* que produzem informações imprescindíveis para a elaboração das intervenções terapêuticas.

Ao descrever como os *profissionais* formulam o *cuidado* nas residências e como ele é realizado, analisado e reinventado continuamente, não pretendi evidenciar a experiência da doença mental por meio de análises fenomenológicas (Rabelo, Alves e Souza, 1999), refletir sobre a representação das noções de saúde, doença e sofrimento (Duarte e Leal, 1998) ou analisar as perturbações físico-morais no interior da concepção dualista do humano (Duarte, 1986, 1994), mas mostrar como aqueles analisam o processo de *reabilitação* dos *moradores* a partir de um saber que *calcula* a efetividade das práticas de *cuidado*. Contudo, não é apenas a eficácia das intervenções terapêuticas que é medida, mas também o seu custo-benefício. Para isso, foram necessárias a capacitação dos *profissionais* e a constituição de uma nova *expertise*, responsáveis por efetuar uma remodelação meticulosa da assistência, que, em seus efeitos, modificou o contexto social, produziu uma *rede* de serviços e *profissionais cuidadores* que instituíram, e continuam instituindo, novas formas de ação e controle.



No processo de reforma, os *profissionais* foram incorporando ou atualizando as maneiras de programar e orientar a conduta dos indivíduos através de racionalidades políticas (Foucault, 2006c: 319) operadas em instrumentos técnicos como a escrita, as atas de reuniões, as prescrições, os prontuários, relatórios que convertiam esses dados em discurso inteligível, mensurável e administrável. Esses “procedimentos de inscrição” (Rose e Miller, 2012: 44) coletam e transmitem as informações que possibilitam o *cálculo* e a avaliação dos dados — ou seja, são formas de transformar o domínio dos dados em conhecimento singular que dialoga com os discursos político e teórico que habilitam a intervenção, o controle e as práticas de governo. Esse novo saber, que fabrica e justifica as intervenções de *cuidado* e o *manejo* dos *moradores*, indica como as ações terapêuticas podem ser operadas como políticas públicas.

No encontro comemorativo dos 20 anos do SRT, Vanessa Nascimento, médica clínica desse serviço, ao falar de sua prática, salientou:

A tendência é que ela seja uma estratégia e, não, uma receita, que tende a não ter fim e que vai se refazendo a todo tempo. Pode ser que haja outras formas de fazer e que possam dar certo de nos implicarmos com o mundo, com o sujeito [usuário] e com as políticas públicas. Porque, afinal de contas, não estamos fazendo isso porque somos bonzinhos. É porque estamos trabalhando com o SUS, trabalhamos com a população e temos um compromisso social com aquilo que fazemos, compromisso humano, respeito com o cidadão, e temos que pensar em uma sociedade melhor. (Nascimento, 2011)

De acordo com o seu relato, o rearranjo móvel das *estratégias* de intervenção possibilita a atualização constante das práticas a fim de torná-las mais eficazes para os *usuários*, e, por vezes, para a otimização das políticas de saúde. Ao afirmar que a prática é uma *estratégia*, não uma receita, ela atesta que a intervenção terapêutica não é uma fórmula fixa. Nesse sentido, a *estratégia* é uma forma de pensar e produzir as práticas, e, portanto, anterior à intervenção. No início da reforma no SSCF, a experiência da ação terapêutica era avaliada e transformada em dados que permitiam *calcular* seus efeitos a partir dos recursos singulares dos *usuários*. Descrever as *estratégias* como uma técnica elaborada a partir de um saber acerca da individualidade dos *usuários* me possibilitou analisar e compreender como os *profissionais* monitoram e conduzem, nas moradias assistidas, a vida, as forças e o corpo daqueles.

Na sua afirmação sobre a implicação de sua prática com as políticas públicas de saúde, Vanessa explicou: “não estamos fazendo isso porque somos bonzinhos”. Com isso, declara que o seu trabalho tem um objetivo, um compromisso e a responsabilidade (vide supra 2.4) de

colaborar com o aperfeiçoamento das políticas de saúde. Observa-se como as ações dos *profissionais*, legitimadas por um saber local, conectam-se com as aspirações de diversos agentes que pensam e formulam as políticas de saúde do SUS. Em outras palavras, sua *expertise*, fundamentada em um saber experimental local, está articulada aos discursos técnico, ético e político do programa ministerial da Reforma Psiquiátrica.

No próximo tópico, tendo por base os discursos que evidenciavam a emergência de um *cuidado* e da gestão dos *usuários* nas moradias, descrevo a agência das práticas fabricadas a partir dos PTIs. Segundo Rose (1988: 31), para fazer a gestão de pessoas é preciso incorporar a sua capacidade subjetiva na direção dos objetivos e aspirações dos poderes públicos. No meu campo de pesquisa, aqueles que governam elaboram as suas ações considerando os aspectos da subjetividade dos *usuários*, que são codificados e inscritos como dados quantificáveis, de que é exemplo o formulário de faturamento da Apac. Por sua vez, a política de saúde mental mobiliza uma maquinaria burocrática que promove iniciativas autônomas, porém reguladas, da conduta dos *profissionais* e da capacidade de os *usuários* viverem na comunidade. A gestão da capacidade subjetiva como um objetivo da instituição promove a articulação da vida privada dos *usuários* com as preocupações públicas dos administradores municipais.

A partir da formulação de Foucault (2006d: 338) sobre os “regimes de práticas”, pude explorar como as intervenções terapêuticas apresentam o planejamento das condutas, que resulta na prescrição (o que se deve fazer) e em seus efeitos de codificação/veridicidade (o que se deve saber). Examino, neste capítulo, o contexto das novas práticas de *cuidado* e os rearranjos institucionais que foram um efeito das problematizações dos *profissionais* em seus campos de *atuação* técnico e político — problematizações realizadas não apenas no sentido explorado por Foucault (2006d: 349), de assumir uma atitude crítica como instrumento de luta e resistência, mas também no sentido examinado por Rose e Miller (2012: 25), da problematização como uma forma de governo, visto que esse processo racionaliza, torna visível, quantifica o *cuidado* e o seu financiamento.

### 3.1 O Projeto Terapêutico Individual (PTI)

Para os *profissionais* que trabalhavam no SSCF na década de 1990, a reforma institucional tinha por finalidade a desospitalização dos *internos* que moravam no hospital, o que aconteceria por meio do processo de *reabilitação* (vide infra 3.3). Para esse fim, a assistência modificou-se, o hospital deixou de ser espaço de habitação para tornar-se de experimentação e aprendizado. O hospital psiquiátrico, antes da Reforma Psiquiátrica, era a única alternativa de abrigo para pessoas com transtornos mentais que não tinham condições econômicas, as quais permaneciam, até a morte, confinadas. Essa função era similar ao objetivo do hospital geral, que até o século XVII prestava assistência aos pobres, sendo um espaço de internamento, de espera da morte, e, não, uma instituição médica (Foucault, 2004a: 101). Essa função se modificou no início do século XVIII, não em razão de ações sobre o doente, mas porque as práticas hospitalares procuraram impedir a transmissão dos efeitos nocivos das doenças e se tornaram um lugar de experimentação, de exame, de disciplinarização, de transformação do saber e da prática médicos (2004a: 107). Se o hospital psiquiátrico tinha a mesma função de assistência e de espaço de morte, o que há de diferente na experimentação do processo de *reabilitação* dos *internos* no SSCF?

Neste, além da mudança da finalidade do hospital, pois deixou de ser lugar de abrigo permanente para ser um “espaço protegido” de tratar e acompanhar os *usuários* no período de *crise*, o processo de desospitalização dos *internos* provocou uma diferença de aprendizado, uma vez que os *profissionais* precisaram desenvolver a habilidade de lidar com as dificuldades que aqueles tinham em cuidar de si e de sua casa — observa-se que o foco do aprendizado não estava na observação das manifestações dos sintomas psiquiátricos, mas na ideia de ensiná-los e orientá-los para que pudessem viver nas moradias assistidas. Em decorrência dessa nova forma de experimentação e direcionamento da vida dos *internos*, os *profissionais* repensaram as suas práticas, que tinham como *meta* a transferência deles para as moradias, e avaliaram os seus efeitos. Esse rearranjo nas intervenções terapêuticas foi organizado de forma individual. Para que os *profissionais* não perdessem as informações sobre a singularidade de cada *interno*, para que houvesse o monitoramento e a avaliação das intervenções que visavam à sua *reabilitação*, foi criado o PTI (as figuras 5a e 5b mostram um PTI da Unidade de Reabilitação dos Moradores, de 1998<sup>86</sup>).

---

<sup>86</sup> No documento, suprimi os dados que poderiam identificar o *usuário* e os *profissionais* responsáveis pelo seu preenchimento.



## SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA

Órgão de Utilidade Pública: Federal Nº 48991/60, Estadual 561/61 e Municipal 3936/70  
Registrado no Serviço Social do Estado de São Paulo sob o Nº 561/61  
Avenida Conselheiro Antônio Prado, 430 - Fone: PABX 258-1707  
Cep 13.130-010 - Sousas - Campinas - SP

### UNIDADE DE REABILITAÇÃO DE MORADORES

#### PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL

Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
No. do prontuário: \_\_\_\_\_ Data deste projeto: 15-06-98  
Profissionais responsáveis por este projeto (referências): \_\_\_\_\_

#### I- Atividades em que o paciente participa atualmente (grupos, oficinas, atendimento individual etc.):

1. OFICINA DE PARAFUSO MEIO TURNO SEGUNDA À SEXTA
2. ESCOLA FUMEC TURNO MANHÃ SEGUNDA À SEXTA
3. AUXÍLIA INFORMALMENTE O PESSOAL HIGIENE E LIMPEZA.
4. ATENDIMENTO INDIVIDUAL
5. GRUPO DE CAMINHADA
6. \_\_\_\_\_

#### II- Objetivos a serem atingidos:

##### ♦ A curto prazo (até 6 meses)

- 01- TRABALHO REMUNERADO - AUXILIAR HIGIENE OU NOT
- 02- MAIOR RESPONSABILIDADE AT. DOMÉSTICAS
- 03- MANUTENÇÃO SEU RECURSO FINANCEIRO.
04. AT. PSICOTERAPICO
05. GINÁSTICA HARMÔNICA

##### ♦ A médio prazo (de 6 a 12 meses)

- 01- ALTA PARA MORADIA EXTRAHOSPITALAR - REPÚBLICA (H.D)
- 02- VISITAS 15/15 DIAS COM O FILHO SEM UM PROS-  
SIGNAL DE SAÚDE.

Figura 5a: Primeira página de um Projeto Terapêutico Individual (PTI).

♦ A longo prazo (mais de 12 meses)

01- ALTA p/ TRATAMENTO HD OU NOT

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

III- Estratégias a serem utilizadas para os próximos 6 meses:

01- AVALIAÇÃO DA SUPERVISORA

02- LICENÇAS PERIÓDICAS p/ PENSÃO PROTÉGIDA  
E ATIVIDADES PONCTUAIS EM A.T.

03- CONVÊNIO SOBRE: COMPRA ARMÁRIO, PRÓPRIO  
POU EX.

04- ESCOLHER TERAPÊUTA

05- VAGA p/ \_\_\_\_\_

IV- Outras informações:

1. Moradia futura: ( ) asilo psiquiátrico ( ) asilo geriátrico ( ) moradia extra-hospital. totalmente assistida (x) moradia extra-hospital. parcialmente assistida ( ) pensão comum ( ) com familiares ( ) outras \_\_\_\_\_
2. Visitas dos familiares: (x) sim ( ) não Qual a frequência das visitas dos familiares ao paciente no hospital? \_\_\_\_\_ MENSAL
3. Licenças: (x) sim ( ) não Qual a frequência das visitas do paciente à casa de seus familiares? \_\_\_\_\_ MENSAL
4. Documentos (x) sim ( ) não
5. Benefício de ação contínua: (x) sim ( ) não

IV - Observações: BENEFÍCIO ESTÁ DEPOSITADO EM POUQUANCA  
p/ USO FAMÍLIA FILHO.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Figura 5b:** Segunda página de um Projeto Terapêutico Individual (PTI).

O PTI é um documento preenchido pelo *profissional de referência* (vide infra 3.2) responsável pelo acompanhamento do *usuário*. Inicialmente são descritas as informações pessoais (nome, data de nascimento, início do tratamento, nome dos pais, endereço, número do RG, telefone, situação profissional e escolaridade), as institucionais, que localizam o *usuário* na organização burocrática do serviço (número do prontuário, *equipe de referência*, benefício), e as de sua avaliação psiquiátrica (diagnóstico e CID), que o inscrevem em sua racionalidade singular, em um perfil, em seu modo peculiar, em sua idiosincrasia. No formulário há espaço para um pequeno texto sobre a sua história de vida e histórico institucional. Além disso, o *profissional* lista quais são as propostas terapêuticas organizadas por dias da semana.

As propostas terapêuticas são formuladas a partir de um saber composto por informações sobre o *usuário* adquiridas na convivência diária e na relação de *vínculo* — a partir dessa relação de proximidade e de afinidade, os *profissionais* formulam as intervenções de *cuidado*, que têm como alvo as necessidades singulares daquele (Furtado, 2001a). O PTI começou a ser operado no SSCF em 1997, com o intuito de sistematizar o funcionamento da *equipe*. Somente em 2007 o Ministério da Saúde publicou uma cartilha de orientação sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para ser distribuída nas instituições de saúde do SUS, após a sua experimentação e avaliação no campo da atenção à saúde mental (Brasil, 2007: 40). A cartilha orientou as práticas locais e apresentou os parâmetros para a elaboração dessa nova forma de assistência individual. O Ministério da Saúde optou por utilizar o termo “singular”, em vez de “individual”, para frisar a diferença como o elemento articulador das ações (diferente do diagnóstico, que enquadra em categorias), e define o PTS como o “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. [...] No fundo é uma variação da discussão de ‘caso clínico’” (2007: 40; ênfases do original). O PTS discutido em equipe tem por função “entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde” e para a “definição de propostas de ação” (2007: 40).

No processo de reforma do SSCF, o PTI substituiu o modelo de trabalho investido nas alas do hospital psiquiátrico, organizado por horários disciplinados e por uma rotina coletiva de banhos, de alimentação e de medicalização. Um exemplo etnográfico explicita a forma de funcionamento do hospital: na minha pesquisa de mestrado, uma das minhas interlocutoras, enfermeira com formação em psicanálise, contou-me que na década de 1990, logo após ser contratada para trabalhar na Unidade de Reabilitação dos Moradores, observou a prescrição de uma medicação anticonceptiva injetável para todas as *internas*, ou seja, havia uma medida disciplinar de medicalização coletiva para elas. Sentindo-se desconfortável com essa prática, ela investigou a necessidade da medicação para cada *interna*, e descobriu que algumas não precisavam — em um dos casos, por exemplo, a mulher era hysterectomizada. Essa remodelação da assistência coletiva para as intervenções individuais possibilitou aos *profissionais* analisarem de forma minuciosa a efetividade das ações terapêuticas.

A criação de um mecanismo que funciona a partir de práticas individualizadas tem, como efeito, ao mesmo tempo, uma medida ou uma racionalidade (no exemplo anterior, quantas mulheres realmente necessitavam da medicação contraceptiva) e um diagnóstico

(algumas mulheres seriam medicadas). Esse mecanismo produz uma linguagem que explicita as especificidades dos *usuários*, que são codificadas, *calculadas* e monitoradas. Ao apreender as singularidades, os *profissionais* acionam um sistema de regulação (linguagem, código, *cálculo* e controle) que faz, dos *usuários*, cognoscíveis a partir dos elementos que podem ser comparáveis como similares ou diferentes, explorando suas potencialidades e variabilidades, que antes não eram percebidas. Nesse processo de singularização, eles foram capturados por um regime de saber psi que possibilita o *cálculo* das subjetividades, dos desejos e das necessidades clínicas ou biológicas. Rose (2011: 145) analisa como o cálculo torna inteligível a subjetividade em uma linguagem de governo que promove a sua gestão racional. Nesse sentido, os *profissionais* administram os desejos dos *usuários* por meio da sua sistematização no PTI.

Na década de 1990, as alas do SSCF tinham, em média, 35 a quarenta *internos* cada uma (ao todo, eram 140), os quais eram atendidos por uma *equipe* constituída por um psiquiatra, um *profissional técnico* (psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social ou fisioterapeuta) e auxiliares e/ou atendentes de enfermagem, que operacionalizavam o projeto de *reabilitação* daqueles. Segundo meus interlocutores, o modelo da ala hospitalar atendia, frequentemente, os *pacientes* que apresentavam intercorrências, que demandavam (ou se queixavam mais) ou solicitavam o atendimento, ao passo que a maioria dos *usuários* recebia o atendimento de forma espaçada. Na sua avaliação, suas ações terapêuticas eram direcionadas para aqueles que apresentavam algum potencial de *reabilitação*, enquanto os outros tornavam-se *crônicos* (*pacientes* que apresentam, em decorrência de um problema psíquico e/ou por causa da institucionalização, restrições em sua vida).

Venâncio (1993: 125) salienta que, desde Kraepelin (início do século XX), o saber psiquiátrico não apresenta uma posição unívoca sobre a cronicidade. Para alguns especialistas, esta é inerente à doença mental; para outros (caso dos adeptos da nova psiquiatria), é efeito das práticas de isolamento asilar e do uso de altas dosagens de medicamento. Da mesma forma, os *profissionais* do SSCF acreditam que a *cronificação* era resultado da rotina hospitalar e dos longos períodos de internação em instituições de confinamento. O hospital psiquiátrico produzia, entre outras coisas, o fim das relações familiares, de amizade e de troca econômica, a submissão às altas doses de medicação, o confinamento em um espaço fechado sem atividades, relações repressivas e a ruptura de vínculos e da possibilidade de vida fora da instituição. Cabe ressaltar que as práticas que tinham por efeito a cronicidade foram

intensamente criticadas por movimentos como o da antipsiquiatria (Cooper, 1973; Szasz, 1978, 1979) e o da luta antimanicomial. O primeiro criticava o funcionamento institucional (1930-1940), evidenciando tanto a violência do exercício do poder médico como o desconhecimento, que atordoavam a verdade do discurso médico (Foucault, 2006e: 49); o segundo posicionava-se contra o isolamento dos cidadãos portadores de sofrimento mental, e tinha como objetivo principal substituir os hospitais psiquiátricos por serviços que promovessem a autonomia, a descronificação e a desinstitucionalização — para isso, articulava usuários, familiares e profissionais para manter o direito daqueles de serem tratados em liberdade.

Considerando o estado de *cronificação* dos *usuários* um efeito do tempo de hospitalização e das longas internações psiquiátricas, que se tornaram permanentes mas que poderiam ser esporádicas, meus interlocutores afirmavam que a internação deve ser indicada nos momentos de *crise* do *usuário*. Uma *estratégia* institucional para evitar as internações permanentes foi a ampliação do número de *profissionais*, o que produziu outro tempo para o *cuidado*. Diferente do tempo da sessão da psicanálise ou da consulta médica, o tempo do *cuidado* é contínuo e estabelecido segundo o *cálculo* da necessidade do *usuário*, que pode aumentar ou diminuir a intensidade daquele nas moradias, e um exemplo é o aumento da frequência das visitas domiciliares (vide infra 4.6). Segundo a psicóloga Gal Soares De Sordi (2011), a experiência de reforma institucional do SSCF pode ser sistematizada em três *momentos de ruptura*: o primeiro, entre 1990-1991; o segundo, em 1997; e o terceiro, entre 1999-2000. Com assinatura do convênio inicial, em 1990, o SSCF tornou-se uma entidade pública e começou a receber financiamento do SUS. Com ele, pôde contratar recursos humanos: não só médicos, enfermeiros e assistentes sociais, mas também terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos e artistas plásticos, que, influenciados pela Reforma Psiquiátrica, modificaram o modelo de funcionamento da sua assistência. Outros efeitos foram os rearranjos institucionais e as modificações nas práticas, que ocasionaram o fim da separação dos *pacientes* por gênero e dos procedimentos de contenção (cela forte, camisa de força, excesso nas prescrições medicamentosas). Além disso, já em 1991, o SSCF pôde investir na criação de novos serviços de saúde (o hospital-dia, a Cooperativa de Trabalho, a Unidade de Internação e a primeira moradia assistida).

O processo de *reabilitação* dos *internos* foi mais intenso a partir do segundo momento de ruptura, que ocorreu em 1997: começou a ser usado o PTI, a ala Arco-Íris foi fechada e



foram criadas mais duas moradias assistidas. O terceiro momento, entre 1999-2000, refere-se a acontecimentos como a criação do Núcleo Clínico e o projeto de expansão do número de moradias assistidas, que permitiram a inauguração de quinze residências terapêuticas (assunto detalhado no próximo tópico), a desativação da ala Paraíso e a criação do primeiro CAPS (Estação). No debate ocorrido em 9 de novembro de 2011, após as apresentações na mesa “Conversando com a história: ano 1991 a 2001”, no evento comemorativo dos 20 anos do SRT, Rosana Romanelli (terapeuta ocupacional, gerente do CAPS III Toninho) deu um exemplo sobre a forma de trabalho no SSCF na passagem do modelo de ala para o de *referência* individual:

A equipe trazia muito presente uma harmonia, uma sintonia entre as pessoas e um prazer muito grande em trabalhar. Todo esse modelo que desenvolvemos a partir do modelo de referência e do PTI foi construído por essa experiência. Tínhamos a supervisão clínica — o Gastão, na época — e foi aí que nasceu esse projeto experimentando o que era o cuidado, como deveria ser o cuidado nessa época pra dar conta de 140 vidas. Nós tentamos o trabalho coletivo nas alas e não vingou. Foi a partir de uma oficina, que o Juarez conduziu, que nós optamos em dividir os 140 usuários para dez profissionais da equipe. [...] Resolvemos escolher sete [usuários] por afinidade e sete pelo desconhecimento, pelo silêncio. E foi assim que a gente se constituiu inicialmente como referência desses usuários. E a partir daí a escuta, o levantamento da história, os prontuários, os contatos, a Ruth [secretária], as famílias. [...] Os profissionais desse projeto viveram um tanto do sofrimento das pessoas e conseguiram trabalhar na lógica da empatia com o desejo do outro. Os profissionais de referência constroem vínculos e conseguem tomar esse desejo como o protagonista ou disparador do processo terapêutico. (Romanelli, 2011)

O relato destaca a forma como a *equipe* se organizou para assistir individualmente os *usuários*. A relação de *vínculo* foi considerada como acesso à subjetividade deles, e os seus desejos, a mola propulsora para pensar as ações terapêuticas. Esse deslocamento do foco da intervenção terapêutica — de uma agência coletiva sobre um grupo de *pacientes* na ala psiquiátrica para uma agência particular, individual ou singular, que deveria ser elaborada para cada sujeito — produziu outras formas de ação dos *profissionais* e outras práticas, já que o objetivo visado não era o de antes, ou seja, o confinamento e/ou a cura da doença, mas a reinserção social e a *reabilitação*. Rosana apresentou algumas práticas burocráticas (“o levantamento da história, os prontuários, os contatos, a Ruth [secretária], as famílias”) que compunham as ações terapêuticas. As práticas burocráticas, os registros e as informações sobre os *internos* eram fontes de investigação dos *profissionais* para encontrar a família daqueles — e alguns voltaram a viver com ela. Descrevo a atualização dos procedimentos de registro burocrático e sua incorporação nas práticas atuais de *cuidados* nas moradias ao longo

dos próximos capítulos. No próximo tópico, apresento as práticas de *cuidado* e algumas atribuições do *profissional de referência*. Faço isso a partir da descrição do caso específico de Valentina como estratégia de referência empírica para explorar os relatos técnicos dos *profissionais* que justificam as intervenções, a forma de organização das relações em *equipe* e a avaliação da efetividade da assistência nas moradias.

### 3.2 O profissional de referência

Para efetivar o funcionamento do PTI foi criado o *técnico de referência*, responsável por conduzir o *cuidado* do *paciente*. Meus interlocutores afirmavam que, ao assumir a *responsabilidade* pelo *usuário*, o *referência* compromete-se a acompanhá-lo, mesmo que, por vezes, a distância, mas com informações atualizadas, pois outros *profissionais* observam e compartilham em *equipe* (por exemplo, se o *usuário* está participando do grupo de música, se está tomando a medicação, se recebeu o resultado de um exame ou se vai participar de uma excursão para a praia). Com a divisão dos projetos, cada *profissional* ficou responsável por acompanhar, em média, quatorze *pacientes*. A elaboração do PTI era feita com os *pacientes* e contava, às vezes, com a colaboração dos familiares, e assim eram necessários o contato com estes últimos e a produção de uma relação de comprometimento. O PTI era discutido em *equipe* e seu maior objetivo era viabilizar o processo de *reabilitação*. Para isso, o *referência* tinha como *meta* planejar e avaliar continuamente as intervenções terapêuticas.

No prontuário de Valentina está anexado o seu primeiro PTI no SSCF, datado de 30 de março de 1997, no qual constam as atividades elaboradas por ela junto com o seu *profissional de referência* naquele ano. No documento estão descritas as atividades em que ela participava (oficina de horta, assembleia dos *usuários*, grupo de mobilização e grupo de música), o planejamento e o tempo de execução das atividades, e a finalidade das práticas de *cuidado*:

[30/03/1997] A curto prazo (6 meses): ter uma postura mais segura e ativa em situações novas (passeios, compras etc.). Melhorar o cuidado com a própria aparência. Melhorar a postura corporal.

A médio prazo (de 6 a 12 meses): ir para a moradia extra-hospitalar. Sair acompanhada por outra moradora. Estabelecer contato com a família.

A longo prazo (mais de 12 meses): aprender a ler e a escrever. Aprender a manipular o dinheiro.

Nas disposições do seu PTI, as atividades destacam os pontos nos quais incidiam as ações terapêuticas. Ele explicita o propósito dos *cuidados*: a adequação da postura corporal e a melhora da aparência, por exemplo, eram investimentos necessários para que Valentina sentisse confiança para estar ativa em suas novas atividades extra-hospitalares. Segundo o PTI, as intervenções do *técnico de referência* visavam apurar a sua postura corporal a fim de restabelecer a mecânica correta de movimentos, o equilíbrio e para tornar o corpo hábil em uma postura segura; no caso da aparência, ele procurava responsabilizar e orientar Valentina para os *cuidados* com a higiene pessoal, com as roupas, com a arrumação dos cabelos e com as unhas. No PTI também se observam os objetivos *calculados* previamente em conformidade com as *metas* institucionais de desospitalização: “ir para a moradia extra-hospitalar”; “estabelecer contato com a família”. De fato, no SSCF, o PTI, desde o início, é um registro que organiza e direciona as ações dos *profissionais*, as quais são avaliadas e *calculadas estrategicamente* para promover o processo de *reabilitação* e desospitalização, objetivos da sua reforma.

Como já coloquei, Valentina passou dois dias na *pensão protegida* em abril de 1997, o que levou a *equipe* a pensar na possibilidade de transferi-la para esse serviço. O registro em seu prontuário afirma a assertividade dessa iniciativa e, continuando, esclarece: “estamos definindo estratégias para abordar o receio de Valentina em não se adaptar novamente ao ambiente externo”. Em meados de outubro, ela mudou-se para a Casa do Moinho, junto com os *usuários* do *lar abrigado* e mais duas *pacientes*. As intervenções terapêuticas, inicialmente, tinham como *metas* ensiná-la a andar de ônibus, fazer compras e cozinhar (como escrito em seu PTI, “perder o medo do fogão”), orientá-la a fazer exercícios, ajudá-la a encontrar sua família e a tirar documentos. As intervenções terapêuticas são atualizadas de forma constante, conforme a resposta do *usuário*. O *profissional de referência* *calcula* a eficácia das intervenções em conversas com aquele na prática da *escuta terapêutica* e pela observação dos efeitos das ações em seu cotidiano. Segundo explicaram os meus interlocutores, para conseguir observar esses efeitos é necessário estar próximo ao *usuário*. A atualização das informações mais relevantes (avaliação de uma intervenção de *cuidado*, necessidade de uma avaliação médica, informação acerca de uma viagem para visitar a família) sobre Valentina era realizada semanalmente, na reunião de *equipe*. Isso poderia provocar uma atualização em seu PTI, modificando, assim, as estratégias e *metas* do *cuidado*, mas aquele era oficialmente renovado em uma reunião anual, na qual os *profissionais* avaliavam as mudanças, as ações eficazes, planejavam as novas *metas* e registravam em um novo documento. A avaliação do

seu antigo PTI, um ano depois, atestou que ela aprendeu a andar por Sousas, fez caminhadas como exercício e foi contratada para trabalhar na rouparia do SSCF.

Conforme o relato da terapeuta ocupacional Sandrina Indiane, o *profissional de referência* deve elaborar formas para o *usuário* estabelecer relações com a comunidade:

Escolhi a experiência de uma moradora que lutou muito para conseguir a documentação e o dinheiro. No acompanhamento do seu primeiro crediário, houve um impasse na loja porque ela não tinha comprovante de endereço. No início as contas vinham no nome da instituição, e foi difícil convencer a vendedora a abrir um crediário no nome dela. A vendedora queria abrir no meu nome. Nessa época, como era muito próximo o vínculo, eles acabavam falando que moravam comigo. Eu tinha que insistir para as pessoas nas situações simples: quando um vizinho me perguntava o nome da paciente, eu pedia para eles perguntarem diretamente para o usuário. Eu tinha que fazer esse elo. Aliás, quando eu fui contratada, eu recebi uma lista de afazeres, entre eles existia um: manter o elo entre os moradores e a comunidade local. Nós, enquanto profissionais, se não possibilitarmos esta escolha para o paciente, se não estivermos atentos, muito atentos, o projeto só muda de lugar. Sai de um lugar e coloca em outro. Quando a gente possibilita que eles se apropriem, eles têm esse reconhecimento de pertencimento ao mundo. (Indiane, 2011)

Refazer a documentação e conquistar o benefício não foram suficientes para o *usuário* estabelecer relação com a comunidade por meio do consumo, foi necessária a intervenção do *profissional* para estabelecer o *elo* ou a relação de “pertencimento ao mundo” para quem passou parte de sua vida em confinamento. As trocas com o comércio local era uma forma de se relacionar com as pessoas que trabalhavam nos estabelecimentos de Sousas. Antes da troca monetária, era necessário que o *usuário* aprendesse a conversar com o vendedor, a analisar a necessidade de um produto, a fazer o pedido, que tivesse documentos, conseguisse abrir um crediário (voltarei a esse assunto no tópico 5.7). A *possibilidade de escolha* e de “pertencimento ao mundo”, mesmo que mediada por uma relação institucional, é o que diferencia as moradias do SSCF das relações de passividade e inércia do hospital psiquiátrico. Meus interlocutores afirmavam que acompanhar os *pacientes* não é o mesmo que fazer por eles, é ajudá-los em suas novas escolhas e ações. Trata-se, aqui, de uma outra posição do *profissional de referência* no interior de suas práticas.

Como já mencionei, durante a pesquisa de campo participei de um curso de capacitação oferecido aos *profissionais* do SRT. Nele, em uma aula que deu sobre PTI e *manejo* (1º de setembro de 2011) junto com Ruth Cerejo, psicóloga e psicanalista do SRT, Gal Soares De Sordi disse que o *profissional de referência* deve se responsabilizar pelo *cuidado* das pessoas (*usuários*), e colocou a questão: “*Quem é essa pessoa que eu me*

*responsabilizo?”*. Para respondê-la, afirmou, é preciso estar com o paciente no momento da problematização, que é o momento da criação do *vínculo*. Também disse que a “*vida é circulação*”, que circular em outros lugares revela informações importantes sobre o *paciente*, que “*é bom ter uma meta, mas a vida revela outras coisas, que às vezes não é com a gente, mas pode ser com a professora do centro de convivência ou com a cabeleireira do bairro*” — e citou o exemplo de uma *usuária* que revelou o seu verdadeiro nome na escola, e isso permitiu que a equipe encontrasse sua família, o que a levou de volta para sua casa. Também colocou que a problematização conduz ao seguinte questionamento: “*Que perguntas eu tenho que fazer para conhecer a pessoa que está diante de mim?*”.

Conforme Gal De Sordi, o *profissional de referência* é o responsável pelo *cuidado* e precisa conhecer a pessoa que é o foco de sua intervenção. Para que o mecanismo do *cuidado* funcione, o *profissional* estabelece uma relação pessoal e contínua com o *usuário*, para detectar o momento em que emergem os conflitos ou as dificuldades em suas relações com o mundo. Nessa experiência de circulação, o *profissional* observa e *escuta* as informações que são reveladas e que lhe permitem *calcular* se a intervenção terapêutica é eficiente, ou seja, se a resposta à ação terapêutica aproxima-se ou distancia-se da *meta* combinada com o *usuário* e registrada em seu PTI. Segundo essa lógica, toda informação revelada pelo *usuário*, considerado ativo e participativo, torna-se um dado que será registrado. Os *profissionais* utilizam essas informações para avaliar as ações terapêuticas, a sua forma de *atuar* e o funcionamento do serviço, tendo em vista os parâmetros dos objetivos institucionais de “qualidade de vida”, “qualidade na assistência”, um *cuidado* domiciliar que evite *sofrimentos*, *crises* e longas internações hospitalares (que produzem *cronificação* e perda de autonomia). Segundo os *profissionais*, ao expor as suas escolhas, os seus desejos e a sua subjetividade, o *usuário*, por um lado, é liberado da relação de sujeição que acontecia no hospital psiquiátrico, e, por outro, torna-se um sujeito participativo na elaboração do seu *cuidado*. Descrevo, a seguir, como essa relação de participação do *usuário* é operada na prática do *ajuste* da medicação.

### 3.2.1 Medicação

Em minha pesquisa de mestrado, analisei a prática do *manejo* no CAPS Esperança, uma prática de *cuidado* elaborada a partir da técnica da *escuta terapêutica* e da administração da medicação<sup>87</sup>. Esse CAPS é um serviço que acompanha o PTI dos *usuários* intensivos (que vão à instituição mais de vinte dias por mês), dos semi-intensivos e dos não intensivos. Nos dois últimos casos, a assistência ambulatorial do CAPS tem por finalidade o *cuidado*, o controle da *crise* e dos sintomas psiquiátricos. Os *usuários* das moradias, em sua maioria, são encaminhados para lá, para consultar o psiquiatra, quando a *equipe* constata e avalia sinais de uma possível *crise*. Nas reuniões da *equipe das moradias* são raras a participação do médico clínico e discussões acerca da medicação. Isso em comparação com as reuniões do CAPS, em que a situação de *crise* iminente é o foco das discussões e o *ajuste* da medicação é algo recorrente e urgente. Nelas, as medicações emergem como assunto em discussões acerca da organização dos *profissionais* para ministrá-las, ou para explicar como o *usuário* deve tomá-las, como é a sua distribuição nas residências e como é a entrega das receitas controladas para a farmácia. Apesar das diferenças entre os serviços, todos os *usuários* das moradias tomam medicação. Os *profissionais* do SSCF diziam que sem ela não existe a possibilidade de desospitalização e de *reabilitação* dos *internos*. O *profissional de referência*, ao escutar as queixas dos *usuários* relacionadas aos sintomas psiquiátricos ou à ação da medicação, informa o médico, que é a autoridade responsável pela prescrição.

Em 1997, Valentina consumia três tipos de medicação: carbamazepina (de nome comercial tegretol), de efeito anticonvulsivante, antimania, antidiurético, antipsicótico, antiepiléptico e antinevrálgico (age sobre a nevralgia, que é uma dor em um ou mais nervos); haloperidol (de nome comercial haldol), um antipsicótico; e levomepromazina (de nome comercial neosine), também antipsicótico. Segundo os meus interlocutores, as medicações fazem parte da relação de *cuidado*, e sua crítica está na hipermedicalização que acontecia, antes da reforma, no hospital psiquiátrico. Eles não falavam da quantidade da medicação, mas dos efeitos da ação da medicação antipsicótica nos neurotransmissores de dopamina (que controlam os movimentos, o humor, as emoções, o sono, o aprendizado e a memória), que produz sonolência, salivação excessiva e entorpecimento, e impede o *interno* de se comunicar, estabelecer relações e sentir motivação pela vida.

---

<sup>87</sup> Para análises antropológicas sobre medicamentos, ver Pignarre (1999), Azize (2006, 2008), Biehl (2007), Biehl e Moran-Thomas (2009), Castro (2012), Fleischer (2012), Manica (2012) e Marras (2012).

Outro exemplo etnográfico da minha pesquisa de campo de mestrado esclarece essa relação entre a quantidade de medicação e seus efeitos: uma enfermeira me falou que, em alguns casos, os *usuários* são mais medicados no CAPS do que no hospital, porque o contato com a realidade social e as novas relações que travam causam o aparecimento de outros sintomas como, por exemplo, os de angústia e os de *sofrimento*, que, somados aos psiquiátricos, elevam a quantidade de remédios prescritos. Porém, nesse caso, mesmo consumindo-os em maior quantidade, a crítica da hipermedicalização era menor em relação ao CAPS, tendo em vista que ela seria efeito do aumento da dosagem da medicação para conter e/ou amenizar os sintomas de *crise*, o que significa que é aceitável e justificada nesse período, que implica em um risco (vide infra 4.2) *calculado* pelo *profissional de referência* e pela *equipe*. Passado o período de *crise*, a medicação é reavaliada e *reajustada*, para causar menos efeitos colaterais.

O que os *profissionais* esperam da medicação é a diminuição dos sintomas psiquiátricos, porque sabem que ela provoca efeitos colaterais. Além disso, considerando-se a quantidade da medicação e as diferentes interações das substâncias, há grande chance de seus efeitos serem perversos para o corpo. Cabe lembrar que determinadas medicações inibem outras, e algumas já são prescritas junto com o remédio que reduz ou anula o seu efeito colateral. Esse jogo de interação é o que meus interlocutores chamam de *ajuste* da medicação, que é composto pela interação entre os sintomas psicóticos, os efeitos colaterais psiquiátricos e clínicos, as diferentes substâncias, as diversas absorções, as interações no corpo, a prática da *escuta terapêutica* para acompanhar os efeitos da medicação, a vigilância atenta dos *profissionais* quando ela é trocada, o controle burocrático de acesso àquela que é controlada, os *cálculos* que verificam a quantidade adequada.

No *ajuste* da medicação, o *profissional de referência* tem papel importante: observa o estado geral do *usuário*, escuta as suas queixas, acompanha e avalia se a interação medicamentosa está fazendo efeito; apresenta as informações sobre o seu quadro geral para a *equipe* e para o psiquiatra; organiza o trabalho em *equipe* e informa o médico sobre a necessidade ou não de mudar a prescrição. Vê-se que a relação de controle e avaliação da interação do medicamento não é, mais, realizada apenas pelo psiquiatra, mas também pela *equipe* de *profissionais*, e isso fica claro na afirmação de Bianca Bedin — psicóloga e psicanalista do CAPS Esperança na época do meu mestrado e hoje gerente do Centro de

Convivência Espaço das Vilas — em sua análise sobre as práticas de grupo oferecidas aos *usuários* nos CAPS em Campinas:

O dispositivo *grupo de tratamento* aproximou toda a equipe ao núcleo da psiquiatria. A equipe de referência, e agora não apenas o médico, tem conhecimento da medicação dos pacientes, do que eles usam, do que eles sentem de efeito colateral, das dificuldades de aderir, das dificuldades de tomar remédio todo dia. Isso tudo tem ajudado a tirar a prática médico-centrada, em ato, para a equipe e para os pacientes. Entendemos que tal dispositivo é um facilitador para que a transferência se dê pela equipe de referência. (Bedin, 2009: 41; ênfases do original)

Com a avaliação dos *profissionais*, as medicações começaram a ser constantemente revistas e *ajustadas*, com o intuito de proporcionar o melhor efeito da droga sem produzir muitos efeitos colaterais. Analisar a relação entre a molécula medicamentosa e o cálculo de sua indicação possibilitou uma nova forma de medida, que, por sua vez, foi possível com a criação da medicação psicotrópica. Segundo Pignarre (2012: 144), ainda que a medicação tenha a sua ação no domínio da subjetividade, seus efeitos não são ilusórios e podem ser medidos. Por certo, o que se mede não é o sofrimento psíquico, mas algo novo, que ele denomina de “corpo mental” (2012: 144), conceito que criou para expressar o que pode ser mensurado nos comportamentos alterados por uma substância química. Segundo o autor, a relação com a substância medicamentosa não desvenda ou soluciona os sofrimentos psíquicos, mas permite outra relação de interação que pode, ou não, amenizá-los. Essa nova forma de prescrição psiquiátrica, que conta com os saberes psicológicos e psicanalíticos, é resultado de uma relação entre a medicação e o mecanismo de medida. Nesse processo, ambos são reinventados e o usuário do medicamento é capaz de participar da elaboração de sua prescrição. Ainda de acordo Pignarre, os conhecimentos produzidos a partir dessa relação com a medicação psicotrópica possibilitaram avanços na forma de mensurar e desvelar a subjetividade.

Assim como Valentina, todos os *usuários* do SRT fazem uso de medicação. Como a prescrição depende do resultado da interação medicamentosa, o *usuário* é monitorado. Primeiro, o *profissional de referência* acompanha a sua ingestão ou verifica se a está tomando corretamente (no horário e na dosagem estipulados). Observa se ele apresenta algum sintoma de excesso de medicação, no caso dos *efeitos indesejáveis*<sup>88</sup>, ou se manifesta sintomas que ela deveria controlar, pois isso indica que a dosagem é insuficiente. É comum a alteração da

---

<sup>88</sup> *Efeitos indesejáveis* é a expressão nativa usada para os efeitos colaterais da medicação.



dosagem, principalmente quando o *usuário* apresenta alguma queixa sobre a medicação ou algum sintoma de *crise*. Com a mudança da prescrição, o *referência* monitora as suas reações e o interpela acerca dos efeitos daquela e da sua eficácia sobre os sintomas. Essas informações são registradas e comunicadas ao médico responsável, que avalia se a prescrição vai permanecer ou se será alterada. Apesar da relação de aliança entre o *profissional de referência* e o médico, este é o único profissional da *equipe* autorizado a prescrever medicamentos. Meus interlocutores afirmavam que essa aliança ou parceria (ou relação de *cogestão*) (vide infra 5.4) possibilita ao médico acessar certas informações que tornam a prescrição mais precisa e eficaz. A prescrição considerada eficaz é medida pela diminuição da quantidade de sintomas, da reincidência de *crises* e da quantidade de recursos gastos com internações. Do mesmo modo que a arquitetura do asilo, no século XIX, deveria proporcionar ao psiquiatra a visão de todo o espaço (Foucault, 2006e: 227), a modalidade de *cuidado* instituída com a reforma no SSCF estabelece uma comunicação que possibilita ao psiquiatra saber o estado do *usuário*, que é observado pelos *profissionais* nas moradias (retomo esse assunto no tópico 4.3).

Os *usuários* são estimulados a participar do processo que resulta no *ajuste* de sua medicação, processo denominado de gestão autônoma da medicação (GAM) ou gestão compartilhada da medicação (Passos *et al.*, 2013). A GAM, segundo Onocko Campos *et al.* (2013: 2890), é uma “estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos”. Esses autores, pesquisadores da saúde coletiva, a consideram uma relação entre usuários e equipe de referência com o objetivo de formular, em conjunto, a prescrição medicamentosa, e formalizaram as suas práticas em um guia, no qual a autonomia do usuário é descrita como a possibilidade de participar de uma relação de cogestão sobre a decisão e a escolha acerca do melhor tratamento (Onocko Campos *et al.*, 2014). Esse juízo de valor sobre o melhor tratamento (a avaliação das ações mais eficazes e menos danosas ao usuário) é o resultado de saberes do usuário, do técnico de referência e dos outros profissionais da equipe de referência. Santos (2014: 34) afirma que a cogestão é uma relação de negociação entre os diferentes atores, o que implica na criação de relações de vínculo, que possibilitam ao usuário aprimorar suas habilidades coletivas. Nesse sentido, este desenvolve uma relação de responsabilidade, e produz subjetividade e autonomia para construir, de forma conjunta, a sua realidade. Dessa forma, a prática da GAM o capacita para a autorreflexão, incentiva o seu protagonismo em produzir uma autoavaliação sobre os efeitos dos medicamentos, investe na produção de uma rede de solidariedade e o informa sobre os seus direitos.

Toniol (2014) observou, em sua pesquisa sobre as terapias complementares no SUS, que a doença manifesta que algo está errado nos “modos individuais de se relacionar com o mundo”, e os medicamentos, por sua vez, “não tratam doenças, mas ajudam sujeitos a tomarem consciência de seu próprio corpo e, sobretudo, daquelas ações que os fazem adoecer” (2014: 11). Essa ideia aproxima-se do discurso dos meus interlocutores sobre a posição ativa e responsável do *usuário* em falar dos seus sintomas e acerca da funcionalidade de seu corpo na interação com as medicações. Mas o que me interessa, aqui, é o mecanismo que o habilita a produzir uma autoavaliação das manifestações de *sofrimento* na interação com a medicação, que não tem por objetivo curar a sua doença, mas fazer com que ele se preocupe em identificar os sintomas, as alterações de seu mal-estar e, diante disso, procurar ajuda. Isso é o mesmo que capacitar o *usuário* para se autocontrolar.

No próximo tópico, analiso o processo de modificação espacial do SSCF e a *atuação do profissional de referência*, que produziu a reorganização da *equipe* em procedimentos que consideram a subjetividade e os desejos dos *usuários* na formulação das práticas de *cuidado* nas moradias.

### **3.3 O processo de *reabilitação dos internos***

Na fala de meus interlocutores sobre a reforma no modelo de assistência psiquiátrica do SSCF, era recorrente o relato mnemônico de alguns acontecimentos institucionais. Exemplo disso foi a apresentação da gerente do Centro de Convivência Casa dos Sonhos, a psicóloga Gal Soares De Sordi, no evento comemorativo dos 20 anos do SRT: em sua opinião, os acontecimentos mais importantes no período 1996-2000 foram o rearranjo das práticas de assistência, o fechamento da ala Arco-Íris, a criação de novas moradias, a transformação do projeto Casa-Escola no Centro de Convivência Casa dos Sonhos e a criação do Centro de Convivência e Arte (atual Espaço das Vilas):

nesse momento de saída, [os profissionais] pensaram muito nas questões da convivência, e foi nesse momento que nós fundamos dois centros de convivência, que são dispositivos que mobilizam a comunidade para o exercício da convivência considerando a singularidade de cada um; sua estratégia era provocar o encontro. Em 1997, fechamos a ala Arco-Íris. O fechamento foi muito coletivo: todos emprestaram seus braços, pernas, cabeças e desejos para torná-la vazia; todos os profissionais desceram para ajudar a

esvaziar aquele lugar. Quando ficou vazio, fizemos uma grande assembleia convidando a comunidade de Sousas para pensar o que seria daquele espaço. Foi o momento em que se colocou na parede **o desejo da instituição. Considerando a instituição inclusive o fora da instituição, o que permeia o seu entorno.** (De Sordi, 2011)

Em seu relato aparece uma mudança na ideia de instituição: a desintegração desta como arquitetura fixa, murada e fechada, o início/surgimento de algo que transborda os seus limites territoriais e considera o que está fora, a comunidade. Essa ideia está em consonância com o processo da reforma institucional que, a partir de 1998, começou a projetar um plano de expansão do número de moradias, que se concretizaria entre 1999 e 2000. O projeto (um dos que caracterizam o terceiro momento de ruptura na reforma no SSCF, como descrito no tópico 3.1) promoveu a desativação da ala Paraíso, a reorganização dos recursos humanos e a realocação dos recursos financeiros para os serviços alternativos à internação.

Em dezembro de 2000, Carol, psicóloga, e Elis, uma aprimoranda<sup>89</sup>, assumiram a *referência* da moradia de Valentina. Carol continuou a procurar sua família, e contatou a assistente social de um hospital psiquiátrico de Assis, que lhe disse que a última internação daquela havia sido em 1972, confirmou a sua filiação e contou que sua mãe também tinha problemas de saúde mental. Carol, então, ligou para a fazenda Aurora, onde Valentina morara, e para a prefeitura de Assis, onde uma assistente social lhe pediu que enviasse um relato da sua história. Juntas, Carol e Valentina o escreveram, e aquela o enviou, com uma foto desta, pelo correio; a história foi lida numa rádio da cidade, mas ninguém entrou em contato. Continuando a busca, Carol ligou novamente para o hospital em que Valentina ficara internada em Assis, para o qual encaminhou, por fax, o relato de sua história de vida.

A expectativa de encontrar sua família era grande. Valentina ficou triste com a mudança na *equipe*. Foi gentil com os novos *profissionais*, mas em dezembro mesmo, desistiu de ir à escola: disse que não gostava de trilhar, sozinha, o caminho para a aula no centro de convivência. Sua antiga *referência* lhe explicou, então, os avanços que tivera com as atividades da escola, o que a fez voltar atrás em sua decisão. Como aquela detinha um saber sobre a sua subjetividade, isso possibilitou que a aconselhasse sobre a melhor forma de agir. Ao orientá-la a fazer alguma coisa considerando as informações acerca dos seus aspectos psicológicos, operava um mecanismo de governo a partir de sua subjetividade. Observa-se, aqui, como o *profissional de referência* é capaz de medir e classificar as subjetividades, é instruído para prever os riscos, detectar os problemas e pensar formas de gerenciar disfunções,

---

<sup>89</sup> Aluna da especialização para psicólogos recém-graduados do Programa de Saúde Coletiva da Unicamp.

distúrbios e impasses nas relações de *cuidado*. A *equipe de profissionais*, que não é formada apenas por psicólogos, mas por terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de moradia (vide infra 4.3), domina um saber acerca da subjetividade dos *usuários*. Os “engenheiros da alma humana”, como diz Rose (1988: 33), expressam uma nova forma de autoridade para agir sobre a subjetividade. Essa capacidade não está restrita àqueles que detêm um saber especializado, mas se dissemina e afeta a todos em seus interesses, crenças e desejos. Novas linguagens, que transformam a forma de produzir, apreender e avaliar a nossa própria subjetividade e a dos outros, segundo o autor, modificam a maneira como nos relacionamos e interagimos com outras pessoas. Reconstruímos a maneira como pensamos e apresentamos os nossos sentimentos, decepções, esperanças, interesses: “Nossas técnicas para administrar nossas emoções têm sido remoldadas. A própria idéia que temos de nós mesmos tem sido revolucionada. Nós nos tornamos seres intensamente subjetivos” (1988: 33).

O período de transição da *equipe de referência* da moradia de Valentina durou um mês. Carol a frequentava junto com a antiga *referência* daquela e permanecia ali por mais de uma hora, realizando atividades de grupo ou praticando a *escuta*, ao mesmo tempo em que se inseria “nas atividades cotidianas da casa e dentro da singularidade e subjetividade de cada morador”. Quanto a Valentina, esta lhe contou “onde nasceu, um pouco de sua história, estava aberta para um início de diálogo, para uma relação” (anotações feitas por Carol em 27/12/2000). Em fevereiro de 2001, Carol registrou que “Valentina está bem, mas diz às vezes ver pessoas mortas. Diz serem pessoas mortas, mas que não a incomodam. Aparentemente essas visões não estão inseridas em alguma temática delirante — não faz construções delirantes a respeito”.

Em maio daquele ano, Carol telefonou para a assistente social de um pronto socorro de Vila Caxias — cidade onde Valentina tinha morado —, que encontrou, num prontuário, o nome de uma pessoa cujo pai, falecido, tinha o mesmo sobrenome daquela: era a sua irmã mais velha, Dora. Ainda em maio, as irmãs conversaram por telefone, e Valentina ficou emocionada ao saber que seus pais tinham falecido e que sua mãe chamara por ela em seu leito de morte — e Dora foi visitá-la. Em junho, Valentina falou sobre a sua vontade de conhecer a família, e em julho, com a liberação da perua da instituição, ela visitou a irmã, em Itaquera (cidade próxima a São Paulo). Conforme consta em seu prontuário,

[10/07/2001] O encontro foi lindo! A maneira com que Valentina foi recebida e as suas reações. As ações e as atitudes reforçam o quanto devemos nos empenhar para acharmos

outras famílias e o quanto esse vínculo é importante. Valentina encontra Dora, sua irmã mais velha (mais ou menos 70 anos), que a recebe e a introduz aos outros familiares, um a um pedindo bênção para Valentina. Ela perguntou de alguns familiares e de seus pais. Dora ia respondendo que Deus tinha levado e que os pais faleceram naquela casa. Valentina sorri. Dora falou que a cabeça de Valentina estava melhor do que a dela, na medida em que se lembrava de pessoas e situações que ela não lembrava mais. Valentina disse: “Se não fosse pelo remédio eu ficava aqui”. A família foi bastante acolhedora, mas a situação do ponto de vista financeiro é bem difícil. Dora é um “centro” de referência da família. Ali moram filhos, noras e netos. Aos domingos a casa fica cheia. Combinamos de Valentina entrar com o pedido do benefício e, enquanto isso, delas se encontrarem. [...] Rever Valentina foi um presente, pois eles achavam que ela tivesse morrido, depois que receberam uma carta de um hospital psiquiátrico [informando que ela falecera]. Dora disse que gostaria de rever um irmão que também sumiu. Contou que Valentina em crise chegava a agredir os pais e que sua mãe pediu para um hospital interná-la para sempre. (ênfases do original)

No caso de Valentina, o processo de *reabilitação* tinha por objetivo reatar os vínculos familiares, para que ela pudesse voltar a viver com a família, como era o seu desejo. Todavia, como afirmavam os *profissionais*, esse processo não se resume a voltar a viver com a família, porque, em muitos casos, restabelecer os laços familiares não é uma ação terapêutica para o *usuário*, uma vez que pode acarretar em mal-estar ou *sofrimento*. Em 5 de dezembro de 2001, Carol ligou para Dora, para falar sobre a ida de Valentina para a sua casa, no Natal: “converso com Dora que fica contente pelo fato, mas comenta a dificuldade financeira — todos estão desempregados e que tem ido catar latinha para vender. Ela é uma senhora idosa. Faz parte, então, para viabilizar o projeto, levarmos uma cesta básica” — e também anotou que Valentina preocupava-se com a irmã e tinha vontade de ajudá-la para amenizar a própria agonia em decorrência dos problemas econômicos pelos quais passava.

Nesse período de intensa modificação institucional, os *profissionais* iniciaram o processo de *reabilitação* dos *pacientes* mais complexos (menos autônomos ou que possuíam, além do diagnóstico psiquiátrico, patologias clínicas, em sua grande maioria idosos e/ou cadeirantes e/ou acamados). Cabe lembrar que, em 2000, a *equipe* da Unidade de Reabilitação dos Moradores transmutou-se em *equipe* do CAPS Estação, e em 2001, o SSCF inaugurou o CAPS Esperança. Segundo um antigo folheto informativo do SSCF, os CAPS são instituições que “atendem pessoas fora do espaço hospitalar, evitando a internação e possibilitando a manutenção do vínculo entre usuários, familiares e comunidade”. O CAPS<sup>90</sup> é uma

---

<sup>90</sup> Sua função era articular a rede de instituições e ser porta de entrada para ao atendimento em saúde mental até a publicação da portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (Ministério da Saúde, 2011a). Com ela, o Ministério da Saúde transferiu para os postos de saúde a função dos CAPS de ser *porta de entrada*, ou seja, de receber a demanda espontânea ou encaminhada de outros serviços; por sua vez, eles realizam o que os

atualização do hospital-dia. Com isso, o CAPS Estação deslocou-se do espaço do SSCF, em Sousas, para um prédio no centro de Campinas, para funcionar na lógica do território.

Viviane Viana, psicóloga que participou do processo de constituição e planejamento das moradias no início de 2000, expôs, em sua apresentação no evento comemorativo do SRT, como a *equipe* do CAPS problematizou sua forma de operar nas discussões clínicas e na elaboração do PTI, considerando o aumento das demandas e procurando evitar que esse novo *dispositivo de saúde* (CAPS) (re)produzisse práticas manicomialis. Segundo ela, o trabalho em *equipe* tornava visível alguns muros que não eram de concreto, mas muros virtuais de controle, que não eram tão evidentes quanto os acionados no hospital:

O risco de reinventar os muros do manicômio e a tutela eram fantasmas constantes, e com isso nós conhecemos juntos os limites entre a ousadia e a prudência, entre a autonomia e a negligência e o abandono, entre o desejo e o controle, entre o cuidado e a tutela, entre a criatividade e o protocolo. Na verdade era um ganho quando a equipe conseguia encontrar saídas e soluções criativas para situações inesperadas. (Viana, 2011)

Com a reorganização espacial das instituições e o aumento de *usuários* nos CAPS Estação e Esperança, os *profissionais* começaram a questionar a efetividade do acompanhamento dos *moradores*. Ao problematizar a assistência às residências, avaliaram as dificuldades de deslocamento dos CAPS até elas. Assim, para evitar a desassistência e o abandono daqueles, criaram outro arranjo institucional e inventaram a *equipe das moradias*, o que abordo no próximo capítulo. A seguir, descrevo o surgimento do SRT.

### **3.4 O Serviço Residencial Terapêutico (SRT)**

A portaria GM/MS nº 106/2000 formalizou o SRT como instituição e disponibilizou o financiamento para equipar as residências. Com isso, o SSCF *montou* doze moradias. Conforme a portaria, estas eram “casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a assistir os portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuíam suporte social e laços familiares” para viabilizar a sua reinserção social (Ministério da Saúde, 2000a). De acordo com André Fonseca

---

*profissionais* denominavam de “*suporte técnico para a rede básica de saúde*”, auxiliando os funcionários dos postos na assistência psiquiátrica (procedimento atualmente denominado de matriciamento).

(2011), diretor do SSCF, o artigo terceiro dessa portaria era ambíguo, e abria uma brecha para a assistência a *pacientes* que não eram egressos de hospitais. Observa-se que os documentos criados para organizar, limitar e fixar os processos de reabilitação para um grupo específico da população promovem espaços de contingência que permitem o acesso dos *usuários* não egressos à assistência nas moradias.

A portaria legitimou a transição dos *usuários* para as moradias assistidas — isso, quase dez anos depois da criação da primeira moradia no SSCF (em 1991). Além disso, operou um deslocamento da política de financiamento, que antes destinava o recurso para a manutenção do regime de confinamento: o recurso iria para o SRT. A portaria atestou que a instituição, ao transferir o interno para o SRT, realocaria o faturamento do leito para o orçamento da União a fim de garantir um novo destino ao recurso. A portaria subsequente, nº 1.220/GM/MS, de 7 de novembro de 2000, normatizou a categoria de cuidador nas residências terapêuticas e estabeleceu o recurso de 23 reais diários para custear a prática de assistência, além de dispor as atribuições do cuidado em: acompanhamento de moradores (até 31 procedimentos no mês) e atividades de reabilitação nas moradias como o “auto-cuidado, atividades da vida diária, frequência a atendimento em serviço ambulatorial, gestão Domiciliar, lazer e trabalhos assistidos, alfabetização na perspectiva de reintegração social” (Ministério da Saúde, 2000b). O cuidador precisa estar conectado a algum serviço (ambulatório ou CAPS).

Apesar da portaria, nesse ano o hospital do SSCF ainda abrigava *internos* na ala Casa Branca, onde permaneceram aqueles “mais dependentes, mais idosos, mais comprometidos clinicamente”, e que eram *cuidados* por uma pequena *equipe* — segundo disse Marcio de Azevedo, um enfermeiro que trabalhou ali, no evento comemorativo dos 20 anos do SRT. Em 2001, a Casa Branca tornou-se o Núcleo Clínico, do qual ele foi gerente, mas a sua *equipe* continuou com a *missão* de cuidar do espaço físico onde esses *pacientes* ficariam até morrer por não terem possibilidade de viver fora do hospital:

nós começamos a comprar quadros, trocamos aqueles bancos de madeira que ficavam no pátio do Núcleo Clínico acreditando que aquilo conferia algum tipo de benefício para as pessoas que moravam confinadas dentro daquele espaço. Nossa missão inicial era cuidar do espaço físico tentando deixar um pouco mais agradável aquele lugar tão sombrio, que era onde que eles viviam. (Azevedo, 2011)

Em 2000, a *equipe* responsável pelo acompanhamento dos *usuários* das moradias era formada por *profissionais* do CAPS Estação. Todos os problemas que os *moradores*

enfrentavam no cotidiano das residências lhes eram direcionados, e, para atendê-los, eles se organizavam por meio de visitas domiciliares. É importante ressaltar que a assistência realizada por profissionais dos CAPS ainda é o modelo de atenção aos usuários que se encontram em moradias assistidas. A psicóloga Viviane Viana contou que a mudança do *cuidado* foi problematizada a partir do aumento da demanda no CAPS, que dificultava o deslocamento dos *profissionais* para realizar as visitas domiciliares:

O CAPS III aprimorava a assistência gerando práticas inovadoras de tratamento e intensificando as relações do território com a loucura. As demandas aumentavam e, felizmente, também a exigência da equipe por uma assistência cada vez mais criativa e fundamentada nas discussões clínicas e nas singularidades dos projetos terapêuticos. Por outro lado, o tempo para as visitas domiciliares e outras atividades extramuros do CAPS ficaram cada vez mais escassas, e utilizar recursos humanos passou a ser tarefa exaustiva para a gente poder pensar no dia a dia da instituição e como poder socorrer tantas demandas. (Viana, 2011)

Com o passar do tempo, segundo Marcio de Azevedo, as demandas por atendimento no CAPS aumentaram. Isso, por sua vez, junto com a distância entre ele e as moradias, resultou em maior dificuldade para realizar a assistência nelas. Essa problematização do serviço teve como efeito a transferência das responsabilidades pelo *cuidado* dos *internos* da ala Primavera para a *equipe* do Núcleo Clínico. Os *pacientes* dessa ala foram desospitalizados em 2001, depois da criação de uma moradia de *alta complexidade* que

se mostrou extremamente eficiente ao que ela se propunha inicialmente, que era melhorar a qualidade de vida de um grupo de pessoas com alto grau de vulnerabilidade (clínica, psíquica e psiquiátrica) em uma moradia com assistência 24 horas. [...] Essa foi uma experiência muito rica para a equipe e trouxe a possibilidade de pensar a nossa forma de trabalho. Mas ela tinha questões práticas muito concretas: era uma moradia extremamente cara. Não conseguimos reproduzir aquele formato. A casa tinha doze cuidadores, quase um para um. (Azevedo, 2011)

A experiência da moradia de *alta complexidade* foi avaliada como efetiva a partir do aumento da “qualidade de vida” dos *usuários*. Em outras palavras, os *profissionais* constataram que habitar uma casa com assistência intensiva de *cuidadores* por 24 horas tinha efeito positivo, uma vez que os *usuários* se sentiam mais confortáveis e apresentavam menos *sofrimentos* participando de atividades prazerosas (escolher um alimento de sua preferência, participar de viagens programadas e de festas de aniversário, visitar um familiar). De acordo Minayo (2013), o conceito de qualidade de vida deve ser formulado em cada sociedade com o intuito de criar políticas sociais para orientar o desenvolvimento humano (definido como a



possibilidade de escolher a partir do seu desejo pessoal), as liberdades individuais, as mudanças no estilo de vida e nas condições sociais referentes à pobreza e à miséria. Conforme o *Relatório de desenvolvimento humano brasileiro 2010*, “qualidade de vida” refere-se à possibilidade de as pessoas de determinada população usufruírem de condições para “uma vida saudável, conhecimento e oportunidades para serem felizes” (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2010: 20). Em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou o seu protocolo de avaliação da qualidade de vida, o qual afirma que esta deve ser mensurada, numa população, a partir de índices que calculam o bem-estar físico e psicológico, a independência, as relações sociais, o meio ambiente e os aspectos religiosos (Organização Mundial da Saúde, 1998). O indicador “qualidade de vida” foi acionado pelos *profissionais* do SSCF para *calcular* o efeito das intervenções de *cuidado* nas moradias. O aprimoramento da “qualidade de vida” era um objetivo a ser alcançado e o seu funcionamento deveria ser gerenciado a fim de diminuir o sofrimento através de técnicas criadas por “especialistas em subjetividade” (Rose, 2011: 210), os quais tinham a função de orientar e agir sobre as pessoas, que eram pensadas e julgadas como *selfs*<sup>91</sup>. Em outras palavras, pensar e agir sobre o *usuário* buscando melhorar a sua “qualidade de vida” e considerando-o como indivíduo autônomo, com direitos e liberdade de escolha, era uma *meta* política, como previsto nos índices do protocolo da OMS. Assim, a forma de avaliar e de governar a vida dos *usuários*, de julgar as intervenções terapêuticas que visam a autonomia e a “qualidade de vida” está conectada a uma linguagem/codificação política.

O projeto de moradia de *alta complexidade* não poderia ser reproduzido, em vista do seu alto custo. De fato, é possível analisar as ações sociais e institucionais como ações *calculadas* economicamente — e esse tipo de reflexão me permitiu compreender como os meus interlocutores mensuram as suas ações a partir dessa relação econômica (de custo/benefício). Com esse *cálculo* eles modificaram o projeto de *reabilitação* dos *internos*: depois de avaliado, o projeto de moradia de *alta complexidade* foi considerado dispendioso para ser adotado como política pública. Mas ainda havia *pacientes* residindo no hospital, e isso fez com que inventassem outras *estratégias* para cumprir a *meta* da desospitalização. Assim, a forma de avaliação do *cálculo* econômico produziu um novo rearranjo das forças institucionais destinadas à reforma.

---

<sup>91</sup> Rose (2011) descreve o *self* como ente subjetivo que deve almejar a autonomia e a realização pessoal, analisar o seu contexto e o seu propósito como uma responsabilidade individual, e procurar o sentido para a sua existência adaptando sua vida por meio de atos de escolha.

A análise do fator econômico foi uma prática que atualizou as relações e as ações políticas que se efetuaram na *estratégia do cálculo*. Mitchell (2002: 5) assinala que avaliar um processo de mudança a partir do fator econômico possibilita destacar como a reorganização dos elementos opera prescrições de parâmetros, de limites, de distinções, de proporções, de controles e de identificação dos agentes (2002: 9). De acordo com Foucault (2006a), a ideia de economia como controle da dinâmica das circulações e de gestão dos recursos por meio do cálculo estatístico das ações sociais e das regulamentações políticas surgiu no fim do século XVIII, e desenvolveu-se após a criação de uma ciência de governo, que fazia uso de análises estatísticas (2006a: 295). A população, como dado quantificável de análise, sujeita a intervenções institucionais e aos procedimentos estrategicamente calculados, tornou-se o foco das técnicas de governo que problematizaram as novas questões políticas e suas lutas. Contudo, não era entendida apenas como um grupo numeroso de humanos, mas como composta por seres ordenados e dirigidos por processos e leis biológicas. Indicadores como o número de sujeitos, sua estimativa de vida, seus hábitos, seus vícios, seu estado de saúde e a causa de sua morte eram (e ainda são) fenômenos calculados por *expertises* que procuravam (e procuram) organizar as forças da população e de cada indivíduo em particular. Para o autor, são as táticas de governo que delimitam o que são ou não competência do Estado (2006a: 304). O saber econômico, como instrumento de análise, enumera os fenômenos sociais, tornando-os mensuráveis, produzindo uma realidade quantificável, passível de regulamentação política e de intervenção minuciosa de gestão.

A disposição dos *profissionais* responsáveis pelos *usuários* do SRT, em 2001, foi problematizada; o funcionamento do *cuidado* através das visitas domiciliares foi avaliado como insuficiente para acompanhar, além do cotidiano do CAPS, a experiência local das moradias. Assim, eles procuravam investir em uma rede onde os *moradores* pudessem circular com segurança, e nutriam sentimento de aversão à possibilidade de que as moradias pudessem reproduzir o modelo de confinamento ou, como costumavam dizer, que se tornassem *minimanicômios*:

A nossa troca de saberes foi a tecnologia para problematizar as práticas de cuidado de maneira que não fossem capturadas pela lógica manicomial. [...] Para que isso acontecesse foi preciso mobilizar as pessoas, otimizar os recursos humanos; nós ficamos próximos dos usuário para poder pensar melhor a singularidade de cada um. [...] A equipe considerava os desejos enquanto máquina de produção de sentidos e de autonomia. (Viana, 2011)

Era necessário partir da singularidade para criar as intervenções terapêuticas, ou seja, explorar as capacidades particulares e a subjetividade dos cidadãos para incorporá-las aos objetivos da instituição e dos poderes públicos (vide infra 5.1). Rose (1988: 31) já afirmou que a “subjetividade faz parte dos cálculos das forças políticas”. A troca de saberes foi a maneira encontrada pelos *profissionais* para discutir as práticas de *cuidado* e produzir algo diferente do hospital — e para sustentar essa prática singular, inventada a partir dos desejos dos *usuários*, eram necessários a contratação de mais recursos humanos e um espaço de troca com a *equipe*. A *estratégia de manejar* (vide infra 4.2) a vida dos *usuários* no SRT utilizando como ponto de partida os seus desejos expõe o funcionamento de intervenções terapêuticas pensadas a partir da sua subjetividade para regular as suas capacidades.

A ação terapêutica tinha por objetivo evitar o abandono, que, segundo os *profissionais*, seria outro indicador da atualização do manicômio. Eles se questionavam sobre como deveria ser a dinâmica das práticas clínicas nas moradias e a solução encontrada foi operar o *cuidado* a partir da criação de uma rede articulada de instituições e pessoas. Essa rede é produzida e moldada a partir da singularidade do *usuário* em suas relações com pessoas e instituições como Igreja, família, escola, serviços de saúde do município e serviços da *rede de assistência* do SSCF (descrita no tópico 1.3). Superposta à rede, há uma malha, formada pelo trajeto dos *profissionais*, que recobre os espaços vazios entre as instituições. Nesse trajeto, eles acompanham, monitoram e investem na habilidade de circulação dos *usuários* (como detalhado no tópico 5.7, a *mobilidade* do *usuário* é o indicador de efetividade do processo de *reabilitação*). É possível ver como isso se configurou a partir da história de Valentina.

Em 2003, Valentina passou as festas de fim de ano com a família. Acompanhada por sua *técnica de referência* e pelo motorista da prefeitura, foi deixada aos cuidados de Dora. Ao voltar, quinze dias depois, disse que gostaria de permanecer nas moradias, porque seus parentes eram “muito pobrezinhos, eles vivem de doações”. Em 15 de abril de 2004, houve uma reorganização da *equipe*, e uma *miniequipe* foi criada entre os *profissionais* do CAPS para se responsabilizar pelas moradias. No fim desse mês, uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira assumiram os *cuidados* e o PTI de Valentina (descrevo esse assunto no próximo tópico). Em maio, ela começou a receber o benefício “de volta para casa” (na época, 240 reais), e, junto com sua *referência* e como parte do seu projeto terapêutico, foi estabelecido que ela levaria uma cesta básica em sua próxima visita à irmã. Sobre o cotidiano das relações em sua moradia, em agosto daquele ano Valentina afirmou que Selma, uma *moradora*, a

agredira, mas em seu prontuário já havia vários registros sobre seus desentendimentos com Helena, outra *moradora* da casa, que a obrigava a fazer os serviços domésticos. A *equipe* interveio, orientando a contratação de uma faxineira, que trabalharia um dia por semana, e, avaliando a situação de conflito com Helena, propôs, como intervenção terapêutica, transferi-la para outra moradia. Em novembro ela teve novo desentendimento com Helena. Segundo contou para sua *referência*, “ela não me deixa dormir, fica pegando minhas roupas, pega o meu cigarro”. Nesse mesmo mês, Valentina foi para a praia (em uma excursão com outros *usuários* e alguns *profissionais*) e realizou exames de rotina, e no final do ano foi passar as festas com a família. Na volta, afirmou que não desejava morar com a irmã, em decorrência de seus problemas financeiros. Os *profissionais* pensaram em algumas possibilidades para ajudar “a negociar com a família”: visto que esta não tinha condições econômicas para sustentá-la, para realizar esse seu desejo era necessário conseguir o outro benefício, o Loas. Em abril de 2005, Valentina foi transferida para outra residência.

No início desse tópico, falei sobre as discussões que antecederam a formulação da portaria GM/MS nº 106/2000. Segundo os meus interlocutores, três assuntos que julgavam pertinentes, tendo em vista a sua realidade local, escaparam à normatização: a situação dos *usuários* que não eram considerados egressos (e, por conseguinte, não estavam contemplados na política de moradias), uma política de benefício/auxílio para sustentar o projeto de autonomia dos *usuários* e um programa de assistência aos *pacientes* mais comprometidos (que necessitavam de *cuidados* intensivos). E, de acordo com um deles, essa primeira portaria tinha por objetivo a *reabilitação* dos *internos* mais autônomos; posteriormente, seria revista e ajustada, conforme as experiências, para atender os menos autônomos. O planejamento das ações e o direcionamento do investimento para atender primeiramente uma parcela da população (os *internos* mais autônomos) foram temas discutidos, contudo não formalizados no texto da portaria. No entanto, o SSCF, mesmo sem o respaldo burocrático do financiamento federal, experimentou um projeto de moradia de *alta complexidade*, que foi estimado como dispendioso e inviável como modelo de política pública, mas que ainda existe, subsidiado pelo convênio com a Prefeitura de Campinas. No próximo tópico, descrevo como a *equipe* remanejou a sua forma de operar, o que resultou na implementação de outras moradias de *alta complexidade*.

### 3.5 Rearranjos institucionais

Neste tópico, descrevo como a *equipe*, desde 2000, foi compondo, rearranjando e moldando a sua maneira de funcionar a partir das experiências com os *usuários* nas moradias. O rearranjo espacial do *cuidado* por meio das visitas domiciliares permitiu avaliar a eficácia das intervenções. Conforme Sandrina Indiane (2011), as moradias eram um “serviço, nós denominamos de vários nomes: lar abrigado, pensão protegida, moradias. Mas não é uma moradia como outra qualquer. É uma moradia, mas tem profissional ali trabalhando”. Os *profissionais* responsáveis pelas visitas domiciliares detectaram a necessidade, em algumas delas, de acompanhamento mais intensivo para suprir as demandas dos *usuários*. Com efeito, eles investiram em outra forma de operar como *equipe de referência*. Em 2004, em uma reunião no SSCF, os gerentes dos serviços retomaram a discussão sobre a criação de uma *equipe* dessas em cada CAPS, para *cuidar dos usuários* nas moradias, e propuseram que fossem formadas. O mecanismo político que aciona a necessidade como um instrumento promove formas meticolosas de *cálculo*, medição e organização — e isso aconteceu na atualização do atendimento nas moradias, como explicou a psicóloga Viviane Viana (2011):

Algumas decisões, que ocorriam sem o compartilhamento com a equipe, caracterizavam a passagem de instituições totais para profissionais totais. [...] Algumas decisões acabavam acontecendo de uma forma muito solitária e individualizada. [Existia] uma sobrecarga, que a gente sentia em função dessas novidades, todas riquíssimas, mas era um desgaste, que a gente tinha em pensar. E aí ficava com essa imagem de profissional total e de como isso poderia ser ruim para a nossa clínica. Os mecanismos de controle e poder, que não estavam mais evidentes ou claramente delimitados como nas instituições, na verdade são controles implícitos de espaço e de tempo. A visibilidade disso nem sempre é fácil de perceber quando estamos sozinhos, então, precisamos da equipe para dar visibilidade a esses muros institucionais mais virtuais do que os de concreto da instituição.

Como já mencionei, a criação da *equipe* emergiu como possibilidade de troca de experiências para evitar a reprodução da lógica manicomial. Nesse contexto, o fato de não existir a *equipe* significava transferir para um *profissional* toda a responsabilidade de tomada de decisão sobre os rumos das novas experiências. De acordo com Viviane Viana, a *atuação* solitária e individual significava a atualização da “instituição total”<sup>92</sup> por meio do “profissional total”. Este, já identificado como “ruim” para a prática clínica, por vezes não

---

<sup>92</sup> Na formulação de Goffman (1996), “instituição total” era um espaço de residência e de trabalho, minuciosamente controlado por uma rotina que limitava a individualidade, esgotava as memórias, anulava a autonomia, as vontades e os desejos.

conseguia verificar os mecanismos de controle em suas novas configurações. Assim, os espaços de fala e de compartilhamento das situações e dos sentimentos que atravessavam os *profissionais* em suas práticas nas moradias foram identificados como importantes para captar “os muros institucionais mais virtuais”, que seriam, em suas atualizações, a reprodução do confinamento.

Observa-se, na fala de Viviane, a problematização sobre a prática da tomada de decisão em grupo. A solução encontrada para contestar a organização de um modelo de conduta dos *profissionais* foi refutar a reprodução das práticas manicomialis que produziam ações desumanas de submissão e reclusão. O processo de reforma elaborava as práticas de *cuidado* com outra finalidade, considerando os direitos dos *usuários*. Sucumbir à lógica do “profissional total” era ir de encontro a uma ética humanista que possibilita ao *profissional* expor a sua própria avaliação, mesmo quando é contrária à política institucional. A oportunidade de elaborar a sua própria forma de ação, ainda que fora dos protocolos, era uma alternativa de se autoconhecer ao fabricar um vocabulário singular a partir de seus sentimentos. De fato, esse novo regime de práticas afetou não só a subjetividade dos alvos das intervenções, mas também a daqueles que produziam as práticas de governo.

Logo depois da reunião em que os gerentes propuseram uma *equipe das moradias* em cada CAPS, os *técnicos universitários* (*profissionais* já graduados) do SSCF formaram a *Comissão de Moradias* (vide tópico 6.2). Esse rearranjo institucional incidiu sobre o projeto terapêutico de Valentina: o CAPS Esperança criou uma “equipe exclusiva para serviços residenciais terapêuticos, cujos profissionais tornaram-se responsáveis pelo acompanhamento dos seus cuidados” (Viana, 2011). Nessa nova configuração da *equipe*,

Experimentamos uma equipe fixa (a equipe número 4) para referenciar as casas e os moradores do CAPS Estação. Realizamos debates acerca das perdas para o SRT ao diminuir o número de olhares e, por outro lado, as vantagens ao permitir um maior investimento de energia de quem estava realmente implicado com o projeto do SRT. [...] Existia uma dinâmica da equipe toda vez que atendia uma demanda dos SRT no meio do plantão do CAPS. Exemplo: o paciente escorregou ou faltou um funcionário, nós tínhamos que sair correndo para fazer o almoço. A equipe lidava com muita dificuldade porque parecia que era um outro tempo, um outro ritmo, que caía de paraquedas naquela agitação frenética do dia a dia do CAPS. (Viana, 2011)

Em 2005, depois da inauguração de outra moradia de *alta complexidade*, a *equipe* do Núcleo Clínico desospitalizou 23 *internos*. A experiência desse novo espaço revelou muitas críticas e problematizações: os *profissionais* questionavam se um espaço que abrigava 23

peças poderia ser considerado uma moradia, ou até que ponto uma moradia com esse número de pessoas não reproduziria a lógica manicomial. Marcio de Azevedo (2011), na época enfermeiro da *equipe* daquele núcleo, justificou: “foi o que se mostrou viável naquele momento para permitir a saída de um grupo grande de pessoas, do ponto de vista prático e financeiro; que possibilitou a reinserção social pela apropriação do espaço da comunidade”.

Os *profissionais* consideraram uma ousadia a criação de uma moradia de *alta complexidade* sem que houvesse uma normatização do Ministério da Saúde. Desde o seu início, ela foi questionada em razão de sua forma de financiamento: os *pacientes* foram deslocados para lá com o subsídio do SSCF, que faturava por AIH (a instituição recebia pelo leito de internação mesmo quando esses *pacientes* estavam na residência, pois, no registro burocrático, eles não tinham recebido alta do hospital). Ou seja, “era como se os pacientes tivessem sido transferidos de ala no interior do hospital” (Azevedo, 2011), já que a instituição recebia o financiamento do Governo Federal como leito de internação. Na época, um representante do Ministério da Saúde visitou a experiência de moradias de *alta complexidade* e reverteu a situação dos seus *usuários* ao autorizar a liberação do benefício “de volta para a casa” (naquele momento, 240 reais por *paciente*). Como esse auxílio era destinado às pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, os *usuários* da moradia de *alta complexidade* não poderiam beneficiar-se, uma vez que não tinham recebido alta hospitalar por conta da burocracia institucional.

Um dos meus interlocutores me explicou que existe uma brecha na lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que instituiu o auxílio “de volta para casa”, no artigo terceiro, parágrafo IV, que dispõe sobre a exigência de um período de dois anos de internação para receber o benefício (Brasil, 2003). Ela legitimava o repasse do auxílio para aqueles que eram *usuários* do SRT. O Ministério da Saúde publicou, em 2004, a cartilha *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*, que expôs o grande número de internos residentes em hospitais psiquiátricos que poderiam ser contemplados pelo direito à moradia, e sobretudo orientou acerca dos novos usuários que não viveram internações prolongadas em instituições (pessoas em situação de rua com transtornos mentais assistidos nos CAPS, por exemplo) (Brasil, 2004). Na cartilha, afirma-se a importância da moradia: “a questão central é a moradia, o morar, o viver na cidade”, e que “tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município” (2004: 7).

Segundo André Fonseca (2011), as moradias eram, ao mesmo tempo, um espaço para habitar e um serviço de saúde (detalharei esse assunto no tópico 4.5). Ele explicou a possibilidade de discernir as moradias a partir do investimento do recurso: por um lado, as ações comuns da residência como, por exemplo, a sua manutenção (alimentação dos *usuários* e suporte de higiene da casa), deveriam ser garantidas pelo SUS; por outro, as ações que fariam parte do PTI dos *usuários* deveriam ser custeadas pelo recurso do benefício destes. Em decorrência da falta de financiamento, em alguns lugares os benefícios eram revertidos para custear as moradias assistidas, e, em Campinas, a solução encontrada pelo SRT foi *montar* casas maiores, que pudessem abrigar mais *moradores*, e assim teria menos gastos com recursos humanos, como foi o caso das moradias de *alta complexidade*.

Em 17 de fevereiro de 2005, foi publicada a portaria GM/MS nº 246, que dispõe sobre o financiamento para implementar e mobiliar as residências terapêuticas no valor de dez mil reais (Ministério da Saúde, 2005). Mas ela só garantiu o investimento financeiro para *montar* as moradias, o Governo não se comprometeu a destinar recursos para a manutenção do serviço. Naquele momento, elas não eram consideradas um serviço de saúde, logo, não precisavam de recurso para se manter. Em 10 de outubro de 2006, foi lançada a portaria SAS/MS nº 748, que modificou a classificação da atenção, antes categorizada como assistência domiciliar para pacientes de hospital psiquiátrico e agora inscrita como atenção psicossocial em saúde mental para usuários do SRT (Ministério da Saúde, 2006). Na época, os *profissionais* do SSCF intensificaram os debates sobre o *núcleo de moradias* e, antes de sua implementação, nomearam um gestor para acompanhá-lo. O projeto da *Comissão de Moradias* foi apresentado no Colegiado de Saúde Mental (formado por gestores da instituição e da Secretaria de Saúde). Uma questão rondava os *profissionais*, que não sabiam se o *núcleo* seria uma solução para as moradias ou para os CAPS, que estavam abarrotados de demandas que os impediam de realizar a assistência domiciliar.

Essa conjuntura política, que definia o investimento na implementação de novas moradias, não ajudava as experiências de residências que já funcionavam. Ao analisar e problematizar a atenção e a dificuldade de manter o *cuidado* nelas, os *profissionais* perceberam que a falta de recursos e de tempo impossibilitava a condução dos projetos terapêuticos — e, segundo os meus interlocutores, isso afetava diretamente o bem-estar e a vida de Valentina nas moradias. Em seu prontuário, consta, no registro de 5 de dezembro de 2005, que sua *referência* conseguiu o carro de um CAPS e, com os administradores do



Distrito Leste (em Sousas), o custeio do transporte para ela visitar a família no final do ano. Na época, o SSCF estava sem veículo e sem motorista, e Valentina, muito ansiosa para passar o Natal com a família, começou a apresentar instabilidade psíquica. Visto que o tempo de espera e a incerteza do transporte estavam lhe causando *sofrimento*, sua *equipe de referência* resolveu negociar junto a outras instituições. Em 23 de dezembro ela foi para a casa da família (onde ficou até 7 de janeiro).

Furtado *et al.* (2013) analisaram a situação de moradias para usuários com transtornos mentais graves (TMG)<sup>93</sup> e constataram que a intermediação dos profissionais na gestão dos conflitos entre os moradores do SRT é necessária, uma vez que os desentendimentos entre eles são inevitáveis. Também constataram situações em que os moradores desconfiavam dos cuidadores, que se comportavam de forma que os perturbava e irritava. Sem paciência, estes últimos investiam em uma relação de obediência e disciplina:

Nos SRT, as relações sociais dos moradores entre si e com os cuidadores apresentam conflitos inevitáveis, na medida em que se exige desses atores sociais constantes ajustes às formas possíveis de sociabilidade e trocas, levando-os muitas vezes a optarem pelo isolamento. Em geral, os cuidadores solucionam os conflitos atuando como mediadores e evitando que os moradores fiquem irritados ou briguem. Ao mesmo tempo, há situações de conflito geradas pela desconfiança de alguns moradores em relação aos cuidadores ou por brincadeiras, atitudes inconvenientes, provocações e impaciência destes últimos. Em ambas as situações, nos SRT ou nas experiências fora deles, são evidentes a existência de regras e valores morais que orientam moradores, pacientes e cuidadores no modo como agem ou se comportam uns com os outros, definindo papéis e lugares sociais para possibilitar a convivência. Moradores dos SRT entre si e pacientes de CAPS demonstram que suas relações sociais se baseiam em respeito e reciprocidade, ao passo que as relações entre moradores e cuidadores são muito mais pautadas na obediência à ordem e à disciplina. (Furtado *et al.*, 2013: 3688)

No caso dos conflitos entre Valentina e Helena, a *equipe* discutiu e chegou à conclusão de que a melhor solução seria realocá-la em outra residência, e procuraram uma casa que também pudesse abrigar a sua família, quando esta viesse visitá-la. Como já mencionei, em abril de 2005 ela foi para outra moradia. Conforme a anotação em seu prontuário, “Nova casa, Valentina reaprendendo a apropriar-se do espaço, de suas coisas, a cuidar-se e a cuidar de sua casa. Estamos em pleno processo de reconstrução deste hábito, sabemos que teremos muito trabalho, mas estamos investindo bastante [11/4/2005]”. No começo de maio,

---

<sup>93</sup> Financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq), a pesquisa foi realizada por estudantes e pesquisadores da saúde coletiva, da arquitetura e da antropologia.

[9/5/2005] Valentina não está bem, apresenta-se desorganizada, descuidada do ponto de vista do autocuidado, não conseguindo permanecer no trabalho, nem mesmo na sua residência. Discutimos o caso em equipe decidimos que o PTI incluirá a permanência diária de uma enfermeira para ajudá-la no banho, no café da manhã e acompanhá-la no trabalho durante um período. Logo à tarde outra pessoa a ajudará na organização da casa e a sua ida à escola.

No final desse mês, ela estava melhor, e sua *equipe de referência* avaliou e decidiu que a intervenção terapêutica continuaria com o *profissional* acompanhando-a (no café da manhã, no banho, no percurso até o trabalho, na organização da casa, na ida à escola). Essa *estratégia* tinha por objetivo investir em ações que a auxiliassem no processo de transição para a nova moradia. A mediação e o acompanhamento de um *profissional* que trabalhava na rouparia do SSCF fez com que Valentina melhorasse: sua *referência* avaliou que ela estava (em meados de junho) “bem melhor”, e isso foi medido a partir de seu comportamento de conseguir permanecer em seu local de trabalho e organizar sua residência. Na época, uma monitora do CAPS Estação começou a assessorá-la nas compras de supermercado, aos domingos — a “Equipe continua a investir”. Em julho, ela almoçou em um restaurante, e a *equipe* avaliou que estava melhor a cada dia por estar apropriando-se do espaço de sua moradia; em setembro, visitou a família. Sua *equipe de referência*, então, era composta por duas psicólogas, duas aprimorandas, uma terapeuta ocupacional, uma estagiária em terapia ocupacional e uma enfermeira. Quanto à configuração da *equipe do núcleo de moradias*,

As moradias estavam mais autônomas em relação aos CAPS. [...] sua configuração, na época, era cinco profissionais do CAPS Estação, três do CAPS Toninho, seis do CAPS Esperança, um do NAC [Núcleo de Atenção à Crise] e cinco do Núcleo Clínico. Nossa atividade era revisar os **projetos de vida** privilegiando a singularidade [dos moradores] nos diferentes espaços de sociabilidade dentro e fora de suas casas. (Viana, 2011)

Os *profissionais* acreditavam que essa forma de funcionar em *equipe* seria mais eficaz, uma vez que, reunidos em um grupo para assistir os *moradores* do SRT, eles poderiam rearranjar as próprias práticas e assumir o projeto de vida deles. Em 2006, uma das enfermeiras do *núcleo de moradias* assumiu a sua gerência e formalizou a primeira composição da *equipe das moradias*. Os *profissionais* me explicaram que essa configuração em *equipe* potencializou o controle do PTI dos *moradores*, inventou um espaço para a troca de informações e experiências das intervenções terapêuticas, organizou o funcionamento do *cuidado* no interior e fora das moradias e possibilitou uma sistematização das práticas e da competência de cada *profissional* nelas. Nota-se, no discurso dos *profissionais*, elementos que

atestam uma posição de responsabilidade na execução do *cuidado* nas moradias. Esse comprometimento com a vida e com a segurança dos *usuários* resultou em avaliações constantes das intervenções terapêuticas e da própria organização da *equipe*, uma vez que produzir ações que resultassem na “melhora na qualidade de vida” dos *usuários* era uma justificativa para o financiamento. Descrevo a forma como se configurou esse *cuidado* nas moradias no próximo tópico.

### **3.6 Registro documental, planejamento da reforma e a produção de um saber experimental**

Em 2006, os *profissionais* mantinham a prática de reconstituir a história de vida dos *usuários* por meio das informações registradas em seu prontuário. As intervenções eram pensadas a partir das suas informações clínicas e subjetivas, e das suas relações familiares, de amizade e de solidariedade. Como as informações tornaram-se elemento importante na formulação do *cuidado*, o SSCF iniciou um processo de normatização (estabelecer o tipo de informação que deveria ser registrada) e de regularização (estipulou que as anotações seriam feitas a cada quinze dias) dos registros dos pacientes. No evento comemorativo dos 20 anos do SRT, Marcos Antônio da Costa, enfermeiro desse serviço desde 2007, falou sobre a forma como os prontuários eram preenchidos pelos *profissionais* e a sua importância para a composição da história de vida do *usuário*:

Apropriação do prontuário como instrumento de ajuda na constituição do PTI do morador. Todos os profissionais acessavam o prontuário e podiam realizar anotações pertinentes ao morador. Ficamos preocupados com a estética das anotações. Se, por um lado, o serviço de auditoria nos orientava a fazer duas anotações, por exemplo, durante o mês uma na primeira quinzena e outra na segunda. Tínhamos uma necessidade, por exemplo, com [relação] à estética: às vezes, tinha uma anotação antiga bastante precisa e importante, podia fazer uma diferença na vida do morador. Ou, por exemplo, tinha uma rubrica e não tinha carimbo, e essa pessoa não trabalhava mais com a gente. [Assim,] estabelecemos alguns critérios na forma de auditoria desses prontuários dentro do trabalho. Por exemplo, o nome completo de quem assina e hoje temos confecções feitas pelo próprio Cândido dos carimbos para toda equipe. O objetivo principal, além de resgatar uma forma de auditoria, seria a construção da história de vida do próprio morador. (Costa, 2011)

O registro era importante para tornar acessíveis as informações, como se fosse um circuito entre os *profissionais*. As que eram consideradas importantes e registradas (sintomas, *crises*, projeto de vida, relação familiar) permitiam à *equipe* decidir as intervenções terapêuticas. Fazer a gestão da vida dos *usuários* na comunidade apontava para a necessidade de formas de circulação e registro das informações — em outras palavras, havia a necessidade de “dispositivos de inscrição da subjetividade” (Rose, 2011: 106) para o governo da vida social. De fato, as novas práticas de inscrição das informações não objetivavam, apenas, individualizá-los, pois elas produziam uma linguagem de códigos, por meio dos quais se efetuavam formas de mensurar que, em seus efeitos, eram avaliadas e vigiadas para alcançar um resultado eficiente segundo o projeto de vida de cada um. Assim, os *profissionais* agiam com o intuito de melhorar a vida dos *usuários* a partir de práticas de orientação e persuasão, mas sem coerção, as quais estavam associadas à sua *expertise* em formular um *cuidado* particular seguindo sua experiência com a reforma institucional e o acompanhamento do processo de *reabilitação* daqueles. Nesse contexto, a criação de uma linguagem e seu registro possibilitaram uma forma de avaliação e o monitoramento das alternativas de recursos institucionais, como explicou a psicóloga Viviane Viana (2011):

Redimensionar a relação entre assistência, demanda biopsicossocial e materiais do SRT: a gente fez isso de uma forma bem concreta, não somente discutindo o PTI e os reflexos desse PTI nos projetos das casas, mas a gente fazia planilha de custos; quanto custava cada SRT. Descobrimos que as linhas telefônicas dos SRTs eram comerciais, que era mais cara que residencial. Nós fomos redimensionando todos os custos, e o quanto poderia melhorar a assistência pensando também nos custos. Na reunião de planejamento estratégico, no CAPS Estação, foram discutidos os pontos fortes, os pontos que precisavam melhorar, as estratégias para melhorar, os recursos materiais e humanos necessários, e quais seriam os atores dessas mudanças. Fizemos um quadro para tornar visíveis os problemas encontrados nas moradias; fizemos o diagnóstico de cada SRT no sentido da dinâmica que existia dentro da casa, suas necessidades biológicas, as questões psi envolvidas e as questões materiais. Colocamos tudo isso em uma planilha de atribuições. Na época, foi intenso no sentido de cadastrar no Programa de Volta para Casa, conseguir a documentação do benefício, a descrição do cargo de monitor. O Juarez Furtado trouxe essa questão do cuidador, o quanto a gente precisava entender esse papel. Nós construímos a partir do modelo de RH de empresa a descrição do cargo de monitor, para entendermos a circulação dele nos serviços.

Seu relato expõe a forma como a *equipe* funcionava e avaliava suas ações a partir da otimização dos custos das moradias, e como os *profissionais* se autoanalisavam, além de examinar minuciosamente os aspectos funcionais e não funcionais do serviço de moradias. O objetivo era otimizar os recursos humanos e materiais, e, para isso, eles listaram os

problemas, fizeram um quadro para torná-los visíveis, construíram uma planilha com as funções de cada um e com as atribuições dos monitores (vide infra 4.3) conforme o “modelo de RH de empresa” (Viana, 2011). Percebe-se que tanto a linguagem como a conduta dos *profissionais* apresentavam uma nova maneira de refletir e de problematizar de forma administrativa as moradias. Por meio dessa nova linguagem, a *equipe* explicitou uma conexão entre as relações subjetivas de produção de saúde singular e os princípios de gestão da produtividade institucional. Segue a planilha das tarefas discutidas em *equipe* na reunião de planejamento citada por Viviane Viana (2011):

- Inserir novos moradores.
- Contratar empregadas domésticas registradas pelos moradores.
- Contratar monitores para intensificar os AT [acompanhamento terapêutico].
- Organizar as questões financeiras (custo dos SRTs, notas fiscais).
- Articulação setorial e intersetorial (comunidade, Centro de Saúde, CAPS, escola, Sesi, OS, etc).
- Descrição do cargo de monitor-cuidador.
- Mudança e manutenção dos imóveis.
- Articulação com a comunidade.
- Atividades de lazer.

Os *usuários* participavam do processo de mudança das moradias e mesmo das escolhas e opções de reforma no imóvel onde iriam residir (a escolha da cor que seria pintada a moradia, por exemplo). Viviane, que trabalhava no CAPS Estação e acompanhava os *usuários* nas moradias, afirmou que as reuniões em que os *profissionais* determinavam as atividades a serem realizadas eram “cansativas, e as soluções eram construídas coletivamente” (Viana, 2011). Na época (2006), foram disponibilizadas vagas para estagiários — uma *estratégia* para otimizar a escassez de recursos humanos —, que acompanhavam os *usuários* até a Caixa Econômica a fim de abrir uma conta bancária, receber o benefício ou para ensiná-los a manusear o caixa eletrônico.

Nesses novos arranjos institucionais, os *profissionais* foram convocados a acompanhar ou a realizar tarefas que faziam parte da vida cotidiana dos *usuários*. Além disso, a proximidade da relação de *cuidado* produzia afetividade e um saber singular sobre a maneira como estes últimos se relacionam com o mundo, o que permitiu àqueles adquirir uma percepção aguçada para perceber o seu estado físico, suas variações de humor e os conflitos de organização da casa. Segundo Viviane Viana (2011), o saber experimental produzido a partir das mudanças da reforma é diferente do saber apreendido na universidade: “o discurso

acadêmico de ter uma certa distância, o *setting* que separa você do paciente”, não funciona na relação com os *usuários* das moradias, porque “é impossível você almoçar com eles e não existir o afeto. Os laços afetivos são diferentes da neutralidade que a gente aprende”.

Ao invés da distância e da neutralidade do *setting*, a aproximação como um efeito da relação de *vínculo*, o compromisso e a responsabilidade. E, portanto, responsabilidade, aqui, é medida a partir da capacidade de resposta, no sentido de que o *usuário* não deixa de estar institucionalizado e quem responde por ele (representando a instituição) é o *profissional*. Nesse ponto, é possível *calcular* o grau de tutela e o grau de liberdade da circulação dos *usuários* a partir de sua capacidade de resposta. Para exemplificar: na época da pesquisa de campo, em uma das moradias do SSCF em Sousas, onde moravam cinco mulheres, o bujão de gás era fechado/desligado pela empregada doméstica antes de ela ir embora, e o portão permanecia trancado. Essas duas medidas de segurança foram estabelecidas porque uma das mulheres esqueceu, uma vez, a chama do fogão acesa, e porque uma outra saiu algumas vezes e não soube retornar (era encontrada, perdida, no canteiro central da principal avenida de Sousas). Contudo, a chave da casa ficava sob a responsabilidade de uma das *moradoras*, que tinha total liberdade porque respondia a isso de forma segura — diferente do caso da *usuária* que poderia colocar fogo na casa e do caso da que poderia ser atropelada. Na implementação das novas práticas nas moradias, os riscos e a capacidade de resposta dos *usuários* eram medidos a partir de vários elementos e indicadores, como esclareceu Viviane Viana (2011):

As demandas biológicas do cotidiano aumentavam a cada semana, [assim como] as discussões, nas reuniões, sobre os quadros clínicos (exemplo: o diabetes ou o colesterol). Nós víamos as refeições, que os moradores não faziam tão bem, com excesso de óleo; eles se queimavam. Enfim, tudo isso, e quando a gente sentava para reunir, tinha um ou outro que falava: “Mas, e o sujeito?”. O quanto foi difícil debater sobre uma urgência biológica, porque se fôssemos esperar pelo sujeito, ele iria morrer ali com a glicemia. [...] Era um momento de descoberta para as equipes. Os moradores já não cuidavam mais das casas; os PTIs estavam desarticulados; constatávamos, diariamente, a nossa insuficiência em acompanhar a velocidade de todas as frentes de trabalho. [...] **Como criar uma rede articulada, aberta e segura para os moradores circularem?** [...] Na verdade, era **desinstitucionalizar o SRT**. [...] Evitar o confinamento e redescobrir os limites entre a tutela e a desassistência enfrentando mais uma variável de exclusão social: o envelhecimento.

Desinstitucionalizar o SRT tem o sentido de impedir a produção de práticas manicomiais de confinamento nas moradias. Estas, em seu início, foram criadas para serem casas, não serviços de saúde. A sua progressiva transformação em SRT foi um processo de atualização institucional como *dispositivo de saúde* (vide infra 4.5). Apesar de muito presente

nos discursos e nos textos sobre saúde mental, o termo desinstitucionalização era acionado, no meu campo de pesquisa, para se referir à desospitalização do *usuário*, visto que as pessoas, em maior ou menor grau, mantinham relação com a instituição. Conforme o documento de apresentação da II CNSM, desinstitucionalização significa<sup>94</sup>

a construção de modelos assistenciais que não tenham como ponto de partida e sustentação, necessariamente, a formatação de instituições, mas que considerem, de princípio, a possibilidade de engendramento de outras formas de agenciamento e estabelecimento de relação terapêutica não mediada por estruturas formais e burocráticas que possam sobrepujar os objetivos propriamente assistenciais e de cuidado. (Conferência Nacional de Saúde Mental, 2, 1992: 37)

O SRT é uma instituição de saúde, apesar de haver outros agenciamentos de *cuidado* não burocratizados, protocolados e/ou normalizados. No entanto, produz uma burocracia de registros semelhante à dos hospitais. No caso de Valentina, observa-se tanto a burocracia hospitalar como uma forma de *cuidado* que acompanhava os *usuários* em suas relações, caso da visita aos familiares. Todas as suas atividades, os seus sentimentos, desejos e necessidades eram capturados por procedimentos de inscrição que possibilitavam formas de governo que a concebiam como indivíduo, e suas relações eram transformadas em material palpável (Rose, 2011: 169) — isso depois de inscrever (por meio de documentos como os prontuários, o PTI, as guias e os resultados dos exames) as suas qualidades de maneira que podiam ser quantificadas, *calculadas* e normalizadas. As técnicas de inscrição articulam as informações individuais adquiridas pelas práticas psi e tornam visíveis os atributos das pessoas. A prática da inscrição fornece dados que podem ser comparados com outros já inscritos, e isso, por sua vez, permite aliar técnicas de avaliação, normalização, julgamento e produção de verdade. Destaca-se, aqui, como os saberes psi forneciam as informações inscritas sobre a vida social de Valentina de uma forma em que os elementos que constituíam o perfil (biológico ou subjetivo) de sua individualidade poderiam ser *calculados* no interior dos parâmetros objetivos para alcançar as *metas* de *reabilitação* da instituição. No próximo tópico, analiso como o indicador de precariedade social era acionado no discurso dos *profissionais* e no registro de Valentina a fim de justificar as intervenções de *cuidado*.

---

<sup>94</sup> Essa definição consta do seguinte documento anexo ao texto de apresentação da II Conferência Nacional de Saúde Mental: Conferência de Saúde Mental. 1992. Oficina: Reforma Psiquiátrica - a questão das novas tecnologias de cuidado - Relatório Final. Porto Alegre, Associação Brasileira de Saúde Coletiva/Comissão de Saúde Mental, 16 e 17 de maio de 1992. Ver: Conferência Nacional de Saúde Mental, 2 (1992: 32-45).

### 3.7 Valentina e a institucionalização da precariedade social

Para os meus interlocutores, a precariedade social é uma condição socioeconômica, e, no caso de Valentina, a impedia de viver independente da instituição. Pessoas em situação de precariedade são descritas como vítimas das rupturas de suas relações (familiares, de amizade e de colegas de trabalho) e suscetíveis à pobreza. O conceito de precariedade atualizou as análises sociológicas que consideravam as pessoas como incluídas ou excluídas (Chauvin e Parizot, 2010: 279). Apesar disso, muitas análises epidemiológicas sobre a precariedade social atestam que essa situação produz pessoas vulneráveis e propensas aos riscos de patologias. No meu campo de pesquisa, a precariedade é um risco que deve ser evitado e o abandono social dos *usuários*, combatido por meio do investimento e do acompanhamento dos *profissionais*.

Em janeiro de 2006, quando voltou da casa de Dora, Valentina contou da visita: “ainda bem que eu fui, minha irmã estava passando fome, eu levei comida para ela e as crianças ficaram bem”. Sete meses depois (julho), em outra visita, a irmã lhe pediu que não fosse morar em sua casa, porque o espaço era pequeno e mal comportava as crianças. Segundo o registro em seu prontuário, nessa época Valentina apresentava-se estável e cuidadosa com a arrumação de sua residência. Outro registro, em agosto, informa que os *profissionais* aconselhavam-na a não fumar em seu quarto; em outubro, orientaram-na a frequentar com regularidade a escola, uma vez que ela poderia perder a vaga em decorrência de sua ausência nas aulas, e se isso acontecesse, lhe disseram, seria sua responsabilidade. Valentina foi passar as festas de fim de ano na casa da irmã, e levou uma cesta básica e cem reais para ajudá-la. No início de 2007, segundo o seu prontuário, ela “tem se mostrado muito vaidosa, tem ido sozinha a loja comprar vestidos, brincos, tem perguntado sobre quanto ela tem de dinheiro, foi junto com outros moradores almoçar em um restaurante”. Em março, novamente foi para a praia com outros *moradores*, em uma viagem organizada pela *equipe* do SRT, e em abril pediu para ir morar com Dora. Em agosto, voltou a apresentar sintomas psiquiátricos. Segundo o registro de sua psiquiatra,

[1/8/2007] Valentina refere não estar dormindo bem, tem apresentado idéias delirantes de conteúdo paranóide. Também não tem cuidado muito bem de sua higiene pessoal. Em discussão com a equipe pensamos que este quadro tem relação com o adoecimento de outro morador de sua casa. Assim, sugiro mantermos observação clínica atenta. Aumento



a sua medicação: Haldol 5mg (2 – 0 – 2). Fenegan 25mg (0 – 0 – 2). Carbamazepina 200mg (2 – 0 – 1). Biperideno 2mg (2 – 0 – 0).

Conforme o registro da psicóloga que a acompanhava, em setembro ela foi a uma churrascaria e “pediu cerveja sem álcool e carne, comeu com garfo e faca”. O simples fato de comer com “garfo e faca” era contrário à ideia de alimentar-se com uma colher, ação frequente em espaços protegidos como os manicômios, mas que também pode ser observada, atualmente, em espaços de refeições coletivas como os dos CAPS. Por certo, muitos usuários que viveram anos em instituições de confinamento guardaram o hábito de comer com colher, e isso é considerado, por algumas pessoas, um vestígio do hospital psiquiátrico, onde os objetos perfurocortantes eram armazenados fora do alcance dos *internos*. Na visita que fiz com Elis às três residências, em 2010, ela chamou minha atenção para esses objetos (espelhos, copos de vidros e facas), que podiam ser utilizados nelas, exceto na que era 24 horas, de *alta complexidade*.

Em novembro de 2007, Valentina demandou assistência na organização do seu armário: “temos insistido para ela guardar os alimentos cozidos na geladeira, pois têm estragado. [...] A organização, a limpeza, os cuidados com a casa e com os seus pertences têm favorecido uma organização interna de Valentina”. Meus interlocutores diziam que a organização do espaço reflete-se em uma organização interna do *usuário*, ajuda a organizar a sua subjetividade. Furtado *et al.* (2013), em seu estudo sobre moradias para usuários com transtornos mentais graves, chegaram à mesma conclusão:

As necessidades de moradia não devem ser subestimadas. Como determinante social da saúde em geral e da Saúde Mental em particular, a moradia é decisiva na inserção, integração e manutenção de pessoas com TMG no meio social. Nela convergem importantes aspectos do indivíduo, do mais íntimo e pessoal até o social e relacional. Para pessoas com TMG, a habitação pode oferecer um espaço de complacência com eventuais sintomas e um ponto de partida para interações que ultrapassam o morar, mas que dele dependem. (Furtado *et al.*, 2013: 3684)

Segundo os autores, a organização do espaço de moradia é condição para a saúde, para evitar instabilidade subjetiva e para o processo de reabilitação social. Uma anotação no prontuário de Valentina, feita em dezembro, depois que a levaram para a casa de Dora, deixa claro que os *profissionais* tinham essa preocupação: eles investiam em ações para realizar o seu desejo de morar com a família, mas sem desconsiderar que ela precisaria de um espaço adequado para habitar e do acompanhamento de uma equipe de saúde, preocupação que

Valentina também tinha — o que evidencia o efeito da orientação e do seu processo de apropriação ou responsabilização pelo seu *cuidado*.

[21.12.2007] acompanhamos (psicóloga e monitora) Valentina em sua visita à casa de sua irmã. Todas foram bem recebidas pelos familiares. Valentina levou cesta básica e o dinheiro que economizou o ano todo para ajudar a irmã, que levará Valentina para visitar a outra irmã em Itatiba. Ela nos mostrou um cômodo nos fundos da casa onde gostaria que Valentina morasse. Este cômodo precisa de pequenos reparos. Valentina disse que gostaria de ir morar com sua irmã, mas se preocupa com o tratamento. Aproveitamos a viagem para conhecer a rede de assistência em saúde da região. Essa possibilidade faz parte das construções do projeto terapêutico de Valentina.

Os *profissionais*, ao acompanhá-la na visita, observaram que existia a possibilidade de ela morar com a irmã. Detectada sua preocupação com a continuidade do tratamento, e porque esta era necessária, eles investigaram a rede de assistência da cidade para avaliar as alternativas de transferência ou se ela poderia ser encaminhada para uma moradia assistida ali, e assim ficar perto da família. Em fevereiro de 2008, Dora faleceu, e os *profissionais* tornaram-se vigilantes: “estamos atentos com Valentina e uma possível crise”. Em agosto, ela foi visitar a filha de Dora e os parentes. Em outubro, sua psiquiatra anotou no prontuário:

[31/10/2008] Considerando que as crises de Valentina são afetivas/cognitivas, faltando a meu ver elementos que reforcem um diagnóstico de esquizofrenia residual, como foi destacado nesse prontuário. Devido ao aumento considerável do risco de demência precoce, farei uma revisão da medicação atual no sentido de prevenir, na medida do possível, o problema. No que se refere ao hipopragmatismo, considero que seja provavelmente (preciso de mais dados) causado pelo longo período de vida passada em instituições “totais” (manicômios) em que o interno sofre um processo de “infantilização” devido ao controle exercido por terceiros em seus horários, cuidados e alimentação. (ênfases do original)

O processo de infantilização é considerado uma função da economia subjetiva capitalística, conforme Guattari e Rolnik (2007: 50). A infantilização é o resultado de um processo de sujeição, no qual pessoas autorizadas pensam e organizam a vida social e a produção econômica dos *usuários* (como apresentei no tópico 2.3). Nas palavras dos autores,

A infantilização — como a das mulheres, dos loucos, de certos setores sociais ou de qualquer comportamento dissidente — consiste em que tudo o que se faz, se pensa ou se possa vir a fazer ou pensar seja mediado pelo Estado. Qualquer tipo de troca econômica, qualquer tipo de produção cultural ou social tende a passar pela mediação do Estado. Essa relação de dependência do Estado é um dos elementos essenciais da subjetividade capitalística. (Guattari e Rolnik, 2007: 50)

O efeito do processo de infantilização é a produção de um indivíduo sujeito a uma tecnologia, um modelo de referência coletivo que efetua uma ordem capitalística tanto na realidade social quanto na realidade psíquica. A manifestação do sintoma de hipopragmatismo (diminuição ou perda da vontade e de condutas psicomotoras como os cuidados com a higiene pessoal, a realização de trabalhos domésticos ou atividade produtiva) de Valentina foi considerada, pela psiquiatra, como efeito da longa internação vivida em instituições de confinamento. Pode-se afirmar que viver por muitos anos em um modelo de assistência psiquiátrica como o do hospital produziu em Valentina uma subjetividade, uma forma de ser e uma forma de se comportar que foram consideradas um sintoma psiquiátrico.

Após essa avaliação, a médica cancelou a prescrição da medicação carbamazepina. Segundo as anotações em seu prontuário, Valentina, no início de dezembro de 2008, engoliu uma moeda pensando ser uma bala. Foi levada para o pronto atendimento com fortes dores abdominais, fizeram exames e a encaminharam para o Núcleo Clínico do SSCF. Em março e abril de 2009, consta que fez exames de rotina (ginecologista e oculista), e nesse último mês foi para a praia junto com outros *moradores*; em junho, visitou a irmã que morava em Itatiba e retornou dizendo ter vontade de morar com a família — e os *profissionais*, em *equipe*, avaliaram e definiram como intervenção terapêutica procurar realizar o seu desejo. Ela já havia manifestado esse desejo anteriormente, e realizá-lo era projeto da *equipe*, como mostra uma anotação feita por sua *referência*, em março desse ano, em seu prontuário:

[30/3/2009] Nosso projeto com Valentina tem sido discutir com ela e com a família. Já que ela têm dois benefícios (BPC/Loas e PVC) e levaria para a sua família. Vimos até um CAPS que seria referência junto ao centro de saúde que é bem próximo da residência. Mas por enquanto, a família não tem disponibilidade em recebê-la definitivamente. Este ano faremos novos investimentos e tentativas. [...] Penso que temos que dar lugar a esse pedido de Valentina. No sentido de ir até o final para que ela faça a sua escolha, dentro das possibilidades. Tenho clareza das condições em que a família vive. Precisamos ajudar Valentina nessa construção.

Observa-se como a *equipe* acompanhava o seu processo de *reabilitação* produzindo o seu PTI em parceria com o *profissional de referência*. Assim como Valentina, a grande maioria dos *usuários* do SRT encontrava-se na condição de pessoa institucionalizada decorrente de uma situação de precariedade social. Para Fassin (2010), as vidas consideradas precárias são alvo de um governo humanitário. A razão humanitária compreende a dimensão de humanidade como uma condição compartilhada com outros seres humanos, o que resulta em uma demanda de direitos universais, e seu sentido está atado a um sentimento afetivo das

peças por seus companheiros que tem como efeito a obrigação de assisti-los. Segundo o autor, a articulação entre a razão e a emoção define os sentimentos morais que são mobilizados nas ações políticas fabricadas a partir de uma linguagem de valor e de afetos, as quais legitimam as práticas de governo humanitário (2010: 9). Nesta tese, ao descrever como a relação de *vínculo* é permeada por sentimentos e emoções, meu objetivo não foi analisar a razão humanitária, mas a forma como os elementos da subjetividade e da vida dos *usuários* são racionalizados e apreendidos como indicadores que justificam uma ação de *cuidado*. Aliás, a situação de precariedade é um futuro que deve ser evitado, não uma realidade; a vida precária é um risco que deve ser antevisto e que mobiliza todas as intervenções dos *profissionais* do SRT.

No caso de Valentina, em 2001, os *profissionais* encontraram a sua família, mas sua irmã mais velha não podia sustentá-la economicamente e ela continuou sob a responsabilidade do SRT. No início da reforma no SSCF, os *profissionais* acreditavam que o processo de *reabilitação* seria concluído com a mudança dos *internos* para as moradias. No entanto, eles autoavaliaram as suas intervenções através de visitas domiciliares e atualizaram a forma de assistência criando uma *equipe* para assistir os *moradores*. A avaliação do funcionamento do SRT do SSCF explicita a forma como são problematizadas as intervenções de *cuidado* elaboradas a partir da subjetividade dos *usuários* e como a singularidade destes é conectada aos objetivos da reforma institucional e às possibilidades de financiamento negociadas na formalização do convênio com a prefeitura. Cabe ressaltar que a *equipe* do SRT, formada em 2006 no SSCF, só existia nessa instituição. Em outros municípios que instituíram o serviço, os moradores são assistidos nos CAPS. No SSCF, o respaldo financeiro para a *equipe* do SRT e para as moradias de *alta complexidade* vinha do convênio, pois ambas não eram formalizadas em portarias. De fato, existe um grande número de pessoas que ainda vive em hospitais psiquiátricos em razão da situação de precariedade social, uma vez que o custo das moradias de *alta complexidade* é muito caro — assunto ao qual voltarei no próximo capítulo.

## Parte II

### A Política de Financiamento

---

Na primeira parte da tese, descrevi como a reforma institucional no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira produziu, em seus efeitos, outro modelo de assistência psiquiátrica, com mudanças espaciais (o hospital configurou-se em uma *rede* de serviços) e técnicas (novas práticas de *cuidado* elaboradas de forma singularizada, a partir da relação de *vínculo* com o *usuário*). Apresentei o processo de reforma a partir do discurso mnemônico dos *profissionais*, destacando como eles construíram as práticas de *reabilitação* dos *internos* e criaram o SRT com a intenção de extinguir o modelo manicomial de confinamento. O foco da análise estava na problematização dos *profissionais* acerca dos rearranjos institucionais e de suas avaliações a fim de aprimorar o *cuidado* realizado pela *equipe das moradias*. Minha intenção foi descrever, a partir dos meus dados de campo, como os *profissionais* mediam e analisavam a efetividade das mudanças institucionais e das práticas de *cuidado*. As discussões da *equipe das moradias* guiavam os *profissionais* para o aprimoramento das ações que tinham por objetivo a desospitalização. A partir da regularização do SRT, eles começaram a investir em avaliações e na produção de documentos como, por exemplo, a planilha de tarefas que visava organizar o serviço e diminuir o dispêndio dos gastos do recurso público.

Nesta segunda parte, analiso a forma como os *profissionais* fabricam o *manejo* dos *usuários* nas moradias através da experimentação de intervenções terapêuticas avaliadas continuamente — em seu entendimento, os saberes experimentais atestam a melhora na “qualidade de vida” dos *moradores* e legitimam o pedido do recurso no Convênio de Cogestão. Eles analisam o cotidiano institucional local e *calculam* as necessidades individuais dos *usuários*, que são transformadas em informações que são impressas no Plano de Metas do Convênio — ou seja, o mecanismo de avaliação lhes permite decodificar, em indicadores, as demandas do SRT que justificam o pedido de financiamento público. Com isso, exponho como a cultura de avaliação atravessa o meu campo de pesquisa. De acordo com Strathern (1999), a cultura de auditoria refere-se a práticas de cálculo regidas por princípios e análises financeiras. A autora analisou o sistema de avaliação do desempenho acadêmico nas universidades britânicas e salienta que o desempenho, nelas, era medido a partir do efeito do

aperfeiçoamento tanto do processo para conquistar um objetivo como por seus resultados; e que a avaliação é um dos instrumentos da administração financeira composta por análise dos dados de contabilidade e cálculo de recurso (1999: 18). Ainda segundo a autora, as universidades, com o processo de avaliação, “foram reinventadas enquanto entidades financeiras” (1999: 19), e nele, as práticas de contabilidade foram atadas à ideia de responsabilidade, o que resultou na ampliação dos domínios da avaliação. Desse modo, esta se expandia dos exames dos alunos para a inspeção da própria instituição, responsável pela qualidade do ensino e da pesquisa. A partir das suas análises sobre a cultura de auditoria, descrevo como os *profissionais* foram capacitados para avaliar a reforma a partir da efetividade do trabalho em *equipe*, medida por parâmetros singulares dos *usuários*. Ao considerar a cultura de auditoria como um processo amplo de avaliação, interessa-me descrever como esse processo de *cálculo* é acionado e compõe as relações de *cuidado*, a *atuação profissional* e as práticas de governo nas moradias — em outras palavras, como a avaliação e o *cálculo* funcionam no interior do processo de elaboração do *cuidado* e de reforma no SSCF.

A partir dos rearranjos técnicos, práticos e espaciais produzidos no jogo das experiências com a reforma institucional do SSCF, observa-se o aparecimento de um *cuidado* direcionado para a assistência em espaços do meio urbano. Investigo essa prática expondo os enunciados que os *profissionais* formulavam a partir das reflexões que justificavam o *cuidado* como uma técnica política. Nesse ponto, minhas análises aproximam-se de uma “genealogia da subjetivação” (Rose, 2011: 40), uma vez que não pretendi descrever a noção de pessoa ou de sujeito, mas explorar o funcionamento das práticas que produz um entendimento, um saber que possibilita agir sobre os *usuários* — como afirmou Perin (2014: 307), analisar o mecanismo de governo ou o “olho do Estado” que racionaliza problemáticas sociais e políticas para justificar práticas de cuidado e controle que têm, como efeito, sujeitos visíveis para o Estado e apreensíveis para as práticas de governo. Faço isso descrevendo as práticas que identificam as pessoas em regimes particulares, que contemplam a sua diversidade e a expressam em diferentes linguagens (*usuário*, *morador*, singularidade, cidadão, sujeito) na atualização das normas, em técnicas e nas relações de autoridade que permitem (ou autorizam) a determinadas pessoas conduzir a vida de outras. As particularidades acionam intervenções e linguagem administrativa (*manejar*, gestão, Plano de Metas, projeto terapêutico) para problematizar, para julgar e para investir sobre as condutas. Desse modo, as práticas são construídas, históricas, e devem ser analisadas pela perspectiva de “governo”

(Foucault, 2006d: 343). Tomando por base o discurso dos meus interlocutores, descrevo como funciona a *tecnologia de cuidado*, que monitora e avalia os riscos da liberdade de circulação dos *moradores*. Essa liberdade de deslocamento afirma a efetividade do processo de *reabilitação*, *calculado* a partir do indicador que mede a *mobilidade* dos *usuários*. Cabe lembrar que Foucault (2008) analisou a noção de liberdade como uma técnica de governo, considerando-a nada mais que “o correlativo da implantação dos dispositivos de segurança” (2008: 63). Portanto, descrevo a maneira como os *profissionais* analisam suas práticas a fim de produzir o *manejo* da vida dos *usuários* em liberdade.

## Capítulo IV

### Clínica e Política

No capítulo 3, descrevi os acontecimentos da reforma no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira acionados no relato mnemônico dos meus interlocutores para analisar, a partir do seu ponto de vista, as mudanças e os rearranjos institucionais que resultaram no processo de *reabilitação* e desospitalização, na criação do PTI, na instauração do SRT e na criação da *equipe das moradias*. De modo geral, analisei seus fragmentos de memória sobre o processo de modificação do modelo assistencial; assim, enfatizei o que eles consideravam como modificações técnicas, principalmente em relação à prática de *cuidado*. Neste capítulo, descrevo a composição da *equipe* do SRT e como os profissionais produzem *estratégias* para executar a prática do *manejo da reabilitação* psicossocial dos *usuários*. Exploro como surgiu a prática clínica nas moradias e como os *profissionais* avaliam suas intervenções e problematizam as suas práticas para, em seguida, apresentar o SRT como um *dispositivo de saúde*, conforme afirmavam os meus interlocutores.

Apresento a configuração do *cuidado* clínico e suas formas de avaliação para discutir, tendo por base as explicações de meus interlocutores, o *cálculo* da efetividade da *reabilitação* dos *moradores*. Destaco o seu discurso acerca da emergência da atualização do SRT como um *dispositivo de saúde* e detalho como são operadas as suas práticas de gestão dos *moradores*. A prática do acompanhamento, que implica em um sentimento de comprometimento do *profissional* e a responsabilidade da instituição em oferecer uma assistência de qualidade, é medida a partir da análise da segurança e da diminuição dos riscos a que estão sujeitos os *usuários*. Essa prática de *cuidado* impulsionada pelo sentimento de responsabilidade ampliou as formas de *cálculo* e de avaliação das intervenções a fim de prevenir *crises* e promover os objetivos institucionais de manter o projeto de moradias e evitar as internações psiquiátricas. A autoavaliação das práticas e os mecanismos de aprimoramento que incidem em todos através da troca de experiência em *equipe*, motivam os *profissionais* a se responsabilizarem pelas intervenções estabelecidas nas reuniões do SRT. Esse processo é similar à ideia de “habilidades transferíveis”, à qual se refere Strathern (1999: 26), no sentido de que as



habilidades são aperfeiçoadas em um contexto de aprendizado e podem ser usadas em outro(s). Atingir as *metas* institucionais que têm como fim os objetivos da reforma psiquiátrica e que seguem as normatizações do Ministério da Saúde serve de argumento para justificar o financiamento.

No evento comemorativo dos 20 anos do SRT, Ana Carla Lefebvre, enfermeira, uma das gerentes desse serviço, afirmou:

Se no início do processo de desinstitucionalização a preocupação era de preparar esses pacientes para a saída, hoje [2011] nos deparamos com a questão de como sustentar esse projeto com tantas variáveis e tamanha complexidade. Estamos diante de novos desafios. Um deles seria o de qualificar a clínica no interior do SRT, serviço regido por ideais bem definidos da reforma psiquiátrica. Moradia hoje: espaço de morar, de viver e de conviver; espaço de tratar, de reabilitar, de falar e de escutar; espaço de acolher, não só os que moram como, às vezes, até os que não moram. E nos perguntamos, hoje, após 20 anos: será que não é o momento de rever a nossa missão? (Lefebvre, 2011)

A ideia inicial dos *profissionais* era acompanhar os *usuários* em seu processo de desospitalização, pois acreditavam que estes conseguiriam administrar a própria vida sem o seu auxílio. Como isso não aconteceu, a *equipe* se reorganizou para manter o acompanhamento dos *moradores* no SRT, serviço que se tornou, segundo Ana Lefebvre, um espaço de tratar, de reabilitar, de escutar e de acolher. A questão que ela colocou, sobre a missão das moradias, reafirma a peculiaridade de um serviço que tinha por função ser uma moradia e tornou-se um *dispositivo de saúde*. Essa ideia também foi exposta por Veridiana Marucio (2011b): “a especificidade do dispositivo, as moradias, era a de estar entre um serviço de saúde e um lar”, e a clínica, nelas, seria composta por ações como os acompanhamentos, os passeios, as consultas, as visitas familiares, as viagens e por detalhes que apareceriam na execução dessas intervenções.

A seguir, apresento a política de moradias no Brasil para expor algumas especificidades do financiamento previsto no Convênio de Cogestão para o SRT do SSCF. Posteriormente, descrevo como os *profissionais* justificavam a necessidade de *cuidados* intensivos nelas, e como, a partir disso, foram criadas *estratégias de manejo*, práticas guiadas por uma *tecnologia de cuidado* e a *clínica do detalhe*.

## 4.1 A política de moradias

A partir da década de 1990, a política nacional de saúde mental modificou sua forma de investimento, que antes (vide supra 1.5) era destinado à manutenção dos hospitais psiquiátricos. Os efeitos mais contábeis da Reforma Psiquiátrica influenciaram a formatação da distribuição dos recursos para os serviços substitutivos como os CAPS: a nova configuração destituiu sessenta mil leitos em hospitais psiquiátricos e propiciou a criação de mil CAPS em um período de dezessete anos (Silva, 2011: 182). Uma avaliação do Ministério da Saúde, publicada em março de 2012, revelou que o número de CAPS praticamente dobrou no país de 2007 a 2011, somando, ao todo, 1.742 unidades; e a existência de 625 residências terapêuticas, que abrigavam 3.470 moradores (Brasil, 2012: 16).

Na década de 2000, com o objetivo de diminuir o financiamento para o modelo hospital e de realocar os recursos para o novo modelo, o Governo Federal lançou dois programas para classificar os hospitais psiquiátricos segundo a redução do número de leitos e a qualidade da assistência oferecida. O primeiro foi o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares de Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), instituído pela portaria GM/MS nº 251, em 31 de janeiro de 2002: sua comissão realizou vistorias nos hospitais públicos psiquiátricos e avaliou a qualidade da assistência (Ministério da Saúde, 2002). O segundo, o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, formalizado pela portaria GM/MS nº 52, de 20 de janeiro de 2004, tinha como estratégia a redução de leitos em grandes hospitais psiquiátricos e a implantação simultânea de outros serviços (Ministério da Saúde, 2004). Com a portaria GM/MS nº 2.644, de 28 de outubro de 2009, o Governo induziu a política sistemática de redução de leitos, destinando financiamento maior para os hospitais de pequeno porte (até 160 leitos) (Ministério da Saúde, 2009). Essa estratégia visava melhorar a qualidade da assistência, reduzir os leitos em hospitais psiquiátricos e extirpar os hospitais com mais de seiscentos leitos.

Quase uma década depois da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (2001), metade dos 11.944 leitos psiquiátricos do estado de São Paulo era ocupada por *pacientes* residentes, e, destes, por volta de seis mil eram moradores com mais de um ano de internação — a média de hospitalização era de quinze anos. Segundo o *Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo*, entre 1989 e 2007, foram fechados, nesse estado, 45 hospitais psiquiátricos e houve redução de 67,3% no número de

leitos (Barros e Bichaff, 2008: 25); e 65,10% (4.133 pessoas) dos moradores residiam em hospitais havia mais de dez anos (2008: 85). Em 2008, 1.122 pessoas estavam cadastradas no Programa de Volta para Casa (2008: 86). Sobre os motivos da institucionalização, o documento revelou que a precariedade social associada ao transtorno mental apontava para a maior taxa: 65,27% (2008: 88) — o que quer dizer que o *interno* em situação de precariedade social não possuía renda ou lugar para morar fora do hospital psiquiátrico (detalharei esse assunto no tópico 5.6).

Os *profissionais* afirmavam que os *internos* que se encontravam morando no hospital em decorrência de sua precariedade social não tinham acesso a políticas sociais de habitação como o Programa Minha Casa Minha Vida<sup>95</sup> e não podiam se inscrever em projetos como os da Companhia Metropolitana de Habitação (Cohab), uma vez que eram destinados a famílias. Em 2004, a cartilha *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*, indicou que, nesse ano, existiam 256 SRTs no Brasil, em quatorze estados diferentes, e assistiam 1.400 pessoas (Brasil, 2004: 7). Nela, o SRT foi definido como residência situada no espaço urbano destinada aos indivíduos portadores de transtornos mentais graves. Contudo, a moradia não era, naquele momento, considerada um serviço de saúde (o que descrevo no tópico 4.3), mas um espaço de viver e habitar conectado à atenção psicossocial do município (2004: 6).

Na portaria GM/MS nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, o SRT foi redefinido em tipos I e II (Ministério da Saúde, 2011b). O primeiro tipo pode abrigar entre quatro e oito pessoas em processo de desospitalização, e o repasse mensal do financiamento é de dez mil reais. O segundo pode receber entre quatro e dez pessoas, é destinado às mais dependentes, que precisam de assistência permanente, e o seu repasse mensal é de vinte mil reais. Ambos os recursos são destinados não só para o tipo de moradia, mas conforme o número de pessoas e de profissionais necessários: o primeiro tipo dispõe de um cuidador; o segundo, conta, “para cada grupo de 10 pessoas”, com uma equipe mínima, composta por um técnico de enfermagem (diariamente) e cinco cuidadores de referência (em escala) articulados com a equipe técnica do CAPS. Cabe lembrar que a política de moradias (criada a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica) tem como alvo principal os *internos* dos hospitais psiquiátricos que se encontram em situação de precariedade social e abandono familiar.

No começo de 2012, apareceram, no SSCF, as primeiras discussões para planejar os rearranjos institucionais de adequação a essa portaria, mas a maioria das residências pôde ser

---

<sup>95</sup> Para uma análise sobre a política social desse programa, ver Rizek, Amore e Camargo (2014).

inscrita para receber o recurso porque já funcionava dentro das normas nela previstas. A adaptação, principalmente do número limite de dez *usuários* por moradia, foi necessária para a inscrição em um registro nacional e, assim, poder angariar o recurso federal. Falei, no capítulo anterior (vide supra 3.5), que a instituição utilizou a *estratégia* de abrigar mais de dez *usuários* na mesma residência a fim de otimizar os recursos humanos, uma vez que o financiamento para sustentar esse tipo de serviço não existia. Isso lhe permitiu reabilitar os *internos* com pouca autonomia antes da normatização destinada a essa iniciativa, a qual, segundo meus interlocutores, explicitou a necessidade de *profissionais* nas moradias, o que veio a ser formalizado na portaria GM/MS nº 3.090/2011.

Para se ter uma ideia do investimento institucional para o custeio de uma moradia tipo I antes dessa portaria, reproduzo os valores apresentados pelo diretor financeiro do SSCF, André Fonseca, em novembro de 2011 (no evento comemorativo dos 20 anos do SRT), sobre o custo mensal de uma moradia no terceiro quadrimestre de 2010.

<b>Custo Moradia – padrão (aluguel + contas públicas + RH)</b>	<b>R\$</b>
Aluguel/IPTU	950,00
Contas públicas (8 pessoas)	480,00
Depreciação de equipamentos e da casa (6 meses)	166,67
Manutenção predial (1 aluguel por ano)	79,17
Subtotal	1.675,84
RH	<b>1.622,65</b>
Custo indireto (6%)	97,36
<b>Subtotal</b>	<b>1.720,01</b>
<b>Total</b>	<b>3.395,85</b>
<b>Receita SRT x custeio SRT (SRT = 25,30)</b>	
<b>Casa com 2 ou 3 quartos – 6 pessoas</b>	4.617,25 mês
Margem (demais-despesas)*	1.221,40 mês
Margem (demais-despesas)**	6,78 por dia/pessoa
De volta para a casa	10,67 por dia/pessoa
<b>Total</b>	<b>17,45 por dia/pessoa</b>
<b>Diária média do SRT-SSCF (base do terceiro quadrimestre de 2010)</b>	
SRT Leste (< intensidade) = R\$116,91	
93 trabalhadores/115 usuários = 0,57 tra/usu (dez/10)	
SRT Sul (> intensidade) = R\$83,50	
31 trabalhadores/ 54 usuários = 0,57 tra/usu (dez/10)	
<b>Média SSCF = R\$100,21</b>	
<b>Valor atual da tabela SIA/SUS*** – R\$25,30</b>	
Valor SIA/SUS corrigido para INPC – R\$47,85	

\* O que sobra para as demais despesas.

\*\* Dividida por seis usuários em trinta dias no mês.

\*\*\* SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais.

Em sua exposição, ele afirmou que o SUS deve financiar o suporte das moradias, que inclui os custos delas, como acontecia no SSCF com o recurso do convênio. Na instituição, a residência com *usuários* autônomos funcionava com dois tipos de recursos humanos, o que contabilizava 36 horas semanais de manutenção doméstica (que pode ser uma empregada doméstica contratada pelos *moradores*) e oito horas de acompanhamento de um monitor de moradias (vide infra 4.3), responsável pelos projetos terapêuticos. A portaria GM/MS nº 106/2000 previa a adequação das casas para abrigar até oito moradores, e, para isso, eram necessários três quartos grandes, para dispor três deles em cada um, “o que seria uma questão complicada; o ideal seria uma casa com seis pessoas em três quartos”, conforme sua avaliação. Ele atestou, a partir dos dados de custo que expôs, que o recurso que sobrava, por dia, para cada *usuário*, não cobria nem três refeições diárias: R\$6,78. Em decorrência, era necessário acionar o dinheiro destes, do benefício “de volta para casa” (R\$10,67/dia), para suprir a sua alimentação e as despesas de consumo pessoal. Esse benefício, cujo objetivo é investir na reintegração social dos *moradores*, é normalmente utilizado para a alimentação ou para a sobrevivência do *paciente* em moradias cuidadas por outras instituições; no caso das moradias do SSCF, o financiamento era garantido pelo convênio com a prefeitura, que arcava com a desatualização do valor da diária tabelada do SIA/SUS, que em 2010 era de R\$25,30 (em 2011, o valor corrigido era R\$47,85).

O objetivo desse tópico foi explorar o alcance das políticas de moradia formalizadas nas portarias e a realidade do investimento do convênio no SRT, em 2011. Nesse serviço, a institucionalização da grande maioria dos *moradores* foi justificada a partir do argumento da sua precariedade social. A dependência institucional de Valentina (de quem falei no capítulo anterior) decorria de sua situação de precariedade social e da de sua família, que não podia sustentá-la. Essa realidade evidenciou, por um lado, o papel da instituição em suprir a ausência das relações familiares com *cuidados* direcionados para o *manejo* de sua vida econômica, social e afetiva; por outro, os elementos singulares de sua história, que autorizavam a gestão institucional de sua vida a partir do argumento de que ela era vítima de desordens sociais e econômicas — portanto, era alvo de intervenções *calculadas* e elaboradas a partir do seu próprio testemunho autobiográfico (Fassin, 2004: 259). Voltarei a esse assunto no capítulo 5. A seguir, exponho o funcionamento da prática do *manejo terapêutico* no SRT.

## 4.2 O manejo da reabilitação psicossocial

Como já mencionei (vide supra 3.3), em 1991, o SSCF era um hospital psiquiátrico composto pelas alas Arco-Íris, Paraíso, Primavera e Casa Branca, que, juntas, abrigavam 140 *internos*. Em uma década, foram criadas dezenove moradias, nas quais residiam 75 *pacientes*. Trinta *usuários* permaneceram no Núcleo Clínico e trinta, na ala Primavera (só desativada em 2009). Em 2000, a portaria GM/MS nº 106 regulou os SRTs, o que possibilitou a criação de mais doze moradias. Naquele momento, foram *montadas* residências no Distrito Sul de Campinas, depois da inauguração de um CAPS III nessa região. No total, eram 94 *usuários* assistidos em 24 residências. Em 2001, com a inauguração da primeira moradia de *alta complexidade*, foram desospitalizados nove *usuários*.

Segundo essa portaria, os profissionais dos CAPS eram os responsáveis por acompanhar os *moradores* em seu território, o que quer dizer que o Governo Federal não garantia nem financiava a elaboração de uma equipe destinada às residências. Desse modo, no SSCF, por um tempo as moradias funcionaram sob a responsabilidade dos CAPS, e os *profissionais*, em decorrência do aumento do número de *usuários* tanto naquelas como nestes, avaliaram as dificuldades em conduzir os PTIs dos *moradores* nelas. Para solucionar esse impasse da assistência, foi criada a *equipe* do SRT, que acompanhava 92 *moradores*, em 23 casas. Assim, a elaboração da *equipe* resultou de uma necessidade detectada pelos *profissionais* a partir da experiência vivida pelos *moradores*. No evento comemorativo dos 20 anos do SRT, uma das suas gerentes, a psicóloga e psicanalista Veridiana Marucio, afirmou que “no início do processo de desinstitucionalização, a preocupação era de preparar os pacientes para a saída do hospital, e a ideia era a de que, com o passar do tempo, os moradores necessitariam de menos assistência e também menos investimento financeiro” (2011b). Os *profissionais* avaliaram as mudanças e perceberam que os seus efeitos converteram as perspectivas iniciais do projeto; no entanto, a dificuldade estava em sustentar a alteração nos discursos propulsores da reforma. A outra gerente do SRT, a enfermeira Ana Carla Lefebvre, falou sobre a mudança de objetivo desse serviço a partir da análise de sua realidade local:

A aposta inicial [das moradias] era que essas casas seriam espaços de morar articulados à rede de saúde do município — e seriam acompanhados pelas equipes do CAPS e contariam com a ajuda da comunidade e do Samu, quando necessário. Percebemos, com o passar dos anos e através das experiências acumuladas, e considerando o perfil dos

moradores, que essa proposta inicial [portaria GM/MS nº 106/2000] tinha os seus limites, e que essas casas necessitariam ser, além do espaço de morar, um espaço de cuidado e de tratamento. (Lefebvre, 2011)

A realocação dos *internos* para as moradias não foi o fim do processo de sua *reabilitação*, mas o início de intervenções terapêuticas a fim de incluí-los nas relações com a comunidade. Observa-se uma inflexão nos objetivos da prática da *reabilitação*: após a realocação, teve início o acompanhamento e a administração da sua vida. Como assinalou Ana Lefebvre, as experiências acumuladas no processo de reforma impulsionaram a formulação, por parte dos *profissionais*, de um saber que permitia a avaliação da previsibilidade do projeto inicial. O perfil clínico dos *usuários* também foi um elemento importante para a intensificação do *cuidado* nas residências. Naquele momento, elas foram consideradas lugar para morar e espaço de *cuidado*, de *manejo* do processo de *reabilitação* e da gestão daqueles.

Meus interlocutores entendiam o *manejo terapêutico* como uma prática de *cuidado*. Em minha pesquisa de mestrado, eu o analisei, a partir do ponto de vista dos *profissionais* do CAPS Esperança, como prática acionada para acompanhar e administrar a vida dos *pacientes* (Sartori, 2011b). Na aula que Gal De Sordi e Ruth Cerejo ministraram sobre PTI e *manejo*, no curso de capacitação para os profissionais do SRT, esta última explicou que os dois são “operadores do trabalho e da clínica” em saúde mental:

Manejar significa dirigir, governar ou gerenciar. O manejo é a expressão do que deve ser feito em termos de cuidado; o manejo é uma técnica da psicanálise que substitui a interpretação. [Um exemplo:] O paciente contou que brigou com outra pessoa, o analista pode interpretar, afirmando “você brigou porque ele é seu pai”. Às vezes, a interpretação é boa para o analista, mas não ajuda na direção do PTI. Quando eu fazia a triagem, teve um caso em que eu perguntei quando a doença apareceu; ele me respondeu que tinha aparecido em um centro espírita. Foi uma opção minha não falar em demônio nem em possessão, mas perguntar o que eu poderia fazer para ajudar, para isso passar, para tratar e tentar incluir o paciente em seu tratamento. (Diário de campo, 1/9/2011)

Segundo Ruth Cerejo, sua opção foi não considerar os elementos não humanos (como o demônio) que fizeram parte da situação de possessão identificada como o contexto em que surgiu a doença, porque considerá-los como recurso da investigação significaria considerar xamãs, curandeiros, mães de santo ou, como no exemplo, o centro espírita como um intermediário que poderia, segundo Nathan (1996: 10), tratar o doente. O autor argumenta que acionar tais saberes é, antes de tudo, analisar suas práticas, seus atos, suas teorias, seus instrumentos e “seus seres sobrenaturais”; e que as terapias tradicionais não são sugestões

nem placebos: no ponto de vista dos praticantes, elas são “técnicas de influência, quase sempre eficazes, e conseqüentemente dignas de investigações sérias” (1996: 10). Nathan (2001) explica que, em uma cena etnopsiquiátrica, participam profissionais, estudantes, linguistas, antropólogos e a família tratada. A família é convocada porque os sujeitos se constituem em coletivo, e, não, isoladamente, no momento de apresentar-se ao terapeuta. O grupo possibilita uma variedade de “intervenções que expressam a multiplicidade das interpretações da desordem” (2001: 97). Juntos, profissionais, pacientes e familiares, discutem a análise e a formulação do sofrimento, que poderão ser reconstruídas e até mesmo refutadas (2001: 98). A etnopsiquiatria não é uma ambição científica, mas uma prática que promove um espaço psicoterapêutico plurirreferencial que se constitui como uma experiência política.

No exemplo que citou, Ruth Cerejo preferiu não explorar a possessão, mas questionar o *usuário* sobre como poderia ajudá-lo. Sua intenção era fazer com que ele participasse do processo de construção de ações que poderiam suprir a demanda individual que o levou ao CAPS — o importante era conseguir informações para que ela pudesse pensar em uma *estratégia* para *manejar* a demanda daquela triagem, diferente da prática etnopsiquiátrica, que procura tratar e curar o paciente recorrendo às terapias tradicionais. A prática do *manejo* é, por um lado, uma forma de gerenciar e governar os *usuários*, e, por outro, uma técnica da psicanálise que, em seu mecanismo de ação, substitui a prática da interpretação. Como a interpretação psicanalítica é importante para o *profissional*, este pode recorrer a ela, mas as ações práticas são elaboradas a partir das informações sobre o contexto do *usuário* e sobre seu *sofrimento*. A ideia não é resolvê-lo nem explicá-lo através de uma interpretação psicanalítica.

Antonio (2015), em sua análise sobre a construção da pessoa e a produção de saber operada na formação de psicanalistas lacanianos, assinala que o processo de interpretação perpetrado na análise leva o analisante à compreensão de seu próprio mal-estar; nesse processo, há o deslocamento “de um ‘mal exterior’ para um ‘mal interior’: o problema está na relação do sujeito consigo mesmo” (2015: 152; ênfases do original). Em trabalho anterior, também abordando a psicanálise laciana, a autora diz que a prática da construção da história pessoal é um mecanismo de interpretação que parece fornecer explicação para o sofrimento ao identificar “sentimentos que estiveram *latentes* na experiência subjetiva. *Os analisantes* [com os quais a autora conversou em sua pesquisa] se disseram surpresos com os fatos da infância que eram levados a rememorar ao longo da *análise*, o que, para eles, atestava a eficiência da terapêutica” (Antonio, 2010: 58; ênfases do original). No processo de interpretação, os



indivíduos adquirem um saber que lhes permite “conhecer profundamente a si mesmos, ou seja, ter acesso à *verdade de si*” (2015: 189; ênfases do original). Segundo Roudinesco e Plon (1998: 388), Freud entendia a interpretação como uma forma de intervenção psicanalítica que procura “fazer um sujeito compreender a significação inconsciente de seus atos ou de seu discurso”; e, conforme Laurent (2008), Lacan a entendia como a evocação de fazer ouvir — e “O que se trata de fazer ouvir”, explica Laurent (2008: 14), “é determinado pela direção do tratamento. A interpretação não é uma adequação, ela é criacionista, ela determina o que é preciso fazer o analisando ouvir”. O analista, ao acionar o mecanismo de interpretação em sua prática, deve assumir a posição de neutralidade e de imparcialidade — o que, segundo Castel (1978), suspende a sua relação de responsabilidade<sup>96</sup>, desobrigando-o de culpas e livrando-o de acusações.

Deleuze (2004a: 200) considera a psicanálise uma “máquina automática de interpretação”, pois encerra o discurso proferido pelo analisado em um aparato psicanalítico de significação moldado por códigos que o enquadram em noções como Complexo de Édipo, castração, falta, desejo. Deleuze e Guattari (2007: 27) consideram que a prática analítica provoca a “redução da produção desejante a um sistema de representações ditas inconscientes, [...] redução dos investimentos sociais da libido aos investimentos familiares, rebatimento do desejo sobre coordenadas familiares”; e que o Complexo de Édipo é “um aparelho de repressão das máquinas desejantes, e de modo algum uma formação do próprio inconsciente” (2007: 28). Ao invés de acionar o conteúdo histórico do campo social, econômico e político, a interpretação psicanalítica se limita à relação familiar e singular do sujeito. Para Deleuze (2004b: 8), “a psicanálise esmaga sistematicamente todos os conteúdos sociopolíticos do inconsciente, conteúdos que, na realidade, determinam os objetos do desejo”. Ruth Cerejo afirma que a interpretação psicanalítica é realizada por alguns *professionais*, mas a elaboração da prática do *manejo* não é composta por informações das interpretações psicanalíticas, e sim por dados da conjuntura e do *sofrimento do usuário*. Percebe-se que as ações que visam a administração, a condução ou o *manejo* são consideradas mais efetivas para o projeto terapêutico dos *usuários* do que as interpretações psicanalíticas. Na mesma aula, ela detalhou, em outro exemplo, a prática do *manejo terapêutico*:

---

<sup>96</sup> Responsabilidade, aqui, tem sentido diferente do sentido jurídico, em que o sujeito, por possuir livre arbítrio, é responsabilizado pelos seus atos. Na psicanálise lacaniana, responsabilidade é entendida como uma prática reflexiva, e “a submissão à *experiência analítica* é a condição fundamental para o sujeito se fazer responsável por si mesmo, dado o acesso às *verdades de si* que a terapêutica proporciona, e, com isso, o sujeito garante sua liberdade” (Antonio, 2015: 164; ênfases do original).

Paciente muito complexo e diabético. Quando o pessoal da equipe saía de sua residência, comia alimentos que não podia. A equipe concluiu que ele precisava de outro manejo, para melhorar a sua qualidade de vida. Seu profissional de referência separou os seus alimentos e os levou para outra residência. Essa ação não foi fácil: tiveram que explicar para ele durante duas horas [a razão de levarem os alimentos], e mesmo assim ele entrou em crise. Depois de conversar em equipe, os profissionais decidiram levá-lo para fazer compras de supermercado, para explicar o que ele poderia comer. Em seu manejo, o paciente não podia comer sorvete, fritura e doces. Assim, não precisou ser transferido para uma moradia 24 horas (que foi a proposta do primeiro manejo [pensado]) e melhorou a sua qualidade de vida. Paciente pediu para não falar que tem diabetes porque lembra diabo. Pediu para a equipe falar que aumentou o açúcar no sangue. (Diário de campo, 1/9/2011)

O exemplo explicita como a prática do *manejo*, no SRT, desloca as interpretações psicanalíticas para um processo de ação e *atuação profissional*. Diferente da neutralidade e do distanciamento do psicanalista, o *manejo* é uma ação projetada em conjunto com o *usuário* e tem um objetivo: no exemplo citado, o *profissional* procurava indicar os alimentos que aquele poderia ingerir, ou orientá-lo sobre eles, com a finalidade de mudar o seu comportamento alimentar e com isso evitar problemas com a taxa de açúcar no sangue, e, conseqüentemente, melhorar a “qualidade de vida”. Percebe-se que o *manejo* é uma forma de gestão das atitudes e dos comportamentos que procura orientar os *usuários* acerca da melhor forma de viver a partir da mudança para um estilo de vida mais saudável. Como método de ação e de orientação pedagógica, é diferente do método analítico da psicanálise, imparcial e distante. Contudo, a psicanálise acionada no SSCF é uma vertente institucional, como afirmam os meus interlocutores.

Em minha pesquisa de campo do mestrado, verifiquei que mais da metade dos *profissionais* do CAPS Esperança era psicanalista. No SRT era diferente: a *equipe* era formada, em sua grande maioria, por técnicos e auxiliares de enfermagem, e os psicanalistas somavam menos de 10% — no entanto, isso não impedia a circulação das ideias, dos conceitos e da linguagem própria desse método de análise entre os seus *profissionais*. Não é minha intenção analisar os pressupostos da psicanálise laciana<sup>97</sup>, mas destaco, aqui, de forma breve, suas orientações para a prática em instituições, para contrastá-las com a prática do *manejo terapêutico*.

Apresento a concepção de interpretação dos meus interlocutores a partir de dois psicanalistas lacanianos: Telles (2008) e Laurent (2008). Telles afirma que a clínica do sujeito e os seus sintomas devem orientar o analista — os *profissionais* do SSCF acionavam as

---

<sup>97</sup> Sobre o processo de investigação psicanalítica, ver Lézé (2008).

orientações da psicanálise lacaniana e seguiam a clínica do sujeito considerando as contingências institucionais. O argumento de Laurent é que a “interpretação verdadeira reenvia a um real”, ou seja, deve existir “correspondência entre o eu inconsciente e a realidade” (2008: 12); a interpretação deve ser feita a partir dos enunciados dos pacientes e deve incidir sobre eles, e não sobre as pessoas de seu convívio. Pode-se afirmar que a prática da interpretação aciona fragmentos abstratos dos relatos dos sujeitos, mas esses elementos não são metáforas, uma vez que o seu conteúdo corresponde ao material da sessão. Lacan reformulou a ideia de desejo inconsciente definido por meio da linguagem para a de que o “desejo é a sua interpretação”, o que significa que a interpretação é um desdobramento do, ou sustentada por um desejo (cf. Laurent, 2008: 14).

Segundo me explicaram os *profissionais* do SRT, o desejo é uma força que guia as ações terapêuticas, que são analisadas para que, em seus efeitos, direcionem a vida dos *usuários* para uma melhor “qualidade de vida”. Outro enunciado sobre o *manejo terapêutico* foi proferido por Georgea, psicóloga, gerente do CAPS Esperança, no curso de capacitação, em uma aula sobre a história da saúde mental e a Reforma Psiquiátrica (8 de setembro de 2011): o *manejo* é uma forma de ação terapêutica elaborada para uma situação particular, uma situação sem precedentes e sem protocolos — e a esse tipo de ação, denominou de *jeitinho* ou forma de agir *calculada* a partir de uma experiência, quer dizer, o *jeitinho* não pode ficar na “pura intuição”, uma vez que é um saber produzido em uma experiência particular e discutido de forma coletiva nas reuniões de *equipe* (isso ficará mais evidente na descrição da *atuação* da *equipe* no próximo capítulo).

Os *profissionais* diziam que a criação da *equipe das moradias* esteve associada a uma necessidade local dos *usuários*, que estavam envelhecendo e, em decorrência, apresentavam-se mais dependentes de ajuda para efetuar as atividades do dia a dia, além de manifestar com maior frequência quadros de patologias crônicas, que solicitavam acompanhamento e *cuidados* clínicos. Conforme avaliou Ana Carla Lefebvre (2011) sobre essa demanda de *cuidados* intensivos nas moradias,

Hoje [2011], vinte anos depois, devido ao envelhecimento, ao aumento e agravamento de comorbidades<sup>98</sup> associadas à doença mental, alto grau de dependência que esses moradores apresentam para a reabilitação de atividades cotidianas, percebemos que é maior a demanda por moradias 24 horas e a necessidade de **qualificação da equipe** de

---

<sup>98</sup> Comorbidade ocorre quando o paciente apresenta duas ou mais patologias.

cuidados para lidar com intercorrências clínicas e psiquiátricas visando o aperfeiçoamento e a **ampliação do olhar desses profissionais para a identificação de situações de riscos.**

O envelhecimento dos *usuários* que moravam no hospital psiquiátrico e foram encaminhados para as moradias provoca o aparecimento de doenças clínicas e a necessidade do acompanhamento das atividades de *reabilitação*. A qualificação dos *profissionais* é considerada importante, tendo em vista as novas solicitações do *manejo do cuidado*, que, além do acompanhamento psiquiátrico, inclui tratamento de problemas clínicos e o controle de doenças crônicas (diabetes, hipertensão, obesidade). A *equipe* identificou a necessidade de cursos de capacitação para qualificar os *profissionais*, para torná-los aptos a exercer e a produzir uma nova assistência de *cuidado* com o intuito de *ampliar o olhar para identificar situações de risco*. A categoria de risco, segundo o ponto de vista dos meus interlocutores, está relacionada a um contexto, a uma situação, a uma ação ou a um estado do *usuário* que pode lhe ocasionar um dano. Quanto ao que pode ser uma situação de risco para o *usuário*, uma residência com degraus representa um contexto de risco de queda; no caso da manifestação de um sintoma psiquiátrico de delírio, ele perde o discernimento sobre a realidade e não consegue analisar o risco que há em sair para a rua (ser atropelado ou perder-se, por exemplo); no caso de uma *crise* psicótica em que o *usuário* manifesta ações agressivas, estas podem ser consideradas um risco para quem estiver próximo e para ele mesmo. Assim, mais interessante que listar as situações que podem ser consideradas de risco é descrever o que a análise do risco aciona no interior das práticas de *cuidado*, como a categoria de risco faz funcionar e, ao mesmo tempo, justifica as práticas de gestão dos *usuários* no SRT (voltarei a esse assunto no fim do tópico 4.5), bem como o financiamento dessas práticas, que são descritas no texto do convênio. Os espaços em grupo, as reuniões (semanais de *equipe* e quinzenais de *supervisão*) e as passagens de plantão são contextos em que os *profissionais* disseminam esse conhecimento prático, avaliam a sua *atuação* e refletem sobre o aperfeiçoamento do serviço. A troca de experiências e de conhecimentos é uma responsabilidade do *profissional*, que procura habilitar e orientar todos os membros da *equipe* para que possam caminhar na direção das *metas* desejadas para o serviço e para evitar que as ações terapêuticas reproduzam os erros de *manejo* já cometidos. A composição da *equipe* do SRT, a operacionalidade de suas reuniões e a troca de experiências são descritas a seguir.

### 4.3 A equipe das moradias

Descrevo, neste tópico, o funcionamento da *equipe das moradias* em sua organização como *estratégia* de ação nas moradias. Com isso, detalho como os *profissionais* pensavam as funções de cada membro da *equipe* e como exerciam o *cuidado* delineando uma ação sobre o território, produzindo *cálculos* e *estratégias* para dirigir a conduta dos *usuários*.

Moreau (2008), em sua análise sobre o processo de desospitalização e dos desafios enfrentados por familiares nomeados como responsáveis pela tutela de pessoas com transtornos mentais, em Paris, diz que, por vezes, aqueles enfrentam dificuldades em deixar sozinha a pessoa que sofre, para resolver tarefas práticas; e que a “liberdade” é um desafio para quem está isolado e não conta com a solidariedade dos familiares ou com a ajuda de serviços de saúde. O movimento de desinstitucionalização reivindica o restabelecimento da autonomia, a garantia de direitos e da liberdade com a redução dos custos de saúde. Seus atores afirmam que a identificação precoce dos riscos de desenvolver uma desordem ajuda a impedir o seu avanço porque produz ações para evitar o “perigo” do excesso de medicalização e de intervenções psiquiátricas. A autora observou o funcionamento das visitas domiciliares, realizada por equipes móveis que procuravam deslocar a ideia de emergência de crise psiquiátrica para ações preventivas, de forma a antever as crises e evitar intervenções coercitivas (como a internação e a medicalização excessiva), e ressalta que a análise dos “novos dispositivos de poder” deve explorar a forma como os profissionais operam o cuidado em suas configurações locais, redistribuindo e autorizando modos de ação sobre a vida e produzindo relações de responsabilidade sobre o resultado da desinstitucionalização.

Os aspectos do funcionamento da *equipe das moradias* revelam a institucionalização do SRT como uma organização de saúde. As novas práticas, as novas categorias de *profissionais* e o saber construído na experiência cotidiana desse serviço afirmam o processo de remodelação do SSCF. Em 2011, a *equipe* do SRT era composta por 136 funcionários, que assistiam 163 *usuários* em 29 moradias (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2013b: 143), e o serviço tinha uma gerente e uma cogerente. No início de 2012, a *equipe* reconfigurou-se em duas *equipes de referência*, cada uma com a sua gerente. O profissional gerente é comum nas *equipes* dos serviços do SSCF, e durante a pesquisa de campo havia uma reunião semanal com eles: a do Colegiado Gestor. Nota-se, na instituição, a adoção de termos administrativos (reunião de planejamento, auditoria, indicadores, orçamento) e de práticas de gestão

hospitalar. Observei que a *equipe*, enquanto grupo, é uma ferramenta para o gerente detectar focos de tensão em uma fase inicial e para remediá-los. Além disso, a reunião da *equipe* é um espaço de comunicação, de troca de informações, de orientação e de capacitação que produz esclarecimento sobre as práticas e sobre as tarefas que devem ser realizadas nas moradias. Esse mecanismo de grupo tem por objetivo apresentar as necessidades reais das intervenções, e as práticas oriundas da gestão hospitalar, o de organizar o trabalho em *equipe*, diminuir os conflitos e aumentar a eficiência.

No caso do SRT, a necessidade de dois *gerentes* foi decorrência do grande número de *usuários* e de funcionários, e, para tornar-se um, era necessária a aprovação em um processo seletivo realizado pela instituição. Nela, durante a pesquisa de campo, os gestores, na sua grande maioria, eram mulheres graduadas (em psicologia, terapia ocupacional e enfermagem), especialistas (em políticas públicas e psicanálise) ou mestres (em saúde coletiva, em psicanálise e em ciências médicas)<sup>99</sup>. O termo gerente indica a incorporação de funções administrativas no interior das práticas terapêuticas. O gerente exerce o papel de *profissional de referência* para os outros integrantes da *equipe* (do mesmo modo que os *profissionais* da *equipe* são *referência* dos *usuários*), *escuta* as suas demandas e procura encaminhar ou encontrar soluções para administrar situações de conflito, as queixas e a exposição de ideias criativas. Procura ouvir as problematizações feitas pelos *profissionais* porque elas indicam a forma de explicar e racionalizar tais situações. Ao formular as ações administrativas a partir da capacidade subjetiva dos *profissionais* (os sentimentos e as queixas acerca de suas práticas e da organização da instituição), o gerente investe no direcionamento, no alinhamento e na orientação da *equipe* para os objetivos do serviço. Isso acontece individualmente ou em grupo, em falas que visam o esclarecimento de dúvidas e explicações sobre o contexto institucional. Segundo meus interlocutores, essa forma de comunicação minimiza o sentimento de ansiedade e os receios frente aos conflitos e às dificuldades. Nesse sentido, o gerente administra as relações individuais, as relações de interação em grupo, os sentimentos, as queixas e a subjetividade dos membros da *equipe*.

Cada *equipe de referência* é subdividida em três grupos de *profissionais*: a *equipe técnica*, a *equipe fixa* e a *equipe volante*. A *equipe técnica* é formada por *profissionais*

---

<sup>99</sup> Quanto à formação no ensino superior em psicanálise, que não existe no Brasil, uma das psicólogas do SRT fez especialização no Instituto Clínico de Buenos Aires (ICdeBA), ligado à Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL), na Argentina; e uma fez mestrado na Universidade Paris 8, na França. Esta última é membro da Escola Brasileira de Psicanálise.

*universitários* (já graduados), que oferecem assistência móvel através de visitas domiciliares e são responsáveis pela parte burocrática e pela competência do seu núcleo profissional (enfermagem, psicologia, terapia ocupacional); a *equipe fixa* é formada por *profissionais* que permanecem nas moradias (auxiliares de moradia, técnicos de enfermagem, monitores); e a *equipe volante* é formada por *profissionais volantes*, que circulam entre elas. A diferença entre os *profissionais volantes* e os *profissionais universitários*, que também circulam pelas moradias, está na atribuição das atividades, e a disposição destas por categoria profissional está expressa no documento do convênio. Sobre as atribuições do *técnico universitário*, cabe a ele

organizar escala de RH; administrar e organizar relatórios do PVC; fazer evolução de prontuários; preenchimento de Apacs (faturamento); fazer relatórios para supervisão clínica; elaborar e atualizar banco de dados; elaborar projeto terapêutico individual e coletivo junto ao morador e equipe; coordenar e participar de reuniões [...]; atividades e atendimentos nos Caps; articulações setoriais e intersetoriais (CS Centros de Saúde, OS, Caps, Sesc, Sesi, Assistência Social, Fumec e comunidade em geral); supervisão de estágios; organização da documentação e acompanhamento da solicitação de BPC; administração dos serviços e organização das tarefas (manutenção das casas, mudança de móveis); contato com familiares de moradores; orientar o trabalho da equipe de nível médio e técnico; acompanhar e organizar atividades sociais, culturais, educativas, terapêuticas e esportivas dos moradores. (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2013b: 145)

Percebe-se a diferença entre as funções exercidas quando são contrastadas as atividades dos *profissionais universitários* com as dos *volantes*. Na *equipe volante* há um número reduzido de *profissionais universitários*: em sua maioria, são técnicos de enfermagem responsáveis pela administração das medicações e por acompanhar os *usuários* nas *saídas agendadas* (consultas, exames, ir ao banco para resgatar o benefício, visitas familiares e compras de vestuário). No convênio, as atividades de responsabilidade dos *volantes* são as seguintes:

**Enfermagem:** conferir e administrar medicações; inserir medicação de alto custo nas fitas dos moradores; verificar sinais vitais; estimular, orientar e auxiliar os moradores quanto ao auto cuidado e atividades de vida diárias; preparar os moradores para saídas diárias (FUMEC, CECO [centro de convivência], CAPS); fazer evolução no prontuário; realizar acompanhamentos terapêuticos; participar de reuniões de equipe e supervisões (construção de PTI); realizar reposição de material de enfermagem e farmácia; agendar e acompanhar consultas e exames; realizar contato com familiares; colaborar com a organização de festas e passeios; agendar transporte; incentivar o morador a se responsabilizar por atividades da casa e do próprio projeto de vida; escutar demandas e manejar crises. (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2013b: 144)

**Monitores:** colaborar com o morador para receber e administrar benefício (PVC e LOAS); acompanhar consultas e exames; acompanhar e organizar atividades esportivas, culturais e sociais dos moradores; orientar o morador em relação aos cuidados com a higiene pessoal e auxiliar no banho, trocas, cuidados com higiene; realizar manutenção da limpeza da casa quando necessário; fazer e servir refeições quando necessário; organizar armário e pertences dos moradores; fazer prestação de contas dos benefícios; fazer compras; organizar festas de aniversário e de outras datas comemorativas com o morador; participar de reuniões de equipe e supervisões; contato com o Centro de Saúde e com familiares de moradores; colaborar com o manejo das crises. (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2013b: 144-145)

No SRT, cada *profissional volante* é responsável por um número de casas e circula entre elas prestando ajuda aos *profissionais* da *equipe fixa*. A moradia de *alta complexidade* mantém uma *equipe fixa* e o *volante*. Algumas moradias autônomas (ou que não possuem *equipe fixa*) recebem a visita dos *profissionais volantes*, que verificam o funcionamento das atividades: se os *usuários* ingeriram a medicação, se há alguma intercorrência, se há necessidade de realizar alguma atividade ou algum acompanhamento, ou se é necessário algum tipo de *suporte* (apoio, ajuda, auxílio) para as atividades diárias. Percebi, e os próprios *profissionais* comentavam, que quando os *usuários* eram mais autônomos, aqueles se sentiam mais tranquilos, por não haver a necessidade e a responsabilidade de executar determinadas tarefas. Muitos *moradores* realizam o autocuidado, tomam a medicação, vão ao mercado e cozinham. Essa autonomia é almejada pelos *profissionais*, e conquistada pelo *usuário*, por vezes, de forma lenta, através da orientação e do acompanhamento daqueles. Com a organização das práticas de *cuidado* no território, nas residências, na rotina de visitas domiciliares e na proximidade da relação terapêutica, a intenção dos *profissionais* é orientar os *usuários* para que se autoavaliem e façam a gestão dos seus sintomas, e depois contem a eles sobre os seus *sofrimentos* e desconfortos. Acker (2005), em uma pesquisa em diferentes serviços hospitalares de oncologia, na França, analisou, neles, a redefinição do trabalho do enfermeiro. Ela verificou que as práticas de cuidado desse profissional foram redefinidas depois que os pacientes começaram a se apropriar de algumas de suas tarefas: entre outras, a administração da medicação, a verificação da pressão e a identificação de sintomas. Segundo a autora, para os pacientes que mesmo após a alta precisam de atendimento domiciliar, foram desenvolvidos protocolos para garantir a continuidade do cuidado que não necessariamente precisaria ser realizado pelo profissional de enfermagem. Marcos Antônio Costa (2011), falando sobre a sua experiência nas moradias, contou que



Na região sul, a maioria [das moradias contava] com assistência 24 horas, e a região leste era composta por casas de assistência volante. Começamos conhecendo os moradores, as casas e o território, identificando e levantando o diagnóstico para depois implementar o processo de trabalho nas casas. [...] Uma equipe fixa e uma equipe volante cobrindo as múltiplas necessidades do processo de saúde e doença. Como pensar e planejar o serviço? Havia técnicos de referência, técnicos e auxiliares de enfermagem, monitores (antes tinha os cuidadores, a nossa equipe implementa a categoria de monitor), os auxiliares de higiene (que se transformaram em auxiliares de moradia, que permaneciam o tempo todo nas casas com os moradores). [...] Um reforço no RH com as empregadas domésticas contratadas pelos próprios moradores. Um avanço, pensando em uma nova tecnologia de trabalho em um novo local de trabalho: a casa deles. Essas mulheres trazem informações importantes. Elas trabalhavam 40 horas semanais, de segunda a sexta. Isso cria um vínculo muito importante.

Seu relato explora a distinção entre as moradias, as suas diferentes localizações e os tipos de assistência oferecidos. Primeiro, os *profissionais* investigavam e examinavam os *usuários*, as moradias e o território, para executar um trabalho nelas. Naquele momento, eles se questionavam sobre a forma de “pensar e planejar o serviço”, e o planejamento era operado a partir da suposição de que riscos poderiam ocorrer. Dessa forma, observavam atentamente os elementos que poderiam indicar uma ameaça em potencial, por mais improváveis que algumas pudessem parecer — era importante descrever detalhadamente tudo o que poderia vir a ser um risco futuro. Na reunião da *equipe* (tema do próximo tópico), apresentavam exemplos vívidos, que serviam de elementos para analisar possíveis riscos. Um exemplo, que citei anteriormente, foi como, na escolha de uma casa para abrigar os *usuários*, na qual houvesse uma escada, aquela poderia ser analisada como um imóvel que apresentava risco em potencial, porque os idosos poderiam cair e se ferir, e, conseqüentemente, precisar de atendimento hospitalar, talvez de uma cirurgia. Outro exemplo de risco, citado no capítulo 2, foi dado por Gal Soares De Sordi (2011): “Eu me lembro de uma casa que eu achei maravilhosa. O Juarez foi até lá e, com um olhar de fisioterapeuta, falou assim: ‘Nessa banheira as pessoas vão cair!’”. Esse risco em potencial, caso viesse a acontecer, provocaria sofrimento ao *usuário* e, ao mesmo tempo, gastos públicos (uso de ambulância, internação, medicamentos, procedimento cirúrgico). De fato, as experiências dos *profissionais* serviam de diretrizes para a avaliação tanto da arquitetura das residências como do estado de saúde dos *usuários*. Esse saber experimental era acionado nas discussões da *equipe*, nos cursos de capacitação e nos treinamentos. Como me disse uma interlocutora, “na construção do cuidado, experimentar é ousar, mas tem que ser um ousar com responsabilidade”.

Os projetos de reforma das residências e as propostas de realocação de *usuários*, decididos nas reuniões de planejamento, são exemplos de ações que visam evitar riscos. Tais

ações são descritas no Plano de Metas e em atas. Outro exemplo sobre a forma de pensar e planejar o serviço foi o curso realizado em 2011, de capacitação para os *profissionais* do SRT, principalmente os da *equipe fixa*, que permaneciam mais tempo com os *usuários*. A ideia era treiná-los para que identificassem possíveis ameaças e urgências, caso de uma parada cardiorrespiratória, em que a resposta do *profissional* deve ser imediata, pelo procedimento de ressuscitação cardiopulmonar. Essa técnica foi exposta no curso e, depois das explicações, todos praticaram em um boneco. Portanto, a prática do planejamento investe nos *profissionais* e produz uma capacidade de resposta ou responsabilidade para avaliar, elaborar planos de ação, antecipar e/ou prevenir riscos ou *crises*.

No SRT, a limpeza e o preparo das refeições são responsabilidade das auxiliares de moradia, contratadas para trabalhar 40 horas semanais. Suas atribuições estão descritas, no documento do convênio, como limpeza das casas, *cuidados* de higiene pessoal dos *usuários* não autônomos, a participação nas reuniões da *equipe* e nas discussões clínicas apresentando informações atualizadas sobre os *moradores*. Em algumas casas, também havia outras *profissionais* consideradas auxiliares de moradia: a roupeira e a copeira (esta, responsável por organizar as refeições e a limpeza da cozinha).

Os monitores, as auxiliares de moradia e os auxiliares de enfermagem formam a maior parte dos *profissionais* da *equipe*. Permanecendo nas residências, eles produzem uma relação de *vínculo* e são os responsáveis por acompanhar os *usuários* em sua rotina, ajudando na alimentação, na higiene pessoal, na administração da medicação, no controle e na verificação da pressão arterial. Todos os *profissionais* acompanham o processo de *reabilitação*. As auxiliares de moradia cooperam com a elaboração dos PTIs, já que acompanham, de forma contínua, os *moradores* durante o seu período de trabalho, e observam, detectam e informam os outros *profissionais* da *equipe*. Isso faz com que a *equipe*, sua gerente e o psiquiatra saibam o que está acontecendo com os *usuários* nas residências e com os que estão circulando acompanhados dos *volantes*. Essa forma de organização do funcionamento, que possibilita o fluxo de informações entre os *profissionais*, torna a *equipe* a própria instituição, que centraliza as informações e sabe dos acontecimentos nas moradias por se estender através do corpo dos *volantes* e das auxiliares de moradia.

Nesse sentido, os *profissionais* operam uma forma de organização similar ao funcionamento do poder médico asilar que Foucault (2006e) analisou: o asilo era o corpo do psiquiatra, ou uma espécie de extensão do seu corpo, uma vez que o seu poder estava ou era

exercido em cada parte daquele (2006e: 227). O autor precisa dessa ideia: o corpo do psiquiatra deveria impor-se ao doente logo no início do atendimento, e a arquitetura asilar deveria proporcionar a visualização dos espaços, dos doentes e do pessoal. O corpo do psiquiatra estava em comunicação com a parte administrativa do hospital, engrenagem da máquina de regulação e concentração das informações, e com os vigilantes, que, por sua vez, eram os instrumentos de acesso direto ao corpo do doente.

No meu campo de pesquisa, não é apenas o psiquiatra que concentra as informações, mas toda a *equipe de profissionais*. Com a *atuação* das auxiliares de moradia, os outros *profissionais* não precisam se preocupar com a higiene da casa e o preparo das refeições. Após a problematização desse contexto e a consequente contratação daquelas, eles puderam dispor do seu tempo para as atividades de *reabilitação*. Furtado e Nakamura ([2012]: 337)<sup>100</sup> observaram, em outras experiências de moradia, que a prática dos cuidadores visa organizar a limpeza da residência, o acompanhamento dos moradores e de sua saúde. Segundo Furtado ([2012]), os cuidadores estão conectados aos trabalhadores da equipe de saúde mental do município, os quais permanecem nos centros de saúde. Contudo, a maioria deles não possui treinamento nem formação, o que resulta em conflitos e sobrecarga de atribuições, considerando que são “pessoas em geral com baixa escolaridade, com fraca inserção nas equipes de saúde mental e recebendo pouco ou nenhum suporte das mesmas” ([2012]: 28). Observa-se, nesse caso, uma crítica ao modelo de funcionamento normatizado nas portarias do Ministério da Saúde. A problematização apresentada por Silva *et al.* ([2012]: 198) sobre essas dificuldades de articulação e suporte dos funcionários municipais nas moradias já havia sido feita, em 2005, sobre o seu próprio cotidiano institucional, pelos *profissionais* do SSCF que trabalhavam nos CAPS na época em que os *moradores* eram assistidos por meio de visitas domiciliares (vide supra 4.6), e ela resultou na elaboração de uma *equipe* para o SRT. O trabalho em *equipe* foi organizado com o objetivo de produzir a circulação de informações, importante para o *cuidado* dos *usuários*, como explicou o enfermeiro Marcos Antônio Costa (2011):

A informação que um morador está indo toda hora ao banheiro, nos convoca a pensar: será que ele está desenvolvendo diabetes? Outro exemplo: como um morador que estava

---

<sup>100</sup> Nesta tese, as citações de trabalhos constantes da coletânea organizada por Furtado e Nakamura referem-se aos originais que me foram cedidos por Juarez Furtado em 2012, e por isso o ano aparece entre colchetes, e nas referências colocadas ao final, informo que trata-se de um “mimeo”. No entanto, em 2014, ela foi lançada pela editora Hucitec (ver Furtado e Nakamura, 2014).

bem começa a desenvolver um quadro confusional? É algo da psicose ou é algo da clínica? Será que está com o destro [o resultado do exame de glicemia] alterado? Será que está com infecção urinária? Esse **não saber** a gente foi conquistando no dia-a-dia. [...] **Vamos estabelecer regras ou fazer acordos?** Do meu **não saber** e do meu saber eu posso dizer da importância de realizar o exame de glicemia em um morador que está com o destro alterado e que não está em uma casa 24 horas, e que existe a possibilidade dele fazer um bolo.

As situações expostas evidenciam a forma como os *profissionais* operam as *estratégias* para identificar os riscos e como são acionadas as intervenções de segurança. A partir da sua observação, algumas informações importantes (um comportamento alterado ou o resultado de um exame, por exemplo) são transmitidas para a *equipe*, que avalia a situação. Segundo os meus interlocutores, um problema clínico pode levar o *usuário* a apresentar sintomas psiquiátricos como, por exemplo, um quadro de confusão e de agitação, e as doenças crônicas podem agravar e desenvolver um quadro de urgência, que necessitaria de intervenção hospitalar. No curso de capacitação para os *profissionais* do SRT, na aula sobre envelhecimento, *demência*<sup>101</sup> e morte (21 de julho de 2011), Cláudia, psiquiatra, apresentou alguns elementos que os *profissionais* precisam avaliar para detectar possíveis riscos, como a perda da visão ou da audição, que poderiam levar o *paciente* a uma queda (no caso da perda da audição, ele não escutaria um grito de aviso).

Ela expôs, também, alguns efeitos nocivos das medicações: os ansiolíticos, que podem causar arritmia, diminuição da pressão arterial e sonolência, e estas, por sua vez, agravar um quadro de depressão; o medicamento antipsicótico quetiapina, que produz perda de sódio, a qual pode acarretar um quadro de *demência* (também a manifestação de um quadro de hipotireoidismo pode apresentar uma *demência* transitória). No caso de *pacientes* que apresentam pouco potássio no sangue, eles podem manifestar agitação, agressividade e vontade de sair para a rua à noite ou de madrugada. Enfim, o que Cláudia estava afirmando é que os problemas clínicos podem ter, como efeito, sintomas psiquiátricos e de comportamento. Vê-se como as práticas em saúde mental, principalmente do núcleo médico, foram ajustadas a uma análise clínica. Esse saber médico é acionado para detectar uma urgência biológica, que produz intervenções cujo intuito é proteger a vida dos *usuários*. Quanto à afirmação de Marcos Antônio Costa, “Vamos estabelecer regras ou fazer acordos?”, nela se pode observar uma relação normativa, não uma sentença proibitiva como uma lei. Ela

---

<sup>101</sup> *Demência* é a perda de funcionalidades cerebrais responsáveis pela memória, pelo raciocínio e pela cognição, isto é, perda da capacidade de entender, assimilar e se relacionar. Ela produz sintomas que podem afetar a linguagem e o comportamento, alteram a personalidade e acarretam perda da autonomia e de qualidade de vida.

expõe como são acionadas as práticas de segurança que detectam as manifestações clínicas que podem resultar em um risco psiquiátrico.

Coutant (2012), em sua etnografia em uma unidade psiquiátrica para adolescentes identificados com distúrbios graves de personalidade e de comportamento, na França, analisou as recentes modalidades de governo e questionou a legitimidade das intervenções psiquiátricas: “até onde ir?” (2012: 208). Em seu campo de pesquisa, nos casos de transtornos graves eram acionadas as categorias nosográficas como um recurso psiquiátrico em situações de urgência, e a hospitalização funcionava como uma máquina de conversão, além da contenção química e física. A noção de conversão sustentava a ideia de uma “boa intervenção” (mesmo nos casos em que a conversão não era alcançada). Segundo a autora, as intervenções psiquiátricas como o confinamento e a coerção podem ser consideradas formas de cuidado legítimas, principalmente pelos cuidadores, mas também pelos pacientes e pelos seus familiares, que são convencidos pela “autoridade moral dos cuidadores”, a qual é fundada em “um saber e na experiência do psiquiatra, mas também em sua calma e segurança. Enfim, sobre sua capacidade de ‘estabelecer a aliança’ com os pacientes e sua família” (2012: 208; ênfases do original). Quanto à avaliação moral dos cuidadores, a autora afirma que ela depende da sua experiência e das emoções que eles sentem como consequência de sua trajetória pessoal e social.

Apesar da diferença entre os campos de pesquisa, quero explorar o mecanismo de ação do saber psiquiátrico identificado por Coutant e o que verifiquei em minha etnografia. Na instituição por ela analisada, a intervenção psiquiátrica em situações de urgência e de risco social, de agressão e de violência fundamentava-se em um saber médico nosográfico, que considera uma “boa intervenção” aquela sustentada a partir da ideia de conversão, mesmo quando não é eficaz. No SRT, os *profissionais* assumem um “saber”, que está associado ao campo profissional (enfermagem, psicologia e terapia ocupacional), e um “não saber”, referente a uma postura sua em aprender como agir em determinadas situações sem protocolo ou inusitadas, e que é acompanhada por um aumento nas ações de vigilância/segurança, que produzem uma observação atenta dos *usuários* com o objetivo de melhorar a sua “qualidade de vida” e evitar os riscos de *crises* psiquiátricas. O “não saber” é um mecanismo que produz ações que investigam, problematizam, analisam e *calculam* a melhor intervenção. Tal mecanismo é uma *aposta* ou uma tentativa que, além de incentivar a criatividade dos *profissionais* para elaborar o *cuidado* e soluções para os problemas locais, produz um

aperfeiçoamento na forma de operar as práticas, visto que os erros não são argumentos de condenação, mas conteúdo para novas problematizações. Para Coutant (2012), o saber que por vezes não funciona tem a força de persuadir sobre a internação por meio de uma “autoridade moral” fundamentada no discurso psiquiátrico. Observa-se, no SRT, o acionamento de categorias para justificar a intervenção psiquiátrica com o intuito de evitar os riscos sociais (voltarei a essa discussão no último capítulo). Ricardo Azevedo Pacheco, psiquiatra e assessor da Residência Médica em Psiquiatria do SSCF, apresentou, no evento comemorativo dos 20 anos do SRT, a sua experiência como *supervisor de equipe* e explicitou o mecanismo da *aposta*:

O SRT foi o serviço do Cândido que me convidou pela primeira vez para ocupar o lugar de supervisor clínico. O que é bacana na função de supervisor é que você definitivamente nunca sabe o que vai encontrar quando você vai para uma supervisão, então você é o tempo todo convocado a responder de um lugar em que o seu saber não tem previsibilidade para responder. [...] Muito mais do que uma aposta em um conhecimento técnico que em pouco tempo de percurso se mostra razoavelmente precário, vigora uma aposta — quando ela dá certo, porque nem sempre ela dá —, existe uma aposta nas pessoas, de que elas podem assumir uma condição a partir daquilo que elas não sabem. (Pacheco, 2011)

Percebe-se, em seu relato, a forma de operar uma prática experimental que tem no procedimento da *aposta* a possibilidade de fracasso ou de sucesso da intervenção. No caso de sucesso, os *profissionais* atestam a efetividade de uma nova intervenção, e isso provoca outro rearranjo na *equipe*. Parece-me que o mecanismo da *aposta* possibilita uma brecha para algo novo acontecer, já que o fracasso de uma intervenção faria a *equipe* avaliar e testar novamente, em outro momento ou de uma outra forma, a ação terapêutica para o fim desejado. Assim, esse mecanismo funciona com a possibilidade de acerto ou de erro, e com a capacidade dos *profissionais* em analisar um contexto e programá-lo. O mais importante na *aposta* é atingir o seu objetivo; no caso de falha, os *profissionais* investem na criação de novas *estratégias* de intervenção.

Como exemplificou Marcos Antônio Costa, existia a possibilidade de o *usuário* estar com a taxa de glicose alterada e comer um bolo em uma casa que não tinha assistência 24 horas, e isso poderia agravar o seu quadro de diabetes, o que, por sua vez, poderia resultar em sintomas psiquiátricos e, conseqüentemente, em sofrimento ou diminuição de sua “qualidade de vida”. A possibilidade de morar em uma residência confortável na comunidade, o acesso a três refeições diárias (compostas por uma alimentação saudável para evitar o aparecimento ou

o agravamento de doenças crônicas), a prática de exercícios físicos e a participação em atividades culturais (no grupo de música ou de dança, no centro de convivência), segundo os *profissionais*, são ações que promovem “qualidade de vida”.

Nesse sentido, o discurso sobre a prevenção de um *sofrimento* ou sobre as maneiras de promover a melhora na “qualidade de vida” é uma forma de acionar práticas de segurança e de governo dos *usuários*. Ao transformar as problematizações sobre o *sofrimento* individual e sobre a “qualidade de vida” em um discurso técnico, os *profissionais* criam formas para orientar e administrar a conduta daqueles, nas residências, por meio de práticas de segurança e de governo. Os dispositivos de segurança foram descritos por Foucault (2006d) como o instrumento técnico da governamentalidade, formado por “instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas” que possibilitam o exercício de uma “forma bem específica, bem complexa, de poder que tem como alvo principal a população” (2006a: 303). No SRT, a governamentalidade manifestada em práticas de segurança mobiliza intervenções estratégicas para o governo da conduta dos *usuários* e as justifica com o discurso da “qualidade de vida”. Descrevo, no próximo tópico, como os *profissionais* formulam as práticas de acompanhamento dos *usuários* nas moradias.

#### **4.4 Reunião de *equipe***

Depois de apresentar o meu projeto de pesquisa na reunião da *equipe das moradias* e de receber a autorização dos *profissionais*, comecei a participar regularmente desse grupo como ouvinte. Todas as terças-feiras depois do almoço, de junho de 2011 a maio de 2012, eu me juntava a eles para ouvir as discussões, os avisos, as ocorrências, as recomendações sobre os *usuários* e sobre o funcionamento da *equipe*. A reunião acontecia em um antigo prédio, onde funcionou, até meados da década de 1990, a ala Paraíso (ao lado do edifício que abriga o Núcleo Clínico e em frente do Ponto de Cultura Maluco Beleza). Após a desativação daquela, o espaço foi reformado: em seu interior foram dispostas as salas administrativas (da superintendência, do diretor clínico, da gestão de cuidados, três salas para as secretárias, uma sala pequena de atendimento e duas salas de reuniões). Na sala da secretária das moradias, frequentemente era possível encontrar algum *profissional* da *equipe* ou um *usuário*. A sala onde aconteciam as reuniões da *equipe* era grande, circundada por carteiras escolares de

madeira (em cima das quais havia sempre uma prancheta), continha uma escrivaninha em madeira e, na parede, um quadro branco, para anotações. O espaço acomodava umas vinte pessoas, e era utilizado para outras atividades e para as aulas da residência médica em psiquiatria da instituição.

A reunião da *equipe* era coordenada por um dos *profissionais*, escolhido no começo daquela. Ele inscrevia o nome de quem queria falar alguma coisa e organizava o tempo das apresentações. O objetivo da reunião era expor as informações acerca dos *usuários*, dos *profissionais*, das normatizações institucionais e, durante o tempo em que eu as frequentei, as notícias sobre as negociações do convênio. No evento comemorativo dos 20 anos do SRT, Veridiana Marucio (psicóloga, psicanalista e gerente desse serviço) falou sobre as discussões que aconteciam nas reuniões da *equipe*:

Semanalmente nos reunimos, a equipe técnica, para problematizar questões não diretamente ligadas aos projetos terapêuticos, mas ao modelo e às situações que envolvam a equipe. A partir dessa reunião a gestão se orienta para pensar intervenções que valorizem a subjetividade dos nossos trabalhadores. As dificuldades trazidas do manejo de uma casa ou com algum paciente, as questões de infraestrutura, necessidades de apoio às empregadas domésticas, mudança de imóvel e ampliação da assistência. Essa reunião é, muitas vezes, atravessada pelos celulares e rádios, que tocam o tempo todo pelas intercorrências com os moradores, problemas de escala que nem sempre são fáceis de resolver. Porém, insistimos em priorizar essas 2 horas de encontro para que possamos, além de contribuir com o alinhamento da gestão da equipe que fica à frente na assistência, dar um certo contorno às nossas angústias. (Marucio, 2011b)

Na primeira parte da reunião eram apresentados os informes (avisos, informações diversas), depois, as pautas — estas, discussões mais demoradas, nas quais os *profissionais* buscavam organizar e sistematizar o processo de trabalho, encaminhar os impasses das ações terapêuticas, atualizar os PTIs, orientar as condutas e os comportamentos nas residências, avaliar as intervenções de *cuidado*. Em outras palavras, a reunião da *equipe* é um espaço de troca de experiências e de saberes, de discussão e de avaliação, de aprimoramento e de capacitação da *atuação* dos *profissionais* acerca da gestão da vida e da residência dos *usuários*.

A formalização de um espaço de reunião, com o dia e o horário estabelecidos previamente, impelia os *profissionais* a organizarem sua rotina, para participar. Como a *equipe* contava com 136 funcionários, que situavam-se de forma pulverizada no território (no interior das moradias ou acompanhando os *usuários* em suas atividades), era impossível coligir todos para a reunião, e para que ela pudesse acontecer sem produzir desassistência, os



*profissionais* elaboravam um arranjo prévio, intercalando sua participação para que o SRT pudesse funcionar satisfatoriamente. Os *profissionais* escolhidos ou que se candidatavam a deixar o trabalho nas casas para participar da reunião tinham a tarefa de informar os que ficavam nelas. Eles costumavam expor as dúvidas de seus colegas e faziam anotações das discussões, que eram transmitidas aos demais. A reunião era registrada em ata, e nela eram expostas as informações sobre o cotidiano das residências no momento da troca de plantão ou quando outros funcionários assumiam o turno. Essas informações eram descritas no livro de plantão. Nos finais de semana, as informações sobre os plantões circulavam via e-mail, e os *profissionais* eram informados sobre os acontecimentos e ocorrências antes de retornar ao trabalho, na segunda-feira. Outros informes circulavam via mensagens de celular ou via aparelho de rádio Nextel. A cada quinze dias acontecia, na reunião, a *supervisão* de *caso clínico* (vide infra 5.1), e o documento que descrevia o *caso* a ser discutido era impresso e distribuído para que os presentes acompanhassem a leitura. Destaquei essa materialização das informações em registros institucionais para expor como o SRT opera seu trabalho em uma rede de informações articulada que alcança as moradias, que são os pontos fixos no território.

Como eu já mencionei, no início de 2012 a *equipe* foi dividida em duas, cada uma com uma gerente responsável. Em campo, acompanhei uma das *equipes*, composta pelos seguintes *técnicos universitários*: três psicólogos (incluindo a gerente), três enfermeiros e uma terapeuta ocupacional; também havia uma psiquiatra e uma médica clínica, mas elas normalmente não participavam das reuniões, por cumprir carga horária de trabalho reduzida (16 horas semanais) no SRT. Além deles, que somavam menos de 15% da *equipe*, havia dezessete auxiliares de moradia, vinte monitores, 23 auxiliares e técnicos de enfermagem, e cinco empregadas domésticas. Desse modo, a reunião da *equipe das moradias* era composta, invariavelmente, pela *equipe técnica*, constituída por *profissionais* graduados, e, de forma intermitente, por *profissionais* não técnicos e por uma estagiária em psicologia.

Comerford (2001: 149), em seu estudo sobre as reuniões organizadas por trabalhadores rurais em uma associação de produtores de um assentamento rural na região norte do estado do Rio de Janeiro, analisou a participação política deles nas reuniões, o alcance de suas resoluções e como o grupo promovia um espaço de sociabilidade que colaborava para o estabelecimento de uma rede de relações que atravessava as estruturas formais daquelas. Do mesmo modo, no meu campo de pesquisa a reunião da *equipe* é um espaço de sociabilidade. Embora seja um encontro institucional, os *profissionais* são amigos

e, quando se encontram, contam as novidades de sua vida pessoal em conversas informais que acontecem antes e/ou depois das reuniões — entre eles, são frequentes a comemoração de aniversários e festas de confraternização, nas quais também participam os *usuários* (festa junina, festa de fim de ano, o Baile da Primavera, o bloco de carnaval, etc.). Nas reuniões, eles procuram organizar um trabalho que funcione em rede, que preveja o compartilhamento das responsabilidades sobre as intervenções elaboradas de forma coletiva. Além disso, o trabalho composto por relações estabelecidas em rede transpõe a própria *rede de assistência* formada pelas instituições do SSCF, pois seu objetivo é estabelecer um *cuidado* em parceria com profissionais de instituições de saúde (centros e postos de saúde, laboratórios de análise clínica e os pronto atendimentos) ou da assistência social (abrigo para pessoas em situação de rua, asilos de idosos e comunidades terapêuticas para dependentes químicos) de Campinas.

As reuniões da *equipe das moradias* que observei eram operadas por meio da participação dos *profissionais*, que apresentavam sua opinião e a de seus colegas para, em grupo, chegar a um consenso. Diferente de reduzir a multiplicidade de saberes a algo homogêneo, o consenso, nelas, era o resultado da gestão das forças diversas que atravessavam a *equipe* e que eram direcionadas para um fim comum, uma *meta* ou uma proposta. Como disse Veridiana Marucio (2011b),

na mental (como falamos às vezes) podemos ter tudo, menos unanimidade, e é precisamente a diversidade de orientação e perspectiva que faz mais produtiva a realidade de um campo que resiste à homogeneização. Não há uma única perspectiva, e são especialmente as diversidades de tratamento e dos PTIs que resguardam aos trabalhadores e moradores o direito de escolha.

Segundo ela, a diversidade que atravessa a *equipe* operacionaliza a sua produtividade e, conseqüentemente, faz com que os *profissionais* sejam relutantes à homogeneização. Trata-se de um discurso que não *calcula* a produtividade apenas por meio de indicadores de efetividade, mas também por indicadores que contemplam os diferentes desejos individuais, dos *usuários* e dos *profissionais*. Ela afirmou, ainda, que a diversidade de intervenções terapêuticas assegura o direito de escolha dos participantes, e escolher é importante porque possibilita aos *profissionais* não se sujeitarem às velhas práticas e para que não reproduzam o modelo de assistência hospitalar. Portanto, escolher produz pessoas ativas, com iniciativa, *atuantes* e que participam das tomadas de decisão. Esse processo afeta tanto o *usuário*, que pode escolher e participar da elaboração do seu PTI, como os *profissionais*, que avaliam e escolhem as ações de organização institucional que atualizam a reforma do modelo

assistencial. A capacidade e a possibilidade de escolha (tanto individual como coletiva) estão diretamente relacionadas à produção de autonomia e ao direito de liberdade de *professionais* e *usuários*.

Em sua etnografia em um Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile [Centro de Acolhimento para Demandantes de Asilo] (Cada), na França — que funciona como uma casa ou um dispositivo de alojamento destinado aos imigrantes que aguardam os resultados de sua regularização burocrática —, Kobelinsky (2010) analisa uma forma de governo manifestada nas práticas de regulação da vida cotidiana daqueles que requerem o asilo nesse país. Ela expõe como as pessoas, ao serem admitidas no Cada, são sujeitadas às suas regras de comportamento e de funcionamento. Além de serem categorizadas como residentes, sua presença é controlada; suas atividades, reguladas; sua correspondência, monitorada; e os quartos, inspecionados. Para a autora, a instituição é um espaço de confinamento, onde a assistência promove um efeito de dependência: os residentes são infantilizados, uma vez que os funcionários determinam os seus limites e isso diminui a capacidade de escolha e a autonomia daqueles.

No SRT, a noção de escolha, segundo diziam meus interlocutores, é um conceito-chave porque articula a posição autônoma do *usuário* com uma *atuação* ética do *profissional*, que procura não impor as ações terapêuticas. Nessa relação de negociação, o conflito é minimizado e há a adesão dos *usuários* aos *cuidados*. O direito de escolha é uma reivindicação descrita já na primeira diretriz de saúde mental e, nesse sentido, não está desatado do programa político da Reforma Psiquiátrica. Segundo Rose (2011), o exercício do poder é considerado legítimo quando sustentado por uma racionalidade meticulosa, calculável e justificável. Para isso, são necessárias a elaboração de novos saberes e experiências eficazes, que autorizem as práticas de governo em espaços “privados” ao gerenciar o exercício da autoridade em sua procura por respostas aos problemas de regulação econômica, da vida familiar e das relações empresariais. O autor afirma que a problemática liberal-democrática de governo produz uma “autonomia regulada por atores sociais” (2011: 141). A particularidade da pessoa é verificada por meio de sua realização em tomar decisões, que são justificadas por suas motivações, necessidades, aspirações e por seu desejo. As tecnologias psi são autorizadas nas democracias liberais na medida em que sua ética da individualidade autônoma restaura a cidadania ao produzir e regular o indivíduo, que é “livre para escolher” (2011: 141).

No relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), afirma-se que o *usuário* tem “o direito de escolher o tipo de tratamento e o seu terapeuta” (Conferência Nacional de Saúde, 8, [1987] 1988: 24). A possibilidade de escolher e a produção de autonomia são metas dos investimentos práticos em saúde mental, conforme o relatório da IV CNSM - Intersetorial:

é necessário adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o “protagonismo social”, no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação. (Sistema Único de Saúde, 2010: 63; ênfases do original)

Segundo esse documento, a autonomia e a autodeterminação (a ação de decidir por si mesmo) devem ser formas de participação para constituir um modelo de saúde humanizado. Os *profissionais* do SRT diziam que a ação de escolher permite ao *usuário* participar das relações em sua residência: escolhendo um alimento que gostaria de comer, a roupa que gostaria de usar e as atividades das quais gostaria de participar. A produção de relações de participação e de escolha indica que ele manifesta um grau de autonomia. Esse é um dado que ajuda o *profissional de referência* a calcular a intensidade das ações terapêuticas, o número necessário de *profissionais* para cuidar do *usuário* e, conseqüentemente, a cifra necessária do financiamento. Quanto mais autônomos os *usuários*, menos investimento da *equipe*, menos intensivas as ações terapêuticas, menor a frequência dos acompanhamentos, menor o monitoramento e menor o controle das suas ações e da sua conduta. Resumidamente, quanto maior a capacidade e a possibilidade de escolha, mais autônomo o *usuário*. O índice de autonomia (que considera os limites de ser autônomo a partir das especificidades de cada *usuário*) atesta a efetividade das práticas e da reforma psiquiátrica no SSCF. Nesse panorama, se o *usuário* responde às ações de *cuidado* com o aumento de sua autonomia, isso afirma que as práticas têm efeito positivo para o processo de *reabilitação* e confirma sua efetividade para o processo de reforma institucional.

Mas a possibilidade de escolha do *usuário* não está livre de controle, de orientação ou de direcionamento. Um exemplo simples: o *usuário* pode escolher a sua refeição, mas é orientado a consumir alimentos saudáveis; em alguns casos, mesmo que escolha uma receita de sua preferência, há o controle institucional, efetuado pelo *profissional* — como a extensão do poder do psiquiatra em todas as partes do asilo, da qual fala Foucault (2006e: 227) — que prepara as refeições e que comunica à *equipe* sobre os alimentos que ele come. Seus desejos,

escolhas e preferências são ajustados ou direcionados para os objetivos institucionais, que são, de forma geral, produzir “qualidade de vida”.

Em 2008, quando era gerente do CAPS Esperança, Telma Palmieri escreveu o artigo “Como a psicanálise interfere no trabalho da gerência”, no qual apresenta o modelo de gestão da *equipe* desse CAPS, que opera de forma participativa, o que ela considera um “processo democrático” (Palmieri, 2008: 36) — ou seja, um modelo de trabalho em *equipe* que permite aos *profissionais* reverem as suas práticas (detalharei as relações “democráticas” no próximo capítulo). O saber psicanalítico aplicado à instituição de saúde mental auxilia, segundo a autora, na prática da clínica, que inclui elementos da subjetividade dos *usuários* e dos *profissionais*. Segundo disse a psicanalista Angelina Harari — que já foi *supervisora* da *equipe das moradias* e é membro da Escola Brasileira de Psicanálise — no debate após as apresentações na mesa “Conversando com a clínica e com a gestão”, no evento comemorativo dos 20 anos do SRT,

O único instrumento que temos, do ponto de vista da psicanálise, é questioná-los [refere-se aos profissionais], para que eles mesmos se questionem e que o trabalho não se automatize, que não se burocratize, que seja um trabalho que cause em cada um, e causar, ser causado por um trabalho, significa criatividade, alegria, trabalhar com vontade, disposição, porque [é] a única escapada possível para os trabalhadores — que, Lacan disse, são os que cuidam da miséria. (Harari, 2011)

Em suas reuniões, a *equipe das moradias*, atravessada pelos saberes psi, produz uma maneira de funcionar semelhante à de um grupo de autoajuda ou de grupos de tratamento. Nessa configuração, os *profissionais* apresentam as suas demandas individuais, que são escutadas e acolhidas com as mesmas práticas que eles operam o *cuidado* com os *usuários*. Veridiana Marucio, naquele evento, falou sobre a importância dos elementos subjetivos nas práticas clínicas, e afirmou que a gestão deve ser compartilhada, o que significa que todos devem ser gestores:

Segundo Túlio Batista Franco, a gestão está acostumada a ditar normas, trabalhar com protocolos, prescrever aos trabalhadores o que devem ser suas práticas, e, assim, acreditam que isso garante que os projetos de organização das redes de cuidados se viabilizem. Mas isso apenas forma trabalhadores serializados, que vão repetir velhas práticas. Segundo o autor, para que os trabalhadores implementem novos dispositivos, mude suas práticas, acione novos modos de produzir cuidados é necessário pensar em formas de intervenção que considere a forma subjetiva de cada um. Partir em busca da dimensão subjetiva dentro das instituições para que, acima de tudo, a clínica não sucumba ao esquecimento e às exigências burocráticas, é o desafio da gestão, que não se resume

em ações que partam da pessoa do gestor, e sim de possibilitar que a **gestão circule** entre todos os envolvidos no projeto. (Marucio, 2011b)

Conforme sua explicação, a gestão acionada por todos da *equipe* necessita de *profissionais* aptos a produzir novos *cuidados* e intervenções a partir da subjetividade dos envolvidos no processo. Isso impede a reprodução de “velhas práticas” e de “trabalhadores serializados”. Fazer a gestão circular ou fazer com que todos os *profissionais* sejam gestores do projeto do SRT é uma forma de mudar a lógica em que as ações de direção partem da figura do gestor. Desse modo, todos são gestores ou têm a capacidade de administrar as situações contingentes, que, em seus efeitos, podem resultar em uma *crise* ou em um risco para o *usuário*. Essa habilidade, desejada pelos *profissionais*, apareceu na minha pesquisa de mestrado no CAPS Esperança, e foi denominada como *resiliência* por uma médica psiquiatra. Ser *resiliente*, em sua definição, é ser uma pessoa autônoma, flexível e capaz de produzir de maneira criativa e eficiente os caminhos possíveis para as situações inesperadas.

O termo resiliência, conforme Rose e Lentzos (2009: 243), apresenta as novas composições das práticas de segurança. Se, por um lado, a gestão dos riscos calcula as probabilidades de falhas, a capacidade de ser resiliente, por outro, elabora processos de organização ajustáveis e ágeis a fim de monitorar e inspecionar o formato como se administram os riscos. Dito de outra maneira, ao invés de detectar os riscos, o investimento recai sobre a técnica ou sobre a forma como ele é detectado. Esse mecanismo torna a intervenção mais hábil e adaptável ao contexto. Dessa maneira, o fracasso percebido no processo é avaliado e resulta em novos ajustes no mecanismo que elabora as práticas que calculam os riscos. Como afirmou Strathern (1999: 17), o processo de avaliação é um procedimento de revisão das informações a partir do autoexame analítico da instituição, ou seja, “medir o aperfeiçoamento levou ao aperfeiçoamento das medições”. Dessa forma, o aperfeiçoamento é visto como uma ação que melhora a prática ou produz novos objetivos a partir da avaliação do sucesso ou do fracasso de procedimentos já executados.

Para Rose e Lentzos (2009: 244), a habilidade de ser resiliente torna os indivíduos proativos, com iniciativa para assumir, antecipadamente, uma posição em situações de crise, de riscos e/ou de perturbação. Isso quer dizer que o fracasso não indica que o projeto ou o sistema é ineficiente, mas alerta para a inadequação do indivíduo em operar com o acaso e com as vicissitudes da realidade. Assim, tanto ele como a organização aprimoram a

capacidade de se ajustar às situações contingentes. O sucesso da lógica da resiliência está na capacidade de antever os riscos.

Morawska Vianna (2014b: 112), que analisou um novo sistema de gerenciamento de projetos da Cafod, que previa treinamento para funcionários e a revisão de suas parcerias internacionais, diz que a habilidade de prever os riscos foi descrita pelos seus interlocutores como imprescindível para o sucesso de projetos. Segundo a autora, o planejamento inicial de um projeto dessa instituição é atravessado por dois mecanismos da engenharia social: o primeiro, ainda em seu esboço, inclui os riscos já previstos; o segundo, refere-se a um ajuste do projeto após doze meses. Para o seu sucesso, o projeto deveria antever os imprevistos; portanto, o seu fracasso estaria na incapacidade de evitar as contingências (2014b: 112). Ela salienta que havia descompasso entre o que estava fixado e registrado no projeto e as contingências da execução do que fora planejado. Nesse processo, observa-se um grande esforço dos atores em antecipar os imprevistos para o sucesso do projeto, ao invés do esforço em ajustar o seu mecanismo para lidar com os imprevistos, como acontece na lógica da resiliência.

Munhoz (2013a: 123), em sua etnografia com os técnicos do Núcleo de Proteção Psicossocial Especial, da Obra Social Dom Bosco, de São Paulo, analisa como as variações são dispostas nos documentos da medida socioeducativa. Para os técnicos, a dificuldade do trabalho está na operação de duas lógicas diferentes: por um lado, as padronizações legislativas; por outro, as variações constantes que se revelam nos atendimentos. No que tange à lógica da resiliência, os dados da sua pesquisa distanciam-se de minha análise, na medida em que a padronização legislativa, com seus modelos fixos, aproxima-se mais da lógica da matriz de projeto descrita por Morawska Vianna (2010: 57). A lógica da resiliência é considerada uma forma de sistematização que age sobre a disposição organizacional e sobre as subjetividades. Para os indivíduos, ela produz, por meio de acordos e arranjos institucionais, uma capacitação que os torna proativos e tolerantes aos abalos (sem colapsos), conseguindo viver de forma livre em espaços de riscos potenciais (Rose e Lentzos, 2009: 243). No meu campo de pesquisa, *resiliência* é a capacidade para elaborar *estratégias de cuidado* que conciliam a liberdade de *mobilidade* e a segurança dos *usuários*.

No próximo tópico, analiso como o SRT tornou-se um *dispositivo de saúde*. Em outras palavras, como as moradias deixaram de ser apenas um lar e se tornaram, também, em espaço de intervenção sobre o *sofrimento* psiquiátrico e sobre as possíveis *crises* dos *moradores*. Um

espaço de avaliação e controle das doenças crônicas, um espaço de *cuidado* para idosos e de prevenção dos riscos.

#### 4.5 O SRT como *dispositivo de saúde*

Em uma das reuniões da *equipe das moradias* que presenciei em 2011, os *profissionais* refletiram sobre um problema detectado em uma residência de *alta complexidade*: os *moradores*, já idosos, alguns com problemas clínicos, alguns, cadeirantes, contraíram uma infecção pulmonar. O clima frio e úmido de Sousas, o *cuidado* de protegê-los das baixas temperaturas acomodando-os em espaços fechados, o uso compartilhado do aparelho de inalação e a dificuldade em executar a sua desinfecção química foram apontados como fatores da contaminação. A contratação de mais duas enfermeiras<sup>102</sup> para compor a *equipe* produziu uma avaliação técnica do núcleo de saber da enfermagem. Uma delas, que trabalhara em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), verificou a dificuldade em realizar a desinfecção do aparelho. Nesse caso específico, a técnica de desinfecção é imergir as peças do inalador em uma solução química por 30 minutos. Nos hospitais, esse procedimento é feito em um local denominado de expurgo, que normalmente fica próximo ao postinho de enfermagem. Nas residências, era efetuado no banheiro dos *moradores*. A solução proposta pela *equipe* foi construir um postinho de enfermagem e um banheiro, para os funcionários, no quintal da residência.

Esse exemplo etnográfico expõe como os procedimentos e técnicas hospitalares são acionados no cotidiano do SRT. Além disso, há a utilização de equipamentos de medida como, por exemplo, o aparelho para auferir a pressão arterial e o destro (aparelho para verificar a taxa de glicemia), remédios, injeções, exames e o prontuário. No evento comemorativo dos 20 anos do SRT, Ana Carla Lefebvre (2011) falou sobre a sua importância: “nesse momento [2011] nos debruçamos em discussões sobre medicações e equipamentos de urgência e emergência<sup>103</sup> clínicas e psiquiátricas, que se fazem necessários nessas moradias”. Essa forma

---

<sup>102</sup> Essa contratação, por meio de um processo seletivo interno, tinha como *estratégia* absorver os trabalhadores do Convênio PSF (vide supra 1.4).

<sup>103</sup> Refere-se a um armário com equipamentos e itens para as intervenções em caso de parada cardíaca, como os dos carrinhos de emergência dos hospitais: desfibrilador, equipamento de intubação endotraqueal, laringoscópio, cateteres e medicações.



de institucionalização das moradias, que, por vezes, me parecia uma atualização do hospital, é uma das facetas do discurso dos *professionais*, que afirmavam que o SRT é um *dispositivo de saúde*. Em consequência disso, nas moradias, eles buscavam produzir saúde, e, não, doença, *sofrimento* ou abandono. Nelas, o acesso a equipamentos hospitalares, e o seu uso, eram frequentes no cotidiano de pessoas diagnosticadas com patologias crônicas ou no caso dos idosos.

Na conferência intitulada “There’s no place like home? Technology and the shifting to topology of care” [“Não há lugar como o lar? Tecnologia e o deslocamento na topologia do cuidado”], que proferiu em 30 de novembro de 2012, em Paris<sup>104</sup>, Christine Milligan expôs sua análise acerca dos cuidados domiciliares destinados às pessoas idosas no Reino Unido, realizados por trabalhadores formalmente remunerados e por trabalhadores informais e voluntários. Em alguns casos, o controle das doenças crônicas era executado pelos próprios idosos, com o uso de tecnologias e equipamentos: em casa, eles auxiliavam a medir, monitorar e vigiar as próprias taxas metabólicas e o funcionamento da pressão arterial. A partir de sua apresentação, compreendi que a perspectiva de institucionalização das casas por meio da utilização de tecnologias e máquinas hospitalares não é exclusiva do SRT: o seu uso é resultado da necessidade de controlar doenças crônicas, principalmente em idosos. Mas, no meu campo de pesquisa, diferente do observado por Milligan (2012), quem faz uso da tecnologia e dos equipamentos, e observa a regularidade dos exames são os próprios *professionais*, não os *usuários*, como explicitou o enfermeiro Marcos Antônio Costa (2011):

Nas consultas anuais [foi] que a gente acabou questionando: se eles [moradores] estão na comunidade, por que não fazer os exames no centro de saúde como a população do bairro, a coleta semestral de exames de rotina? Hoje nós colhemos duas vezes ao ano os exames básicos: hemograma, colesterol, triglicérides (com 12 horas de jejum [alguns pacientes são encaminhados para pernoitar em um leito do Núcleo de Atenção à Crise para manter o jejum]); [há] coleta mensal de hemograma para o controle de clozapina — uma necessidade para ver como que está o exame, mas uma orientação para a farmácia de alto custo. Nós estabelecemos, a partir de um acordo — que é uma regra também — com eles, que toda primeira terça-feira de cada mês a gente colhe o hemograma dos moradores que fazem uso de clozapina.

Os questionamentos da *equipe* resultaram no encaminhamento dos *moradores* para realizar exames no Centro de Saúde de Sousas. Essa *estratégia* tem por objetivo fazer com

---

<sup>104</sup> A conferência foi apresentada no colóquio Prendre Soins Hors les Murs: Pratiques de Prises en Charge, Care et Inégalités de Santé dans un Monde Déshospitalisé, organizado pelo Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale, Société (Cermes 3).

que os *usuários* usufruam o direito de acesso ao serviço de saúde do local onde moram e que circulem por outros espaços institucionais de assistência à saúde, não limitando seus contatos e/ou relações com as pessoas que trabalham no SSCF. Em alguns casos, os exames de rotina são efetuados, pela *equipe das moradia*, duas vezes ao ano (recolhem o material e o enviam ao laboratório), com exceção do hemograma para aqueles que tomam clozapina, que é feito mensalmente. Esse exame é uma regra porque é prescrição médica, além de uma condição para a farmácia liberar a medicação, que é de alto custo. Com o exame, controla-se a distribuição da clozapina e previne-se o risco que seu uso pode trazer. Segundo a bula do medicamento, um de seus possíveis efeitos colaterais é a agranulocitose, uma alteração no sangue em razão da redução dos leucócitos granulócitos<sup>105</sup> (glóbulos brancos). Sua diminuição acarreta o enfraquecimento do sistema imunológico, e, por isso, junto com a prescrição da medicação é receitado o seu controle por meio de exame de sangue mensal.

Chaves e Shirakawa (1997) observaram que os efeitos terapêuticos da clozapina são mais evidentes em pacientes com “sérios sintomas extrapiramidais” (dificuldade para falar e engolir, inexistência de expressão facial, tremores e agitação nas mãos e nos dedos, rigidez de braços e pernas, andar arrastado). Segundo os autores — pesquisadores do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) —, alguns estudos afirmam que o seu uso melhora a “qualidade de vida” porque sua ação minimiza aqueles sintomas, e que os índices de readmissão hospitalar, no caso dos usuários dos serviços ambulatoriais que a utilizam, são menores.

Para os meus interlocutores, o envelhecimento é um fator que aciona novos *cuidados*, além de exigir ações *calculadas* a partir das disfunções clínicas, que, por sua vez, produzem avaliações sobre os fatores de riscos. Depois de avaliados os riscos, os *profissionais* acionam intervenções preventivas. De acordo com a médica Vanessa Nascimento (2011),

Nas casas 24 horas, tem uma caracterização muito própria, que são usuários muito velhos; o grau de dependência é muito alto, eles não dão conta de se sustentar no mundo sozinhos, seja pela complexidade ou gravidade do transtorno psiquiátrico, ou pelas comorbidades clínicas e as suas dificuldades. [...] Não apenas do adoecimento, mas o envelhecer das disfunções, a perda da capacidade de equilibrar, de falar de si, de ver, de ouvir. Como a gente maneja a dificuldade de mobilidade? [...] Ao todo, são setenta pacientes nessas casas, com média total de idade de 64,9 anos. Na Casa Azul, a média de idade é de 73 anos. As disfunções não são da mesma dimensão da Casa Gramada, por

---

<sup>105</sup> Dependendo da presença ou da ausência de grânulos no citoplasma, os leucócitos podem ser classificados em granulócitos (neutrófilos, basófilos e eosinófilos) ou agranulócitos (linfócitos e monócitos).

exemplo, que é uma casa onde as comorbidades gritam na nossa cara: os pacientes são acamados, cadeirantes, e de uma imobilidade absoluta; onde a equipe precisa se desdobrar pra fazer por eles praticamente tudo. Então, a gente usa o olhar dos sanitaristas, o olhar da saúde pública, onde a gente olha para os **riscos**. Nós olhamos estrategicamente para como se apresentam os **riscos** porque nós vamos operar com eles [...] e optar pelo limite de ação que a gente tem para poder fazer proposições para a vida.

Em sua afirmação, as ações da *equipe* são, também, delimitadas pelos fatores de risco observados e administrados a partir de ações de *cuidado estrategicamente calculadas*. A noção de risco tornou-se uma estratégia preventiva de implicações técnicas e políticas, como já analisou Castel (1987), que afirma que a gestão dos riscos apresenta duas consequências práticas: a “dissociação entre o diagnóstico e o tratamento”, e a “subordinação dos técnicos aos administradores” (1987: 124). Por um lado, as práticas funcionam de maneira contínua e produzem uma avaliação médica e uma psicológica, operadas por qualquer pessoa instruída ou com algum tipo específico de competência para detectar o perfil dos indivíduos; por outro, existe uma relação de aliança entre os técnicos/peritos e um centro administrativo de políticas. Este projeta as orientações para os técnicos com a intenção de economizar na repressão e na assistência através de um regime de avaliação capaz de detectar e estimular a capacidade dos indivíduos em prevenir os riscos.

A formulação de Vanessa Nascimento aproxima-se da análise de Castel, principalmente no que se refere à existência de uma nova tecnologia formada pela aliança entre o saber local e as práticas administrativas do Governo Federal — “o olhar da saúde pública, onde a gente olha para os riscos”. Isso fica mais evidente nas orientações previstas na portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que atualizou as diretrizes de organização da rede de atenção à saúde do SUS (Ministério da Saúde, 2010). Nela, afirma-se que a população será analisada a partir da relação de contratualização produzida em cada região de saúde<sup>106</sup> “seguindo critérios de adscrição da população estratificada por grau de risco” (2010: 5). A portaria formalizou a responsabilidade do profissional em administrar os riscos nos procedimentos de cuidado.

No curso de capacitação para os *profissionais* do SRT, Claudia, psiquiatra do Núcleo de Atendimento à Crise, na aula sobre *acolhimento à crise* e psicotrópicos (28 de julho de 2011), explicitou que, na prática do *manejo da crise*, é necessário graduar o estado dos

---

<sup>106</sup> Região de saúde é um espaço geográfico composto por municípios limítrofes que tem por objetivo “integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”, segundo o decreto nº 7.508/2011 (Brasil, 2011b).

*usuários* em “*hostil, agressivo, violento, e perceber antes das vias de fato, perceber e agir antes da agressão*”. Essa maneira de prever, de perceber antecipadamente, de acionar um futuro virtual e torná-lo suscetível de ser *calculado* foi apontada como o mecanismo de funcionamento de avaliação dos riscos (Castel, 1987; Rose, 1988; Rose e Szmukler, 2013).

Como mostro no próximo capítulo, a gestão dos riscos tornou-se instrumento capaz de criar parâmetros sobre os riscos individuais, analisados a partir da história de vida e do cotidiano controlado de cada *usuário*. Na aula, Claudia listou os fatores de risco analisados pela *equipe* que a levavam a prescrever a internação: “*o risco de suicídio, o risco de agressão, os quadros psiquiátricos que implicam em risco de exposição moral, os quadros psicóticos graves, a desintoxicação e a síndrome de abstinência*”. Afirmou que o risco não está relacionado à periculosidade, pois se trata de um risco social. Para explicar o risco social, expôs o exemplo de um *usuário* que estava delirando e, em decorrência disso, corria riscos por não ter (no momento de delírio) capacidade de crítica (discernimento) para analisar que determinada situação poderia lhe causar dano. Observa-se, aqui, uma forma de análise que leva em conta a probabilidade de um risco que é *calculado* a partir da história de vida do *usuário* e de um saber sobre as suas manifestações mórbidas. O saber acerca do encadeamento das suas manifestações singulares e dos erros de *manejo* já cometidos permite à psiquiatra prever e *calcular* um risco. Essa avaliação produz uma intervenção de segurança que possibilita a gestão dos *usuários* em seu território.

Os *profissionais* diziam que os erros de *manejo* são *apostas* que não deram certo: a mudança de medicação que não melhorou os sintomas e necessitou de novo ajuste; a *aposta* de que um *usuário* conseguiria voltar de ônibus para a moradia e ele acabou se perdendo, produzindo na equipe a *estratégia* de acompanhá-lo até que se sentisse seguro para, e fosse capaz de fazer o percurso sozinho; a inserção de um *usuário* na aula de hidroginástica, mas ele não a frequentou; o episódio de uma *usuária* que recebeu o benefício, foi quitar suas dívidas no camelô de Campinas e ingeriu álcool (como havia muito não fazia), tendo que ser socorrida pelo Samu, o que fez a equipe pensar em “*restabelecer combinados em relação ao seu manejo e à sua circulação*”, principalmente no dia em que busca o benefício. Outro exemplo de *aposta* mal-sucedida foi a de Bruno. Internado no Núcleo de Retaguarda de dezembro de 2009 até maio de 2010, a *equipe* discutiu, em uma reunião de *supervisão*, as possibilidades de moradia, e, após a alta, ele foi para a casa da família, em uma fazenda perto de Sousas. Conforme as informações registradas no documento do seu *caso clínico*, ele

“falava muito deste desejo de morar com as irmãs”, que o aceitaram com a condição de que ele ajudasse financeiramente na casa. Depois de duas semanas, Bruno voltou a fazer intenso uso de álcool e demandou atendimento em um pronto atendimento, o que agravou o seu quadro clínico. “Fizemos contato com a família, que já se mostrava esgotada, referindo não querer mais morar com o usuário, pois quando bebia ficava muito agressivo, chegando a agredir fisicamente a sobrinha, que estava gestante”. Sua irmã mais velha ligou para a equipe e disse que a família não o aceitaria mais.

Descrevo, a seguir, como os *profissionais* conceituam a *tecnologia de cuidado*, como ela é descrita nos documentos oficiais e como é composta a partir de suas ações terapêuticas.

#### **4.6 Uma *tecnologia de cuidado***

A palavra *tecnologia* ou a expressão *tecnologia de cuidado* eram acionadas pelos meus interlocutores, de forma geral, para explicar o modelo de assistência do SRT. Neste, a assistência é individualizada — como expliquei no terceiro capítulo, o PTI é a materialização de uma experiência de *cuidado* individual executado pelos *profissionais* desse serviço. Assim, a *tecnologia de cuidado* é uma forma de assistência singularizada. No SRT, a palavra *tecnologia* não está desvinculada da ideia proposta na diretriz descrita no documento de apresentação da II CNSM, no qual ela foi evocada para expor o trabalho em saúde mental: a tecnologia foi definida, em um anexo desse documento, como um “processo de trabalho em Saúde Mental onde se articulam um conjunto de saberes, instrumentos e práticas que uma vez utilizados por e para pessoas, cria um campo intersubjetivo” e social (Conferência Nacional de Saúde Mental, 2, 1992: 38-39)<sup>107</sup>.

Desse modo, a tecnologia, considerada um processo de trabalho, combina os saberes e práticas clínicos, psicológicos e de assistência. Emerson Merhy (médico sanitário, professor aposentado da Unicamp e supervisor do Colegiado Gestor do SSCF) descreve a tecnologia de cuidado em saúde de forma interessante: ela produz saberes que operacionalizam as novas configurações das práticas, que se deslocam da instituição para o território e articulam-se em rede (Merhy, 2005: 9). Lemke e Silva (2010: 285) entendem que as práticas de intervenção no

---

<sup>107</sup> Documento anexo ao texto de apresentação da II Conferência Nacional de Saúde Mental (ver Conferência Nacional de Saúde Mental, 2, 1992: 32-45).

território são (1) as ações de gerenciamento do caso por meio de um acompanhamento contínuo e prolongado do usuário, e (2) a prática da busca ativa, que expandiu os limites da ação em saúde contemplando e cartografando as necessidades sociais da população<sup>108</sup>. A relação de cuidado no território só é possível a partir da disponibilidade do profissional em exercer um controle sobre a circulação dos usuários, fazendo com que eles se aproximem do CAPS e fiquem distantes das internações psiquiátricas (Silva, 2013: 63). No meu campo de pesquisa, a prática da busca ativa aparece nos documentos burocráticos preenchidos para faturar o procedimento que meus interlocutores denominavam de prática da visita domiciliar.

Para Merhy (2005: 9), o cuidado em saúde é organizado a partir do “trabalho vivo em ato”, que considera as imprevisibilidades dos acontecimentos para compor as ações terapêuticas e para reorientar as práticas. As tecnologias são ferramentas acionadas pelos serviços de saúde (denominados de tecnologias duras), no uso de conhecimentos técnicos (tecnologias leves-duras) e na produção das relações (tecnologias leves). As tecnologias leves, segundo o autor, são capazes de incitar espaços micropolíticos<sup>109</sup> de transformação do modelo assistencial, uma vez que os trabalhadores de saúde comprometem-se com a vida dos sujeitos cuidados e desvencilham-se dos protocolos de procedimento (“trabalho morto”). Na perspectiva do “trabalho vivo”, procura-se transformar as estruturas engessadas das práticas, e seu objetivo é promover autonomia no usuário para que este possa gerenciar a própria vida a partir de suas prioridades e metas. Ainda de acordo com Merhy (2005: 10), a tecnologia produz relações de mediação, de amparo, de criação de vínculo e responsabilização, de articulação de saberes, de encontro entre os núcleos profissionais e de comprometimento.

Na experiência de acionar a *tecnologia de cuidado* e de produzir relações, os *profissionais* do SRT aprimoram sua própria subjetividade para reformular a sua *atuação*. Nesse sentido, a *tecnologia de cuidado* aproxima-se das tecnologias humanas, descritas por Rose (2001: 38) como agenciamentos práticos racionalmente calculados a partir de um objetivo consciente: elas “são montagens híbridas de saberes, instrumentos, pessoas, sistemas de julgamento, edifícios e espaços, orientados no nível pragmático, por certos pressupostos e

---

<sup>108</sup> A busca ativa surgiu com as políticas de vigilância sanitária e epidemiológica. Seu objetivo é rastrear, identificar e controlar, de forma rápida, as doenças de notificação compulsória em decorrência do seu potencial de contaminação e disseminação (botulismo, cólera, febre amarela, sarampo, poliomielite, varíola, raiva humana, etc.). A busca ativa está presente na Política Nacional de Atenção Básica, no PSF e na Política de Redução de Danos.

<sup>109</sup> Espaços micropolíticos possibilitam os “encontros de sujeitos em ação, com seus poderes, produzindo relações”; são nesses espaços que “o trabalho vivo em ato se efetiva na construção do cuidado” e possibilita construir “dispositivos de gestão coletiva do trabalho em saúde” (Merhy, 2005: 9).

objetivos sobre os seres humanos” (2001: 38). O autor compara as tecnologias humanas, por um lado, com a tecnologia que Foucault denominou de “disciplinar”, que opera uma estruturação detalhada dos corpos, das multiplicidades humanas, do espaço, do tempo e das relações dos indivíduos através de procedimentos de observação hierárquica e do julgamento normalizador, que são incorporados aos processos de avaliação com o objetivo de dirigir as condutas. E, por outro, com a relação de poder pastoral (Foucault, 2010b: 67), descrita por Rose e Miller (2012: 309) como uma tecnologia polivalente e móvel, que aconselha espiritualmente cada membro do rebanho utilizando-se de técnicas de confissão e de práticas de autoinspeção, autoavaliação e autoformação. Essas duas tecnologias não são opostas, ambas são acionadas em instituições como escolas, hospitais psiquiátricos e prisões. A análise das tecnologias humanas não considera ruim tornar a conduta algo técnico, uma vez que “produzem e enquadram os humanos como certos tipos de seres cuja existência é simultaneamente capacitada e governada” (Rose, 2001: 38).

Segundo diziam os meus interlocutores, a *tecnologia de cuidado*, no SRT, tem por objetivo possibilitar ao *usuário* “*estar no mundo*” e gerenciar as suas idiosincrasias, os seus desejos e os seus projetos de vida. A *equipe* investe em ações que têm por *meta* transformar os *pacientes* (consequência da passividade hospitalar) em sujeitos (*usuário* ou *morador*) participativos da formulação do seu projeto terapêutico. Para a gestão e o compartilhamento das novas experiências de *cuidado*, os *profissionais* criaram a *equipe*, cuja finalidade é expor os saberes que emergem das práticas experimentais, transmitir as informações de forma rápida e dividir as responsabilidades sobre as decisões a respeito das intervenções terapêuticas.

Em 2007, o Ministério da Saúde lançou a cartilha *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*, na qual a tecnologia é definida como um conhecimento e a clínica ampliada, como o compromisso de assumir a responsabilidade sobre o usuário, que deve ser considerado um sujeito singular (Brasil, 2007). Além disso, a clínica, em suas ações, deve ser articulada e disposta a apreender conhecimento de outros setores (como a assistência social), bem como “RECONHECER OS LIMITES DOS CONHECIMENTOS dos profissionais de saúde e das TECNOLOGIAS por eles empregadas” (2007: 12; caixa alta do original). Vê-se a necessidade de outros conhecimentos para compor esse saber prático da tecnologia em saúde. A *tecnologia de cuidado* produz uma forma específica de regulação e de governo da vida dos *moradores* no SRT, sobre a qual falo no próximo capítulo. A seguir, descrevo a *clínica do detalhe*.

#### 4.7 A emergência da *clínica do detalhe*

Apresento, nesse tópico, as conceituações dos *profissionais* acerca da *clínica do detalhe*. Esse tema não se esgota aqui: no próximo capítulo vou retomá-lo para explorar os acionamentos cotidianos da *clínica do detalhe* efetuados pelos *profissionais* nas residências e discutidos nas reuniões da *equipe das moradias*. Em sua apresentação no evento comemorativo dos 20 anos do SRT, a médica clínica Vanessa Nascimento explicou que a clínica em saúde mental é mais ampla que a clínica de procedimentos psiquiátricos:

Quando a gente atua como médica, temos a dificuldade de localizar o nosso fazer para respeitar uma clínica que é muito mais ampla que a clínica de procedimentos; a perspectiva de um conjunto estruturado de saberes que a gente compartilha no nosso fazer diário e que é uma clínica da saúde mental, da saúde coletiva, que extrapola as perspectivas da propedêutica [introdução de, e instrução a uma ciência] e que olha para o sujeito. Esse sujeito que anda, que fala, que tá vivo, que interage, que tem transtorno psíquico, que sofre, mas que também tem dor, que passa por necessidades como fome e cede. A gente fala de uma clínica que interage com as pessoas de quem a gente cuida: a clínica do cuidado. Vivemos duas frentes se interagindo e se conversando. A frente do cuidado e a frente da reabilitação, que permite ao sujeito estar no mundo. (Nascimento, 2011)

Para os meus interlocutores, a clínica da saúde mental é mais ampla no sentido de que “olha para o sujeito” e, ao mesmo tempo, cria outra relação de interação com a pessoa assistida. Nas moradias, existem duas perspectivas clínicas: a *clínica do cuidado* e a *clínica da reabilitação* psicossocial — e a *clínica do detalhe* é composta por ações dessas duas clínicas. De forma geral, eles diziam que a *clínica do cuidado* assiste os *usuários* observando e controlando os seus problemas clínicos; suas intervenções terapêuticas incidem sobre os problemas crônicos (diabetes, hipertensão, sobrepeso, sintomas psiquiátricos); as práticas clínicas avaliam e ajustam a medicação, procuram controlar a alimentação, realizam procedimentos (caso dos exames de rotina), monitoram a higiene da casa e dos *usuários*, e a assistência aos casos de urgência (uma parada cardiorrespiratória, por exemplo). Com a *clínica da reabilitação*, o que se busca é operar um *cuidado* (como já dito no tópico 3.3) que possibilite ao *usuário* viver na comunidade, produzir relações e circular em espaços exteriores ao hospital psiquiátrico.

Flávia Machado Seidinger, psicóloga do SRT, explicou, na sua apresentação no evento comemorativo dos 20 anos desse serviço, que a *clínica do detalhe* opera a *tecnologia de cuidado* e produz, entre outras coisas, um *cuidado* com a vida. Assim, disse ela, “trabalhar nas



moradias nos faz recordar, todos os dias, quantas coisas têm que ter êxito até que o passeio aconteça. Desse intervalo nos ocupamos” (Seidinger, 2011) — o passeio a que se referiu era a circulação de um *usuário* por Sousas, de bicicleta. Antes, ela havia dito que “esquecemos que para andar de bicicleta tem que ter saúde física e mental, tem que ter conquistado a bicicleta e construído as condições de cruzar as vias do bairro” (2011), ou seja, para andar de bicicleta, além da bicicleta e de saúde, é preciso ter condições de circular, conhecer as ruas do espaço por onde se anda. Os *profissionais* da *equipe* do SRT afirmavam que eles se ocupam da possibilidade de produzir, recuperar ou “*resgatar as condições que se perderam*”, e que garantem a circulação do *usuário* pela comunidade. Trata-se de uma *tecnologia* de ação terapêutica que, entre outras coisas, busca criar a possibilidade de os *usuários* conquistarem a autonomia de circular pela cidade, ou capacitá-los para isso. Como já mencionei, cada *usuário* é conhecido a partir de sua singularidade e localizado no interior de um campo de ação de maior ou menor intensidade conforme os riscos do contexto e de suas necessidades. Isso significa que o resultado da avaliação produz dados que permitem *calcular* o grau de intensidade das intervenções de *cuidado* a partir das informações do seu *caso clínico* (vide infra 5.3), de sua história de vida, de suas vicissitudes, de suas idiossincrasias. Assim, as ações terapêuticas moldam-se aos *usuários* ao mesmo tempo em que essa nova *tecnologia de cuidado* configura-se como um jogo estrategicamente *calculado* para torná-los aptos — nesse jogo, os *profissionais* capacitam os *moradores* e *manejam* a sua vida no interior das residências ou em outros espaços por onde eles circulam.

A *clínica do detalhe* materializa-se em práticas de acompanhamento de exames, na orientação na compra de alimentos, na sugestão de cardápios, na observação atenta das dificuldades ou da manifestação de algum sintoma psiquiátrico. Com a prática da *reabilitação* os *profissionais* investem no acompanhamento do *usuário*, incluindo a sua subjetividade, ou seja, elaborando as intervenções terapêuticas e construindo projetos de vida (vide infra 5.2) a partir dos seus desejos. Como, depois das compras, é comum que o *usuário* e o *profissional* que o acompanha se sentem para tomar um lanche, nesse momento aparecem algumas questões da convivência na residência, e, dessa forma, a prática do acompanhamento, considerada uma ação de *reabilitação*, pode ser um momento em que o *profissional* aciona a prática da *escuta* clínica, que identifica uma demanda ou um conflito de convívio entre os *usuários* de uma residência. De fato, segundo diziam meus interlocutores, eles se esforçam para estar sempre atentos nos acompanhamentos dos *usuários*, o que lhes permite acionar a prática de *manejo* ou a da *escuta terapêutica* até mesmo nos encontros não agendados.

As clínicas do *cuidado* e da *reabilitação* são acionadas, por vezes, ao mesmo tempo e/ou de forma conjunta. O enfermeiro Marcos Antônio Costa (2011) explicou que, “o SRT, não da pra perder de vista que é uma casa e que nós temos que pedir licença para entrar, tem que bater na porta. Mas hoje, mais do que nunca, se institui como um lugar de tratamento”. Nota-se que o surgimento de um *cuidado* clínico e a manutenção da *reabilitação* produziram uma atualização nesse serviço, que deixou de ser apenas uma casa que abrigava os *usuários* para ser um espaço de *cuidado* e de tratamento, como também fica claro na fala de Paula Montanheiro Barioni, psicóloga do SRT, no evento sobre os 20 anos deste:

A diretriz que norteia o nosso trabalho no cotidiano, tem sido a disponibilidade em escutar os sofrimentos psíquicos. Caminhamos, em nosso dia a dia, entre a tutela como medida de proteção e os riscos da cidade, e enfrentamos sérios desafios no cotidiano do SRT. Assistimos ao crescimento e amadurecimento de um projeto de atenção psicossocial que se consolidou em política pública de assistência às pessoas com transtornos mentais persistentes e sofrimento psíquico intenso, e existe um número crescente de pedidos de inserção de novos usuários que chegam dos CAPS, albergues, centros de saúde, entre outros. A equipe se questiona, hoje, acerca dos limites e paradoxos dessa clínica complexa, uma equipe que se insere na vida diária do morador e lida cotidianamente com os limites tênues de expor e/ou abandonar o morador nas dificuldades da vida e compactar essa mesma vida em esquemas engessados de rotinas, agenciar cuidados clínicos e fisiológicos com o corpo que envelhece. [...] Permitir ao sujeito a particularização de sua demanda nos dispositivos de saúde mental. Concluimos que, atualmente, o SRT é um dispositivo que participa ativamente do tratamento, somos uma possibilidade entre outras, uma estratégia na articulação do projeto terapêutico singular, uma saída na continuidade da vida. (Barioni, 2011)

De sua fala, depreende-se que a assistência nas moradias atualizou o comportamento dos *profissionais*, que passaram a estar disponíveis para escutar os *sofrimentos* psíquicos. Eles analisam a elaboração de suas práticas a partir de seus efeitos terapêuticos, e, assim, sua *atuação* deve evitar produzir relação de tutela e/ou dependência, expor os *moradores* aos riscos e às dificuldades cotidianas nas residências ou impor uma rotina disciplinar para o funcionamento delas. A *clínica*, nas moradias, deve possibilitar *cuidados* individuais por meio do projeto terapêutico e do acompanhamento da vida dos *usuários*.

Rolim *et al.* (2000) descreveram a experiência de implementação de uma “república” no Instituto “A Casa”, para adolescentes da Fundação Casa, em São Paulo. Rolim (2013) salienta que as atribuições da república são oferecer tratamento clínico, dispor um espaço de habitação que preserve os vínculos familiares e outras relações, e prevenir os riscos no território. As repúblicas são serviços mutantes, que tomam forma a partir da demanda e da participação dos adolescentes — logo, o seu formato é regulado assim que constatado que a

sua estratégia terapêutica é ineficaz. A clínica, nelas, é uma forma de cuidado articulada ao tratamento, ou seja, não é o tratamento em si, mas um instrumento de mediação (2013: 173) entre o usuário e o tratamento com o objetivo de construir o cotidiano daquele.

Os *profissionais* do SRT afirmavam que produzem saúde e tratamento nas moradias com a *clínica de cuidado* e a da *reabilitação*, e que em suas práticas procuram criar uma mediação entre os *usuários* e o serviço de referência, e exemplo disso acontece quando os *moradores* manifestam sintomas psiquiátricos e são encaminhados para o CAPS, para consulta com o psiquiatra. Também diziam que no acompanhamento diário do *usuário* é desenvolvida uma técnica que, em seus efeitos, busca a sua estabilização. Dito de outra forma, as intervenções terapêuticas são *calculadas* para prevenir os *sofrimentos* e as *crises*. Todavia, há situações em que estas últimas não podem ser evitadas, e então eles acionam *estratégias* para minimizar o *sofrimento* dos *moradores* e de seus companheiros de residência, que se afetam com o contexto e, às vezes, com a agressividade e as alucinações de quem está em *crise*. Veridiana Marucio, em uma entrevista no programa Coração na Boca, em outubro de 2011, expôs esse contexto de *sofrimento* e afirmou que alguns *usuários* permanecem nas moradias em decorrência da intensificação do *cuidado*:

Nós tínhamos uma grande ilusão, de que os pacientes iriam para as suas casas e iriam ficar bem. Não podemos negligenciar que existe uma doença instalada, que precisa ser cuidada, escutada e medicada. Muitas vezes, isso implica em um grande sofrimento para os moradores e para quem está do lado. Na casa, quando você tem um paciente em crise, os outros, com certeza, vão estar envolvidos, e, algumas vezes, podendo desencadear uma crise também. [Cuidamos de] casos gravíssimos que acreditávamos que nunca sairiam do hospital, que só estão na casa, vivendo, com muito investimento da equipe, [ou seja, com] um cuidado bastante intensificado. (Marucio, 2011a)

De acordo com os *profissionais* da *equipe das moradias*, quando um *usuário* está em *crise*, outro *morador* também pode desencadear um *sofrimento*. Assim que é detectada uma situação de *crise*, o *cuidado* e o monitoramento são redobrados a fim de se promover ações para evitar a piora do *usuário* e de seus companheiros. O relatório final da III CNSM, realizada de 11 a 15 de dezembro de 2001 (mesmo ano da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, assinada em abril), atesta a necessidade de “desenvolver a prática de cuidado domiciliar, em substituição ao cuidado hospitalar, como estratégia de enfrentamento das situações de crise dos portadores de sofrimento psíquico e seus familiares” (Sistema Único de Saúde, 2002: 42). Observa-se que o *cuidado* e o controle da *crise* em domicílio são táticas para minimizar o *sofrimento* dos *usuários* e de seus familiares ou companheiros de residência,

e, ao mesmo tempo, uma *estratégia* para substituir o modelo de assistência hospitalar. Essa ideia já era prevista na III CNSM, cujo título foi “Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Efetivar a Reforma Psiquiátrica significa promover outras formas de tratamento que vão além das prescrições e internações psiquiátricas. Os *profissionais* do SRT afirmavam que o *cuidado* intensivo nas residências evita, por vezes, a internação psiquiátrica.

A relação de *cuidado*, no SRT, aproxima-se da atividade de assistência individual e domiciliar analisada por pesquisas recentes que refletem sobre o “*personal care*” [cuidado personalizado]. Essa modalidade de cuidado compreende variadas formas de “atenção pessoal” (Zelizer, 2012: 18), que são constantes e/ou intensas e que procuram melhorar o bem-estar das pessoas. Hirata e Guimarães (2012: 1) definem o *care*<sup>110</sup> como uma atitude ou ação que se ocupa em “cuidar do outro, preocupar-se, estar atento às suas necessidades”. Matas (2014: 8) entende que o cuidado não é apenas uma tarefa realizada por um familiar ou por uma pessoa contratada: ele compreende, também, uma dimensão ética e política. A configuração das ações de *cuidado* nas moradias ficou evidente na fala da psicóloga Flávia Machado Seidinger no evento das moradias:

poderíamos nos comparar a um enorme CAPS, só que com 158 leitos noite, esparramados em um raio de 40 km<sup>2</sup>, que quase nunca têm alta, salvo pelos óbitos, que não são tão raros nessa faixa etária, quase trezentos benefícios para fazer a gestão direta, duzentas e tantas contas em bancos, e economias domésticas. Esse grande CAPS teria 29 casas, para zelar pela higiene, cuidado integral das roupas, das comidas, da saúde, do ambiente, da decoração, da alma doméstica, zelar em tempo integral pela medicação e pelas comorbidades clínicas. Cento e sessenta aniversários personalizados, festas de Natal, Páscoa, viagens de lazer, secretariar visitas familiares [...] e os cuidados com os mascotes da casa. (Seidinger, 2011)

A prática da *clínica do detalhe*, segundo meus interlocutores, é exercida no acompanhamento dos *usuários* nos passeios agendados, nas visitas familiares, nas consultas médicas, nos aniversários personalizados, nas viagens de lazer, nos churrascos, em festas de Natal, nas intermediações com outras instituições (CAPS, pronto atendimento, bancos, escola, Igreja, centro de saúde, centro de convivência), no auxílio na administração do(s) seu(s)

---

<sup>110</sup> Algumas análises recentes que enfatizam o *care*: a partir de suas relações de trabalho e cuidado doméstico, Guimarães, Hirata e Sugita (2012); considerando gênero e classe social, Fontes e Sorja (2012); refletindo acerca de sua profissionalização, Ribault (2012). Guita (2012) analisa o cuidado na assistência aos idosos na Europa realizado por imigrantes, e aponta para um déficit de políticas nesse campo.

benefício(s) (“de volta para casa” e/ou Loas). Descrevo a *clínica do detalhe* como prática de governo, explorando seus acionamentos de segurança, no próximo capítulo.

## Capítulo V

### Práticas de Governo nas Moradias

Neste capítulo, analiso as práticas de governo nas moradias e descrevo como os *profissionais* operam a *política do caso clínico* na relação de *cogestão* (vide infra 5.4) com o *usuário*. De forma geral, essa configuração das relações de *cuidado* foi um dos efeitos do processo de reforma institucional no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, que problematizou a autoridade médico-psiquiátrica e sua prática alicerçada em modelos assistenciais de confinamento. De acordo com os *profissionais*, no SRT a institucionalização dessa nova *tecnologia de cuidado* produziu uma relação que capacita os *usuários* a fabricarem sua autonomia e, ao mesmo tempo, reconhece os seus direitos como cidadãos que são administrados a partir de sua liberdade, suas escolhas e seus desejos. Para governá-los, foi preciso conhecê-los em seus aspectos singulares e subjetivos, e em seu *sofrimento*.

Na relação de *cogestão*, os *usuários* dificilmente se rebelam ou resistem ao governo; ao contrário, são conduzidos e orientados a se tornarem aliados. A formalização institucional dessa parceria previa o monitoramento e o acompanhamento de suas relações. De acordo com Yasui (2011), para que o *usuário* adira às práticas terapêuticas é necessária uma postura não burocrática dos *profissionais*:

Por vezes, a equipe de referência propõe um conjunto de procedimentos e mediações, mudança de estilo de vida de uma maneira quase burocrática, ainda que tecnicamente adequadas, sem que outros sujeitos, usuários, família, rede social participem dessa formulação. O resultado disso é a não adesão das pessoas ao projeto.

A partir da sua crítica à postura burocrática dos *profissionais*, que tem como decorrência a “não adesão” das pessoas às suas propostas, descrevo os elementos da prática do SRT, que meus interlocutores diziam não ser burocrática e que resultam na adesão do *usuário*. Yasui utiliza o exemplo da burocracia para indicar ações prescritas de forma automática, sem considerar os aspectos particulares e as diferentes relações daquele.

Ao desprezar a individualidade e menosprezar a multiplicidade de suas relações, as práticas burocráticas compõem uma máquina de produção social da indiferença, conforme a

formulação de Herzfeld (1992: 93). Para esse autor, a burocracia é um sistema de classificação que justifica a exclusão. No entanto, as burocracias são concebidas como estruturas que podem ser operadas a partir da intenção dos agentes em proteger ou reprimir os interesses dos cidadãos (2001: 271). Meus interlocutores afirmavam que as práticas de cuidado no SRT não são fundamentadas em protocolos, automatizadas ou mecânicas, como no caso das práticas burocráticas. Dessa forma, analiso as intervenções de *cuidado* não burocráticas que agregam as mediações, as redes de relações sociais, de solidariedade e familiares na elaboração das intervenções de *cuidado*. Procuro, com isso, expor os acordos e a relação de parceria na elaboração do projeto terapêutico — relação que os meus interlocutores denominam de práticas de *cogestão* ou práticas “democráticas”.

Rose (2011: 64) salienta que as práticas de governo democráticas são conectadas aos saberes psi pela noção de individualismo, noção que elas operacionalizam utilizando-se de uma tecnologia de planejamento e de regulação das existências. De acordo com o autor, as democracias atuais funcionam, cada vez mais, através de mecanismos que alinham e/ou conectam a conduta, os desejos, as decisões das organizações e dos cidadãos aos objetivos do governo, e, em sua agência, elas não utilizam protocolos fixos: acionam diferentes técnicas modeladas a partir da individualidade dos cidadãos, de forma a orientar (ou persuadir) suas escolhas. As ações guiadas por esse mecanismo psi estão imbricadas na produção da democracia na medida em que operam práticas que levam em conta a liberdade, a autonomia e as escolhas daqueles a partir do conhecimento e das informações sobre suas motivações e relações, dissipando as resistências e tornando-os aliados das ações que os governam (2011: 164).

As práticas “democráticas”, segundo os *profissionais*, permitem não só a sua participação, mas também a dos *usuários* na elaboração e na escolha das *metas* singulares (tanto daqueles quanto destes), que não estão desvinculadas dos objetivos institucionais da reforma que seguem as diretrizes de saúde mental. Nesse jogo “democrático”, o mais importante é fazer com que os sujeitos aliem-se ao governo, o que é possível ao se formular a intervenção incluindo tanto a participação dos *usuários* quanto seus desejos e necessidades. Para que isso funcione, é necessário que haja o deslocamento de uma autoridade arbitrária para uma autoridade justificada de forma racional. Rose (2011: 164) considera que a psicologia social, enquanto “complexo de saberes, profissionais, técnicas e formas de julgamento, tem estado constitutivamente ligada à democracia, como um modo de organizar,

exercer e legitimizar o poder político. Pois, para governar sujeitos, tornou-se necessário conhecê-los em seu íntimo”.

No SRT, observei como esses saberes são acionados para fazer a gestão dos problemas cotidianos que emergem nas relações e no *manejo* dos *usuários*. O planejamento das ações para conduzir os problemas identificados nas residências está descrito no Plano de Metas desse serviço. Cada serviço da *rede de assistência* do SSCF tem o seu Plano de Metas, e o conjunto destes compõe o documento do convênio de financiamento — após conhecer a realidade dos serviços, analisar o funcionamento da assistência, planejar as ações necessárias para aperfeiçoar o trabalho em *equipe* e melhorar a “qualidade de vida” dos *usuários*, os *profissionais* escrevem as propostas do convênio e o documento é encaminhado para a negociação com instâncias burocráticas da prefeitura. Terminada essa etapa, é enviado para o controle social (para verificação e aprovação) do Conselho Municipal de Saúde, e só depois o convênio é assinado pelo Executivo municipal. Em síntese, os *profissionais* consideram a sua participação na elaboração do Plano de Metas uma ação “democrática”. Também consideram ações “democráticas” a sua mobilização para pressionar a prefeitura a cumprir o contrato do convênio, as intermediações entre os gestores do SSCF e os administradores daquela nas formalizações burocráticas do documento do convênio, e a sua participação e dos gestores nos espaços de controle social do SUS em Campinas.

De forma geral, as necessidades individuais dos *usuários* são registradas em documentos e tornadas visíveis para os administradores do município. Nesse ponto, os meus dados de campo aproximam-se da análise de Biehl (2011: 283), que afirma a urgência em produzir políticas a partir da vida das pessoas que são alvo das intervenções da saúde pública, e, para que isso seja possível, é preciso acompanhá-las, conhecer o lugar em que vivem, explorar a sua trajetória individual, observar o progresso dos tratamentos. Os *profissionais* do SRT elaboraram o indicador *mobilidade*, que mensura de forma qualitativa o trajeto de circulação dos *usuários* e avalia a efetividade do processo de *reabilitação* psicossocial (descrevo esse indicador no final do capítulo). Além das intervenções, esse indicador avalia a *atuação* dos *profissionais* e da *equipe* no processo de elaboração e execução do *cuidado* no SRT. O resultado dessa avaliação é disponibilizado para a prefeitura como dados que complementam os índices biopolíticos (número de *usuários*, admissão de casos novos, mortes, altas) e justificam a necessidade do financiamento.



Este capítulo está dividido em duas partes. Descrevo, na primeira, como se configura a relação de governo no SRT. Na segunda, analiso a relação de *cogestão*, criada para aperfeiçoar o funcionamento dos *vínculos* e a participação dos *usuários* no processo de *cuidado*. Como mencionei na introdução, os *profissionais* procuram implementar as mudanças na forma de operar o *cuidado* seguindo os pressupostos da ética da humanização descrita na Política Nacional de Humanização, formalizada em 2003 (Brasil, 2013: 3). Seu objetivo é produzir sujeitos participativos do controle social do SUS e da gestão do processo de aperfeiçoamento do trabalho em saúde, e sua diretriz prevê a otimização das relações tornando-as solidárias e comprometidas, a criação de espaços de discussão, de tomada de decisão, de avaliação e de planejamento. Essa política investe na produção de relações transversais a partir de uma construção coletiva e democrática (Brasil, 2008: 61).

No próximo tópico, analiso como são configuradas as práticas de *cuidado* que atualizam os procedimentos de governo dos cidadãos de acordo com os princípios de autonomia, de participação e de livre escolha. As análises de Foucault sobre o governo da população me ajudaram a pensar como as práticas de *cuidado* nas moradias acionam técnicas de segurança e de prevenção dos riscos. De acordo com o autor, o governo manifesta-se em ações estratégicas compostas por “mecanismos e procedimentos destinados a conduzir os homens, a dirigir a conduta dos homens, a conduzir a conduta dos homens” (Foucault, 2011a: 53), e as suas estratégias explicitam, definem e, ao mesmo tempo, compõem o Estado. Desse modo, as táticas de governo utilizam os instrumentos econômicos, têm como alvo a população e controlam-na por meio dos dispositivos de segurança (2006a: 305). Tais dispositivos executam uma avaliação dos custos, dos riscos e de uma sequência de fenômenos e acontecimentos que são prováveis. Esse saber decorrente das probabilidades resulta em uma forma de gestão e controle das estimativas de tudo aquilo que pode acontecer. Ao procurar regular a probabilidade, desenvolve-se a análise dos elementos possíveis combinados aos elementos aleatórios em um determinado meio (2008: 28). Assim, descrevo como os *profissionais* acionam as práticas de governo, que são atualizadas na prática da *clínica do detalhe* e na análise do *caso clínico*.

## 5.1 O governo das condutas na *clínica do detalhe*

Como já mencionei (vide supra 2.5), a *supervisão clínica* é uma reunião mediada por um *supervisor* externo, ou seja, uma pessoa que não trabalha no SSCF. Durante a pesquisa de campo, era uma *supervisora*, membro da Escola Brasileira de Psicanálise, conhecida da *equipe* do SRT por acompanhar essa reunião havia um tempo, além de ser a presidente de um Centro Lacaniano de Investigação da Ansiedade (Clin-a), espaço de formação em psicanálise lacaniana do qual participavam *profissionais* do SSCF. Pode-se analisar a mediação de uma autoridade externa como um exame imparcial ou uma avaliação que verifica o conhecimento e a qualidade do trabalho (Strathern, 1999: 17). Segundo os meus interlocutores, no SRT a *supervisora* conseguia apresentar um parecer imparcial porque não trabalhava cotidianamente com a *equipe*. Isso lhe permitia identificar, na exposição dos *profissionais*, impasses que eles não tinham percebido ou pensado, por estarem imersos no processo de produção do *cuidado*. No entanto, a reunião de *supervisão* não é apenas um espaço de exame: uma vez que a *equipe* apresenta o conhecimento das experiências já vividas, também opera, em suas discussões, a disseminação e a produção de saberes. Desse modo, é um instrumento habilidoso de direção que provoca o alinhamento do processo de produção da *equipe* com as *metas* do serviço. O *supervisor*, por sua vez, aciona seu saber para escutar e detectar, na fala dos *profissionais*, elementos que o auxiliem a formular sugestões para ajudá-los a pensar a experiência prática no serviço, as relações coletivas em *equipe*, a gestão dos conflitos e dos problemas enfrentados. Essa relação concilia as *metas* do SRT com as possíveis resistências decorrentes dos empecilhos encontrados na realização de uma prática de *cuidado* nas moradias. Em outras palavras, possibilita a mudança da subjetividade do *profissional*, que, ao invés de se tornar um opositor devido às dificuldades vivenciadas no trabalho (deslocamento até as residências, os conflitos entre os *usuários*, os problemas da escala de trabalho, as ocorrências nos plantões de finais de semana), configura-se em aliado na otimização de práticas que respondem aos objetivos institucionais.

No SSCF, os *profissionais* que faziam formação em psicanálise não estabeleciam relação de oposição ao saber psiquiátrico, e sim de aliança. Diferentes saberes atravessavam a *equipe* nas discussões acerca das informações observadas e escutadas no acompanhamento do *usuário*, contudo o médico psiquiatra era acionado quando havia a necessidade do *ajuste* medicamentoso (vide supra 3.2.1). No SRT, não havia divergência entre o saber psiquiátrico e o saber psicanalítico uma vez que os *profissionais* tinham a mesma *meta*: proporcionar um

*cuidado* que melhorasse a “qualidade de vida” do *usuário* e diminuísse o seu *sofrimento*. A relação de oposição entre a psiquiatria e a psicanálise foi observada por Antonio (2015) em sua etnografia sobre a formação de psicanalistas lacanianos feita em instituições que seguem o modelo de escola de psicanálise criado por Jacques Lacan. Segundo a autora, eles se opõem à psiquiatria biológica, que consideram universalista, autoritária, hierárquica e medicalizante, por meio de uma prática militante, à qual denominam de “política da psicanálise” (2015: 7). Mas a autora também diz que os psicanalistas lacanianos que conheceu durante a pesquisa de campo que trabalhavam em serviços públicos de saúde mental — mesmo os que mantinham consultório e faziam atendimento individual —, criticavam o purismo em relação à medicalização, tendo em vista que a realidade de trabalho nos serviços não comporta estrutura para promover um tratamento personalizado. Em um dos seminários semanais da seção São Paulo da Escola Brasileira de Psicanálise — nos quais a autora fez parte de sua observação —, uma psicanalista, que trabalhava como psicóloga em um CAPS, depois de ouvir a crítica da apresentadora do seminário à medicalização, disse, no debate que se seguiu a ele, que esta é um instrumento para apaziguar o sofrimento de pessoas que não têm tempo ou dinheiro para fazer análise, e que tinha que

lidar cotidianamente com *pacientes psicóticos* de baixa renda que precisavam estar aptos, o mais rápido possível, ao convívio social, já que todos os dias deviam ser capazes de voltar para casa, e, portanto, “*se deve proporcionar a essas pessoas um mínimo de tranquilidade, para o convívio ao menos com seus familiares e cuidadores*”. (Antonio, 2015: 224; ênfases do original)

É preciso ressaltar que a prática da psiquiatria no SSCF considera a singularidade do *usuário* em sua interação com as medicações, o que a distancia das práticas estritamente biológicas. Os *profissionais* assumem posição política contrária à medicalização excessiva, que produz efeitos perversos ou “dopa” os *usuários*, anestesiando qualquer manifestação de sentimentos, singularidades e desejos.

Na época da minha pesquisa de campo, a *equipe das moradias* organizava a sua *supervisão clínica* no mesmo dia da sua reunião: quinzenalmente, às terças-feiras, às 15 horas. Em algumas *supervisões* participavam *profissionais* de outros serviços da própria *rede de assistência* do SSCF e da assistência social da prefeitura (caso dos funcionários dos abrigos municipais), se o *caso clínico supervisionado* (analisado, problematizado, discutido) fosse, também, *cuidado* por trabalhadores de outros serviços.

De maneira geral, a reunião de *supervisão* era composta por três partes: a exposição do *caso clínico*, a discussão da *equipe* e a apresentação do parecer pelo *supervisor*. As *supervisões* que presenciei iniciavam-se com a exposição do *caso clínico*. O *profissional de referência* do *usuário* (vide supra 3.2) era o responsável por prepará-la e apresentá-la, pois acompanhava o *usuário* (o *caso clínico*), conhecia sua história de vida e tinha informações mais recentes sobre ele, e as transcrevia em forma de um texto (ou documento do *caso clínico*). Depois da reunião, o texto era anexado ao seu prontuário. A seguir, descrevo o *caso clínico* apresentado na *supervisão* de 20 de setembro de 2011.

O documento que o descrevia trazia, no tópico “identificação”, as iniciais do nome da *usuária* — mas durante a *supervisão* os *profissionais* se referiam a ela pelo primeiro nome, e aqui eu a chamarei de Clara —, em seguida, sua idade e algumas informações: “55 anos, separada, procedente de Campinas, 5 filhos, cursou até a sexta série ginásial, católica. Atualmente, namora outro paciente (desde 01/00), o qual reside em sua casa”. No tópico “dados pessoais”, informava que o pai era cortador de lenha e a mãe, dona de casa — esta, “muito nervosa era cega e tinha dificuldades de cuidar dos filhos”. Clara era a filha caçula de nove irmãos, muito mimada e teimosa, “cheia de vontades segundo uma de suas irmãs”. Casou-se aos 17 anos; o marido era “trabalhador, mas depois começou a beber e tratar ela e os filhos de forma inadequada. Passaram a ter muita dificuldade financeira”. Ela adoeceu após o parto da quarta filha: “saía na chuva, fugia de casa, queria matar a criança, não cuidava dos filhos, falava sozinha, ouvia vozes, dizia que havia alguém atrás dela, heteroagressiva”<sup>111</sup>. Foi internada (por três meses) em um hospital psiquiátrico em Serra Negra, em 1980; depois, em Assis (nove meses), e então encaminhada para o Sanatório para Doentes do Arraial de Sousas (ainda na década de 1980), e neste perdeu o contato com o marido. Clara fez tratamento com eletrochoque (no documento não consta a data do procedimento, mas, segundo os meus interlocutores, a eletroconvulsoterapia foi desativada na instituição no fim da década de 1980). Em 1999, saiu do “setor dos moradores” (Unidade de Reabilitação dos Crônicos) e foi para uma moradia assistida — e antes de permanecer nesse setor, foi internada seis vezes no “setor dos agudos” (Unidade de Internação de Agudos), ala hospitalar para pacientes em *crise*, criada nos anos 1990 (que, posteriormente, transformou-se no Núcleo de Atenção à Crise). Já nesse sanatório, teve um filho — “e não se sabe se é do marido, o qual [ainda] a visitava, ou de algum paciente” —, que foi entregue ao Juizado de Menores. Duas de suas filhas (as mais

---

<sup>111</sup> Sintoma psiquiátrico manifestado por um comportamento agressivo com tudo e todos, menos contra si próprio (sintoma esse nominado de autoagressividade).

velhas) foram dadas em adoção (a famílias diferentes); duas ficaram com a tia e a avó materna (que moravam juntas), depois foram viver com o pai. Clara mantinha contato com uma das filhas mais velhas, que morava em Campinas. Em 2007, durante as férias de sua *referência*, manifestou outra *crise* com alucinações auditivas e visuais. Sobre o seu estado geral na época,

[setembro de 2007] apresenta-se com humor deprimido, questionamentos delirantes, delírio de ruína (Síndrome de Cottard<sup>112</sup>). Não há registro de descompensações clínicas ou psíquicas até fevereiro de 2009. Nessa época, [...] muda para sua atual casa e apresenta-se queixosa, cansada, apática, hostil e até mesmo agressiva verbalmente em relação aos funcionários da equipe. Passa por atendimentos semanais com a estagiária de T.O. durante 1 ano. Período em que consegue se organizar em relação a alguns aspectos como por exemplo: autocuidado, cuidado com a sua própria casa, relações interpessoais e circulação pelos comércios, supermercados perto de sua casa.

Em 2010, manifestou uma *crise* paranoica, durante a qual se apresentou hostil na relação com seus *cuidadores*. Foi examinada por sua psiquiatra e pela psicológica que a acompanhava, e iniciou o uso de medicação antipsicótica atípica<sup>113</sup>. Em setembro daquele ano, a *equipe* a encaminhou para o CAPS Esperança, mas ela não quis ir. O namorado afirmou que Clara “não pode ir no Caps, lá é lugar de tarado”. Em novembro, Clara

continua com oscilações de humor e apresentando discurso delirante. Em um dado momento, ao dizer bom dia a paciente responde: “Boa noite, quem entra nessa casa não sai nunca mais”. Algumas semanas depois [...] viajou para Aparecida do Norte e lá ficou muito angustiada. Há relatos da monitora que a acompanhou, em que diz, [que Clara] ao ouvir a história da imagem de Nossa Senhora Aparecida no rio [afirmou]: “eu sou Nossa Senhora e eu morri no rio”. Permanecendo bastante delirante até o final do passeio. (ênfases do original)

Dois meses depois da mudança da medicação, continuava com sintomas de *crise*, que só se amenizaram no início de 2011, quando melhorou a sua articulação com a *equipe* e ela expressou melhor suas angústias e tristezas. Mas, ao mesmo tempo, desconfiava de alguns *profissionais*: “você quer me envenenar?”; “Tio, esse remédio é do senhor e não meu”. *Ajustada* a sua medicação, “apresentou maior interesse em cuidar da casa e de seu corpo”;

---

<sup>112</sup> Também conhecida como Síndrome do Cadáver Ambulante, a Síndrome de Cottard é muito rara, e nela o paciente acredita estar morto ou que seus órgãos estão necrosados/putrefatos ou em decomposição, ou, ainda, que as pessoas que ele conhece ou o mundo ao seu redor não existem.

<sup>113</sup> Os antipsicóticos atípicos (ou de segunda geração) têm ação bloqueadora dos receptores de serotonina e de dopamina, melhoram os sintomas positivos da esquizofrenia (alucinações, delírios, agressividade e agitação) e os sintomas negativos causados pelos antipsicóticos típicos (retraimento social, apatia, afeto embotado/insensível). Os antipsicóticos atípicos melhoram o humor, diminuem os índices de suicídio e os efeitos extrapiramidais.

quis visitar a irmã e procurou saber de seus familiares. Mas já em fevereiro, com a falta da medicação de alto custo, recomeçaram as oscilações de humor, a hostilidade com os *profissionais*; recusava-se a participar de atividades, dormia pouco. Em abril, questionou a quantidade e a necessidade das medicações, e deixou de frequentar a oficina de corte e costura: “não gosto de lá. Vão me amarrar e depois me jogar no quarto forte”.

Na segunda parte da reunião de *supervisão*, os *profissionais* da *equipe das moradias* discutiram o *caso clínico* de Clara. Outras informações foram enunciadas e eles problematizaram o estado da *usuária* naquele momento, e as dificuldades na prática do *manejo* do seu *caso*. Clara residia em uma moradia 24 horas. Seu espaço era individual — um cômodo que comportava sala, quarto e cozinha, e em anexo, um banheiro —, ficava separado, na parte de baixo da casa, semelhante a uma edícula; os outros *moradores* residiam na parte de cima. A possibilidade de morar sozinha nesse espaço foi uma *estratégia* pensada e elaborada pela *equipe*, pois ela se desentendia com os outros *moradores* e sentia-se *invadida* (eles entravam em seu quarto sem consentimento, *invadiam* sua intimidade). Os *profissionais* contaram que ela ficou bem, “*teve ganhos*” morando sozinha. Em momentos de *crise*, não limpava o espaço — que ficava muito sujo, inclusive com alimentos jogados pelo chão — e apresentava resistência para comer. Em um dos momentos de *crise* em que não queria comer, em uma conversa com a médica da *equipe*, comeu um iogurte; na mesma conversa, falou “*eu estou suja por dentro*”. Segundo um dos *profissionais*, “*ela diz que a carne da geladeira é do seu corpo*”. Manifestava paranoia em relação às pessoas, incluindo os *profissionais* e o namorado: permanecia mais na casa de cima e solicitava pernoitar nela, e a *equipe* desconfiava que era para não dormir com o namorado — que naquele momento estava sem residência e dormia no espaço dela. Nos momentos em que estava bem (sem sintomas ou *sofrimentos*), ela passava o dia em casa e ele, no CAPS. Quando voltava para casa, os dois ficavam sozinhos, até dormir. Alguns *profissionais* e um vizinho haviam relatado que ouviram o namorado pedir para, e tentar ter relações sexuais com ela. Na reunião, *profissionais* disseram que “*eles são um casal completamente diferente do nosso padrão*”, “*eles não são um casal normal*”. A *equipe* acreditava que a sua *crise* pudesse estar se agravando porque o namorado estava morando com ela, e, pensando em alternativas e *estratégias* para que eles pudessem escolher os momentos de estar juntos e de dormir juntos (a ideia não era separá-los), havia solicitado uma vaga para ele em outra moradia, e também pensou em colocar um colchão na sala da casa de cima, para ele dormir.

Observam-se, nas informações que compunham o *caso clínico*, os investimentos da *equipe* para controlar ou amenizar a *crise* de Clara. Em um primeiro momento, a exposição apresentou a sua história familiar, a primeira *crise*, as internações, os tratamentos; em seguida, evidenciou as manifestações atuais dos sintomas psiquiátricos e as intervenções da *equipe*. Na última parte da reunião, a *supervisora* apresentou o seu parecer: falou das ações que não tiveram os objetivos alcançados, reafirmou as que foram avaliadas como efetivas e deu sugestões para uma possível direção das intervenções de *cuidado*. Após a sua exposição, a *equipe* estabeleceu a direção e a intensidade do *cuidado* que seria investido no *caso* de Clara. O acompanhamento da estagiária de terapia ocupacional foi considerado, pelos *profissionais*, um procedimento que teve efeito positivo, medido pela melhora de Clara em seu autocuidado, em suas relações e em sua circulação nos espaços próximos de sua casa. A tentativa de encaminhamento para o CAPS, o acompanhamento psicológico, a avaliação psiquiátrica e a mudança da medicação não surtiram o efeito esperado. A *equipe apostava* nas intervenções, e, se estas tinham avaliação positiva, o *cuidado* permanecia, como foi o caso da *estratégia* de transferi-la para uma moradia individual. A situação de *crise* preocupava a *equipe*, que acionava práticas de segurança, principalmente em relação à sua resistência em se alimentar, e a *supervisão* foi convocada para reavaliar as suas intervenções, uma vez que estava preocupada com um agravamento daquela. As suspeitas da *equipe* para o agravamento recaíam sobre a sua relação amorosa, e, por isso, a *estratégia* terapêutica elaborada foi encaminhar o namorado para outra moradia, ou, pelo menos, para a casa de cima, para que Clara pudesse escolher ficar sozinha e não precisasse recorrer à alternativa de dormir naquela. Na *supervisão*, ficou estabelecido que esta seria a intervenção terapêutica no seu caso.

Esse exemplo etnográfico evidencia a forma como a *equipe* constrói suas práticas de intervenção no SRT, como a *clínica do detalhe* promove um controle visceral dos corpos (Villela, 2013), realizado por uma prática clínica de controle das doenças crônicas, com o acompanhamento da dieta alimentar, com os cuidados com o corpo que envelhece, os *ajustes* das medicações e o controle de seus efeitos. Também evidencia o acionamento de práticas de segurança e de gestão dos riscos que produzem e investem nas relações sociais. Com isso, os *profissionais* produzem um discurso acerca das necessidades, assim como acionam as manifestações mórbidas, os *sofrimentos* e a história de vida para justificar uma demanda de intervenção política, já que um *usuário* em *crise* pode colocar-se em risco de morte. Parece-me que o acompanhamento (controle) e o suporte (ajuda) das relações sociais constituem a

parte mais inventiva desse controle, visto que essa *tecnologia de cuidado* é capaz de produzir vida a partir do desejo do *usuário* — tema detalhado no próximo tópico.

## 5.2 O projeto de vida

Para expor o que meus interlocutores de pesquisa entendiam como projeto de vida, descrevo o *caso clínico* de um *usuário* do SRT discutido na *supervisão* realizada em 4 de outubro de 2011, utilizando informações colhidas no documento feito por sua *técnica de referência*, em comentários emitidos durante a discussão do *caso* e em informações expostas sobre o mesmo em outra reunião de *equipe*, em 7 de fevereiro de 2012. O projeto de vida do *usuário* é discutido nas reuniões de *supervisão*. Como já mencionei no tópico anterior, esta é um espaço de aprendizado e de avaliação das ações terapêuticas. É nela que os *profissionais* apresentam os investimentos formulados a partir da singularidade dos *usuários* e as experiências que tiveram resultados positivos ou foram consideradas formas de gestão efetivas de sua vida nas moradias. As ações não efetivas — por exemplo, falar com o *usuário* em um momento em que ele não está bem, questioná-lo sobre algo do seu passado e orientá-lo a fazer a limpeza de seu quarto podem provocar situações constrangedoras, de desconfiança, e o aparecimento de sintomas: “*usuário ficou paranoico, agressivo, quieto, evitando o profissional*” — também são apresentadas, para mostrar o tipo de ações a serem evitadas no futuro e para que “*a equipe não caia nos mesmos erros*”. Os *profissionais* calculam o melhor momento para falar, questionar ou orientar, para não resultar em um agravo do estado do *usuário*. O *cuidado* formulado a partir das singularidades é avaliado por meio da capacidade de resposta de cada *morador* e da melhora na sua “qualidade de vida”. Observa-se como os aspectos da vida cotidiana e da subjetividade do *usuário* transformam-se em elementos de *cálculo* das práticas de governo nas moradias. Interessa-me, aqui, o ponto de encontro entre as práticas de governo e as políticas de financiamento em saúde. Dito de outra forma, o caso singular, em suas variações cotidianas e nos elementos da vida social, é capturado por uma prática de *escuta*, observação e registro, e transforma-se em dado que contabiliza e legitima o pedido de financiamento no Convênio de Cogestão.

Durante a pesquisa de campo, a *supervisão* que tinha por finalidade discutir o projeto de vida do *usuário* iniciava-se com a apresentação do seu *caso clínico*. Um exemplo: Paulo,



com 46 anos em 2011, foi internado pela primeira vez (por 120 dias) no SSCF em 1989. Dois anos e meio depois, voltou a ser internado, por manifestar sintomas psicóticos e alteração de comportamento. No começo de 2000, tornou-se *usuário* do hospital-dia, e, em julho desse ano, foi internado, após apresentar “ideação homicida em relação ao pastor da igreja, estava com um estilete e procurou a internação”. Sua *equipe de referência* contatou sua família por meio de visita domiciliar e constatou a fragilidade de sua rede social: “neste encontro ficou claro que o pai não tinha conhecimento do estado psíquico de Paulo e atribuía as alterações de comportamento a sua vinculação com igrejas evangélicas”. Paulo participava, de forma assídua, dos grupos de terapia ocupacional e das consultas naquele hospital, apresentava postura distanciada e procurava diferenciar-se dos outros *usuários*. “Era frequentemente admitido no leito noite, sendo novamente internado em dezembro de 2000, por 60 dias, desta vez, por uma ideação suicida”. Em decorrência da sua relação precária com o pai, a *equipe* começou a pensar em inseri-lo em uma moradia, e ele participou ativamente desse processo. Em outubro de 2001, foi encaminhado para uma moradia com alto grau de autonomia. Na época, ele frequentava a oficina de varrição (grupo responsável pela limpeza da área comum e externa aos prédios no SSCF, em Sousas) e a de culinária, e começou a frequentar, de forma assídua, o Núcleo de Oficinas e Trabalho. Paulo tinha a expectativa de realizar um intercâmbio e estudar na Itália, era capaz de “tomar decisões e gerir o seu cotidiano”, e frequentava um atendimento individual com uma psicóloga no CAPS Esperança. Com regularidade, participava da Igreja do Nazareno, com a qual contribuía com 30% dos 840 reais de sua renda, e, com o dinheiro que sobrava, custeava o rateamento das despesas de sua moradia.

Segundo as anotações do documento do seu *caso clínico*, “o que mais interessa no caso é o percurso que Paulo fez para tentar outras saídas para a sua vida. Já faz um tempo, que não sei precisar quanto, ele começa a pensar em um projeto que envolveria o então Presidente da CBF [Confederação Brasileira de Futebol], João Havelange”. A equipe do SRT refletiu acerca de seu desejo de fundar uma ONG para ajudar pessoas em situação de rua. Sua *referência* o ajudou a organizar a ideia em um projeto, e ele pensou em formas de conseguir o recurso para materializá-lo, chegando à formulação de que o financiamento necessário seria alcançado com o leilão das “camisetas oficiais de todos os jogadores das seleções de todas as copas” — e, para isso, precisava contatar o presidente da CBF, João Havelange. Paulo conseguiu o telefone de seu escritório e ligou várias vezes para sua secretária, até marcar um horário com ele, no Rio de Janeiro. Em 2010, acompanhado de um *profissional*, foi ao

encontro: tirou fotos com Havelange, pediu autógrafo, ganhou uma bola e uma camiseta — mas não conseguiu as camisas da Seleção Brasileira. “Voltou para Campinas e a equipe esperou uma crise que não aconteceu”. Paulo começou a pensar em alternativas para conseguir recurso para o projeto, e, segundo o relato de sua *referência*,

Pensou em Viviane Sena e na criação de um personagem chamado Paulinho, que teria uma revista como se fosse o personagem do Seninha. Procurou patrocínio com alguns políticos e pessoas da igreja. Tentei encaminhar isso de uma maneira que ele fosse tomando contato com etapas e questões concretas. Quem escreveria as histórias? Quem faria os desenhos? Do que trataria a história do personagem? Ele pensava em ser um menino bom e que sabia de esporte. Não conseguia desenvolver nada. Foi atrás de uma maneira de registrar o personagem. Tinha custo e isso inviabilizou o projeto. Atualmente ele não fala mais no Paulinho. Parece tê-lo guardado. Em relação ao João [Havelange] eu também tinha a mesma postura, fazia contrapontos e tentava fazê-lo pensar no percurso de montar e, sobretudo sustentar a ONG se fosse viabilizado o leilão. Discutia essas questões com a psicóloga do CAPS, e íamos conduzindo o caso assim. A equipe fazia esse manejo.

Na época da reunião de *supervisão* em que foi discutido o seu *caso clínico*, Paulo participava da Rádio Online Maluco Beleza e de algumas ações políticas<sup>114</sup>. A *equipe* pensou em discutir o seu *caso* depois de alguns acontecimentos ocorridos em setembro de 2011. Um deles: como queria marcar outro encontro com João Havelange para falar do projeto, e inclusive já conseguira o dinheiro para a viagem com os pastores da Igreja, ele telefonou novamente para a sua secretária, que lhe disse que Havelange era apenas o presidente de honra da CBF, sem poder decisório, e naquele momento passava por problemas de saúde. Descartado o encontro, Paulo conversou com sua *referência* e afirmou sua vontade de retomar as atividades no Núcleo de Oficinas e Trabalho. Uma semana depois, em sua moradia, pediu para conversar com ela, mostrou-lhe uma revista que trazia uma notícia sobre as “falcatruas do futebol”, nas quais estaria incluído João Havelange, e comentou: “olha do que eu me livre, se eu fosse ao Rio estaria envolvido. Era isso que ele queria de mim. O pastor da igreja disse que eu recebi uma libertação. Agora vou devolver o dinheiro da viagem e fazer outras coisas”.

Na segunda parte da reunião, a *equipe* apresentou outras informações, caso de um assalto que Paulo disse ter sofrido quando voltava para a casa, depois de assistir um culto: próximo a ela, teria sido abordado por homens que haviam assaltado uma casa na mesma rua, e eles levaram sua bolsa, em que estava a carteira com os documentos e dez reais. Paulo ficou

---

<sup>114</sup> Paulo apresenta um programa na Rádio Online Maluco Beleza e participa dos encontros do Movimento Antimanicomial.

muito assustado e recorreu aos *profissionais* do plantão noturno. Depois de alguns dias, sua carteira foi encontrada no correio, onde ele mesmo a esquecera, e os documentos também apareceram. A *equipe* percebeu semelhanças entre esse “assalto” e outro já sofrido por Paulo. Segundo um dos *profissionais*, “*Chama a nossa atenção ele recorrer a um assalto neste momento. A equipe se interroga sobre como manejar essa situação atual*”.

A reunião de *supervisão* tem como objetivo ser um espaço onde os *profissionais* possam elaborar e refletir sobre quais as alternativas de *atuação* no *caso clínico* nela apresentado. O de Paulo foi levado à discussão porque, naquele momento, ele estava sem projeto de vida. Na última parte da reunião, após os apontamentos da *supervisora* e tendo em vista a impossibilidade de reencontrar João Havelange para tentar, novamente, conseguir as camisas da seleção e, conseqüentemente, o recurso para montar a ONG, e diante do fracasso do projeto do personagem Paulinho, também inviabilizado por falta de financiamento, a *equipe* questionava-se sobre a sua *estratégia* de *atuação* no seu *caso*, sobre a forma de agir e de assisti-lo no desenrolar de seus “mega projetos”. A posição de sua *referência* era encaminhar a realização dos projetos de forma que ele mesmo fosse se envolvendo com o processo e fosse capaz de pensar as possibilidades concretas de viabilizar o seu desejo.

Após o evento do “assalto”, a *equipe* permaneceu em alerta para uma possível *crise*. Em fevereiro de 2012 (quatro meses depois de sua *supervisão*), com a organização das festividades para o carnaval, Paulo apresentou sinais de *crise*, e, na reunião da *equipe das moradias* de 7 de fevereiro, os *profissionais* voltaram a discutir estratégias de intervenção em seu *caso*. Ele afirmara que o “*carnaval era o diabo*” e, segundo um *profissional*, “*ele passa ao ato*<sup>115</sup> *quando acha que cometeu um pecado*”. Nessa reunião, uma das pautas foi a sua internação, no final de semana anterior, no Núcleo de Atenção à Crise. De forma resumida, havia acontecido o seguinte: no sábado, muito ansioso, Paulo apresentou um delírio: Viviane Senna doou dinheiro para ele; e Paulo falou que ia processar o pastor da Igreja do Nazareno, que não lhe dera o dinheiro e, ainda por cima, dera-o para outra pessoa. Conversando com ele, sua *referência* lhe perguntou se ele não achava que estava muito hostil, se não achava que estava gesticulando muito enquanto falava. Paulo lhe disse que ia até a igreja naquele sábado, e ela perguntou se não era melhor ir ao CAPS. Ele concordou e foi para o leito noite desse serviço. Lá, no domingo, agrediu um *paciente* que colocou a mão em sua cabeça, para orar. A

---

<sup>115</sup> Segundo meus interlocutores, *passar ao ato* é o mesmo que passar de uma agressão verbal para uma agressão física. É uma atitude repentina, às vezes até mesmo imprevisível, sem chance para o diálogo. Toda *passagem ao ato* explicita um sentimento de angústia que a pessoa não conseguiu expressar pela fala.

*equipe* do CAPS o encaminhou para o Núcleo de Atenção à Crise porque, como ele já fugira uma vez do leito noite (para ir a um acampamento da Igreja), ficou com medo que ele fugisse para agredir o pastor.

A *estratégia* da *equipe* do CAPS, de encaminhá-lo para a internação, foi resultado de um registro em seu prontuário, de que ele já havia fugido desse serviço — por isso ficou apreensiva em relação a uma possível fuga —, e de um episódio de agressividade em relação a outro *paciente*. A intervenção dos *profissionais* de plantão no CAPS foi realizada a partir do conteúdo da informação registrada, que fez com que agissem de forma a antever um futuro risco (vide supra 4.4), o que resultou na interdição do *usuário*. Essa forma de intervenção, que *calcula* o risco de uma possível fuga, foi legitimada a partir de um saber minuciosamente registrado, que apresenta uma verdade sobre a subjetividade (retomo esse assunto no próximo tópico) de Paulo e acerca de um comportamento anterior — uma verdade inscrita em um documento que detalha as diferentes informações que compõem a sua história de vida.

Apresentei, nesse tópico, como o documento do *caso clínico* era exposto com o objetivo de produzir um novo projeto de vida para o *usuário*. Minha intenção foi mostrar a forma como a *equipe* analisava as informações que estavam no documento para pensar as suas ações, *calculadas* a partir da singularidade, das relações e das atividades realizadas pelos *usuários*. Desse modo, analiso o documento como um dado da pesquisa de campo para entender o funcionamento da *equipe*. Nesse sentido, documentos são uma “fonte de conhecimento” (Castro e Cunha, 2005: 3). Em outras palavras, não faço deles o meu campo etnográfico — como fizeram Bevilaqua (2011a, 2011b) e Potechi (2013) —, mas os aciono como um dado considerando as conexões entre eles e as particularidades das informações inscritas, que atestam a necessidade de governo da conduta dos *usuários* no SRT. Assim, não produzo uma análise antropológica dos documentos, mas detalho o “dispositivo de inscrição” (Latour, 1986: 32) que caracteriza as condições materiais que permitem refletir sobre um objeto. Esse procedimento, que transforma acontecimentos e fenômenos em informações, possibilita evidenciar uma realidade e transformá-la em uma linguagem que autoriza discuti-la e diagnosticá-la. Nota-se que, nesse processo, a informação não é o efeito de uma função neutra, mas uma forma de “influenciar sobre o real, uma forma de inventar técnicas para inscrevê-la de uma maneira tal a tornar a área em questão suscetível de avaliação, cálculo e intervenção” (Rose e Miller, 2012: 84). Como vimos, na *supervisão* o documento do *caso clínico* é um esforço de registro das informações do *usuário* para discuti-lo em *equipe*. Expor

as informações permitia a esta avaliar e aprimorar as suas intervenções terapêuticas e produzir índices singulares que atestavam a necessidade do governo do *usuário* por meio do acompanhamento do seu projeto de vida.

### **5.3 A política do caso na clínica da reabilitação psicossocial**

A expressão *política do caso* foi utilizada por Emelice Bagnola, enfermeira e gerente de um CAPSi, em sua apresentação no evento das moradias, para explicar a relação de *cuidado* estabelecida com o *usuário* no SSCF. Ela afirmou que a *política do caso* compreende diferentes sinônimos: “o PTI, a particularização da assistência, a construção do caso clínico, a ética do caso e o trabalho um a um; e é uma posição ética, que considera os aspectos singulares apresentados pelo usuário na prática da escuta terapêutica”, porque “para contar uma história, a história do caso como estamos acostumados a dizer, é preciso tomar uma posição e seguir o caminho da construção do caso. Construção porque é nela que o dito do paciente está incluído” (Bagnola, 2011). É a partir dessas informações, segundo ela, que os *profissionais* elaboram as intervenções, que são consentidas pelos *usuários*. Assim, no processo de *reabilitação* psicossocial,

O mais importante é ver um paciente disposto ao trabalho. Trabalho na tentativa incessante de construir laço social. Descobrir sua forma particular de se inscrever no campo do outro. Era disso que se tratava o projeto de reabilitação dos moradores. Como, na prática com psicóticos, seria possível para uma equipe, para uma instituição, acompanhá-los em sua ascensão ao universo das negociações, das trocas, inclusive as simbólicas? Isso seria possível? Penso que sim, desde que a dimensão subjetiva pudesse existir. (Bagnola, 2011)

Segundo o discurso de Emelice Bagnola, o processo de *reabilitação* é mais eficaz se o *profissional*, na construção do PTI, considera as informações acerca da subjetividade do *usuário* em interação com os dados do seu *caso clínico*. Conforme a citação, para os *profissionais*, são importantes a produção de “laço social”, as trocas, as negociações e a subjetividade do *usuário*. Eles afirmam que a subjetividade é construída de diferentes maneiras: criando relações de *vínculo* e de afeto com os *usuários*, proporcionando espaços de atividade e de aprendizado, na circulação e no convívio com outras pessoas (no grupo de música, na oficina de culinária, no *cuidado* com o corpo no grupo de salão de beleza, nos

acompanhamentos terapêuticos para comprar algum objeto que precisem, em passeios e viagens). De forma mais intensa, na década de 1990, o processo de *reabilitação* dos *internos* produziu subjetividade por meio de práticas que visavam prepará-los para a experiência de viver em uma realidade exterior ao hospital psiquiátrico. Nesse contexto, foram consideradas práticas de produção de subjetividade as orientações para o preparo das refeições, as ações que tinham por objetivo ensiná-los a cuidar de sua higiene pessoal, a utilizar o transporte coletivo e a administrar o benefício, os acompanhamentos e as instruções sobre a forma segura de circular pela cidade (como detalhado no capítulo 3).

Percebe-se que, para os *profissionais*, a subjetividade é o resultado das relações experimentadas pelos *usuários*. Antes, no hospital psiquiátrico, o *interno* era subjugado a um processo de subjetivação que o tornava passivo, sujeito a uma autoridade médica que utilizava altas doses de medicação calculadas por meio de protocolos de diagnósticos. A reforma e a crítica sobre a homogeneização dos indivíduos em classificações mórbidas provocaram, segundo os *profissionais*, questionamentos e ações que modificaram a função do hospital de investigação da causa das doenças, de cura e de tratamento, para a função de *acolhimento da crise*, de “*produção de saúde*”, de “*produção social*” e econômica dos *usuários*. Para os *profissionais*, desconstruir o hospital como espaço de confinamento foi proporcionar, aos *usuários*, a experiência de viver fora desse espaço fechado e a possibilidade de criar outras relações e produzir subjetividade. Nesse processo de mudança do modelo e de criação de outras formas de *cuidado*, que não investem, mais, na cura da doença e não têm como fundamento apenas o saber médico, as intervenções terapêuticas são formuladas a partir do saber do *usuário* a respeito de sua singularidade. Esse saber, que no SRT do SSCF é discutido e organizado em *equipe*, é adquirido a partir da instauração de uma relação de responsabilidade e de *vínculo*, que produz subjetividade nos *usuários* e nos *profissionais*. Os *usuários*, nesse processo de subjetivação, são guiados para assumir postura ativa e participativa, e são capacitados para se autoavaliarem e para expor os seus desejos, necessidades e projetos de vida. O que me interessa, aqui, não é detalhar o que caracteriza a subjetividade ou o processo de subjetivação, mas descrever como a subjetividade dos *usuários* tornou-se a medida de avaliação que legitima a efetividade da reforma e justifica o seu financiamento como política pública. Trata-se de destacar como a subjetividade torna-se um índice (retomo essa discussão no tópico 5.7) que possibilita *calcular* as ações políticas em saúde mental destinadas à população em Campinas. Procuro, com isso, descrever os efeitos

que as mudanças institucionais produziram em sua conexão entre as aspirações das autoridades (que formulam as portarias) e a produção dos projetos de vida singulares.

A primeira vez que ouvi os *profissionais* falarem sobre a construção do *caso clínico* foi no CAPS Esperança, durante a pesquisa do mestrado. Lembro-me de um grupo de estudo ali, em que foi discutido o texto “A construção do caso clínico na saúde mental”, no qual Vigànò (2010) define o caso clínico como um método de formação e um instrumento de avaliação (elaborado por psicanalistas lacanianos da Escola de Especialização em Psiquiatria da Universidade de Milão, com a participação de estudantes e profissionais dos serviços públicos). Seu objetivo é produzir uma avaliação que considere a transferência. Pode-se afirmar que a relação de transferência possibilita avaliação mais precisa e mais minuciosa. O método do caso clínico consiste em expor, discutir e registrar as particularidades de cada indivíduo em um texto — e avaliar o caso clínico é presumir estratégias para o projeto de vida de uma forma coletiva.

Vigànò afirma que a psiquiatria e a psicanálise substituíram o dualismo mente-corpo, que era acionado nas suas interpretações, “por uma equação mente = corpo, na qual o sinal da equação é a clínica, o caso clínico. Pode-se ler assim: mente sintoma do corpo. A guerra sobre a causa passa a ser substituída pela construção do caso” (2010: 2). Com “a guerra sobre a causa”, o autor refere-se à mudança ocorrida na psiquiatria e na psicanálise, que antes procuravam entender a origem dos transtornos mentais e, agora, formulam o caso clínico. A palavra construção indica uma inversão na posição dos papéis na clínica, uma mudança que considera o paciente um docente, aquele que ensina. Nesse sentido, os técnicos posicionam-se como aqueles que aprendem, observam e zelam pelo paciente. Como atesta o autor, construir o caso clínico “é colocar o paciente em trabalho, registrar seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam” (1999: 45). Esse processo pode ser demorado, uma vez que a construção daquele é composta pelos atos do paciente, que seriam as mudanças ou as variações no seu comportamento. O ato que foge à sequência da repetição cotidiana é o que precisa ser observado, anotado e materializado no caso clínico. Essa forma de registro das variações possibilita uma “margem de previsão” (1999: 47). No entanto, os atos são medidos a partir da avaliação dos resultados, e esta, por sua vez, é executada através de instrumentos fabricados com base nas informações subjetivas do operador de saúde que apresenta as questões/dificuldades referentes ao usuário. O objetivo da avaliação é produzir um processo

de subjetivação que modifique a postura do profissional e o funcionamento da relação de cuidado.

Em sua apresentação, Emelice Bagnola afirmou que “foi preciso um tempo para entender que quem dirige o tratamento é o próprio paciente. Ele é o próprio autor, o condutor, é ele quem inventa a solução para o seu próprio mal-estar”. Na medida em que os *profissionais* começaram a considerar os *pacientes* como autores/colaboradores na produção do seu projeto terapêutico, estes assumiram posição ativa e foram considerados participantes da relação de *cuidado*. Emelice também colocou que “é preciso fazer oposição e barreira a qualquer conduta que coloque o paciente passivo, vitimizado e débil perante as suas perguntas”. É exatamente nesse ponto que o *usuário* é *incluído* ou há a sua adesão ao tratamento. Portanto, na prática da *escuta terapêutica*, o *profissional* capta a verdade/singularidade, as necessidades, os desejos, os sofrimentos e as escolhas dos *usuários*, que são decodificados como informações — e estas compõem o documento do *caso clínico*, que permite a elaboração das intervenções terapêuticas.

Trata-se da gestão da individualidade e da vida social dos *usuários* no SRT, gestão que funciona por meio de uma verdade ou em termos de um saber sobre a subjetividade que tem a autoridade de ciência (Rose, 2011: 146). Nesse sentido, as práticas psi fornecem um vocabulário de códigos, termos e formas de comunicar as informações e as transformações das intervenções terapêuticas em dados numéricos para regular os indivíduos. Por um lado, essas práticas explicitam a subjetividade em uma linguagem de governo, e, por outro, fazem dela um domínio suscetível de gestão. Observa-se a necessidade não só de informações codificadas em termos administrativos (gestão, reunião executiva, gerente de cuidados, avaliação do *caso*, contrato terapêutico) para poder falar e refletir sobre o domínio que será governado, mas, também, da inteligência e da capacidade dos *profissionais* para avaliar o que está acontecendo e produzir um *cálculo*. No SRT, as informações (adquiridas através da relação de *vínculo* ou transferência, dos relatórios, dos documentos que descrevem o *caso clínico*, dos prontuários, do livro de plantão) transcrevem, em termos *calculáveis*, a subjetividade dos *usuários*, que é exposta em espaços de decisão como as reuniões e as *supervisões clínicas*. O *profissional de referência*, ao saber que o *usuário* está delirando, pode *calcular* a necessidade de uma intervenção de avaliação psiquiátrica e do *ajuste* da medicação; ao observar o resultado de um exame que aponta para um índice elevado de



colesterol, pode *calcular* a necessidade de analisar a sua alimentação, procurar a ajuda de uma nutricionista para elaborar uma dieta alimentar para ele e orientá-lo sobre exercícios físicos.

Aqui, em vez de limitar minha análise aos aspectos desse mecanismo de regulação em termos de estratégia de Estado, procuro descrever os contextos e os *casos clínicos* discutidos nas reuniões de *supervisão* da *equipe* do SRT para expor como, nesse espaço, emergem questões e problematizações consideradas importantes para os meus interlocutores, e que regulam sua realidade. Eles, por meio das práticas de *cuidado*, expandem as formas de regulação dos aspectos da vida dos *usuários*, que não é, mais, regulada apenas pelo Estado, e são autorizados a fazer a análise das suas relações sociais. Eles afirmavam que procuram não impor as intervenções terapêuticas e que as informações necessárias para formular o *cuidado* devem ser expostas pelo *usuário*. Bedin (2009), em sua análise sobre os grupos terapêuticos nos CAPS de Campinas, diz que o discurso que os *profissionais* acionam para explicar a sua posição ao formular um cuidado não deve ser impositivo, porque “já vimos que, na psicose, quem sabe é o paciente, é ele quem tem a certeza do seu delírio. Irmos com um saber estabelecido (do tipo ‘eu que sei o que é melhor para você’) de nada adianta para a evolução do caso” (2009: 83; ênfases do original).

Observa-se que a postura dos *profissionais* se modifica quando eles constroem as suas intervenções a partir do saber que o *usuário* expõe sobre si. Segundo diziam meus interlocutores, a prática de *produção de vida* é um efeito dessa nova postura, que promove uma nova posição para o *usuário* no interior da relação terapêutica. Contudo, o *cuidado* não é apenas resultado dos controles médico e psicológico, também é o efeito de uma relação de responsabilidade sobre a vida do *usuário*, e seu objetivo é conduzir e intermediar as relações deste, que, por vezes, são conflituosas e causam *sofrimento* (com os familiares, por exemplo); ou o conflito pode estar na condução do que havia sido pré-estabelecido no *combinado* (um acordo sobre a forma como será conduzida determinada situação) do *contrato terapêutico*. Um conflito que observei em campo, que ocorria frequentemente, diz respeito ao *combinado* sobre a administração do benefício, que é uma sistematização prévia de como será gasto o recurso financeiro do *usuário*. Todavia, nesse caso, o controle implícito no *cuidado* não é uma forma de coação, é operado por meio de um acordo, visto que elaborado com a ajuda do *usuário*, em uma conversa sobre o destino do benefício: o *profissional de referência* e o *usuário* separam o montante para quitar as contas deste último e o restante lhe é disponibilizado em quantias semanais, e, durante a pesquisa de campo, estas ficavam

guardadas com a secretária do SRT. Da mesma forma que há negociação sobre o benefício, o *usuário* negocia outras atividades: sua festa de aniversário, atividades de lazer ou esporte, uma viagem. Trata-se de um *contrato terapêutico* que estabelece como serão realizados um desejo ou uma necessidade do *usuário*.

Meus interlocutores enfatizavam que é nessa relação de contrato que o *usuário* assume o lugar de sujeito, o que significa assumir a posição de cidadão, de sujeito de direito ou de sujeito político ao discutir o seu PTI, ao exercer o seu direito de ir e vir, ao expor seu depoimento pessoal em uma mesa redonda sobre a Reforma Psiquiátrica, ao participar do Movimento de Luta Antimanicomial. Em espaços como as cooperativas de trabalho, nas discussões sobre política de saúde mental nas conferências e/ou nas assembleias, ele é considerado cidadão que pode expor a sua opinião. Com a suspensão de um julgamento prévio que a desconsideraria em decorrência do seu diagnóstico, ele assume papel de colaborador. Meus interlocutores também afirmavam que a relação de *cogestão* é estabelecida quando o *usuário* assume a postura de sujeito atuante, desejante, que produz subjetividade e fabrica o seu projeto de vida. Para governar os sujeitos cidadãos de forma “democrática”, é necessário governá-los por meio de seus desejos, de suas escolhas e respeitando a sua liberdade. Assim, as práticas de governo são formuladas, a partir das motivações e das subjetividades, como *estratégias* para transformar possíveis resistências em ações de parceria, fazendo, dos cidadãos, aliados do governo. As práticas psi substituíram a autoridade arbitrária do manicômio pela administração justificada por meio de um saber experimental que *maneja* a relação de participação dos *usuários*.

Um dos objetivos do *cuidado* no SRT é “restituir vidas”. Emerson Merhy, em uma entrevista que concedeu ao programa Palavras e Cores, na Rádio Maluco Beleza, em maio de 2012, explicou que “restituir vidas” e “reviver pessoas” são ações diretamente conectadas com a ideia de “construção de vida” e de projeto de vida, que, por sua vez, significa estabelecer uma relação com o outro que não seja de dominação e/ou sujeição, mas de compartilhamento (Merhy, 2012). As intervenções para “reviver as pessoas” visam torná-las capazes de realizar os seus desejos, aptas a participar de, e a produzir atividades prazerosas. Os desejos dos *usuários* permitem estabelecer uma posição móvel e modulada, de acordo com o contexto e o *caso clínico*, conforme explicou Paula Montanheiro Barioni (2011), psicóloga do SRT:

Qual é a ética que nos acompanha? A ética da transferência. Levar em conta a transferência significa agregar as demandas subjetivas aos dispositivos de tratamento. Atualmente, somos uma equipe formada por técnicos especializados em saúde mental direcionados pelos ideais da Reforma Psiquiátrica e pela política da reabilitação psicossocial. A psicanálise nos orienta nas construções dos casos clínicos e nos permite singularizar o projeto, tornando-o terapêutico de fato. Por meio das supervisões e da construção dos casos clínicos conseguimos acessar novamente os fenômenos da psicose e nos reposicionarmos. Com tantos massacres subjetivos, consequências de muitos anos de internação acompanhados do envelhecimento, onde estariam os delírios, as alucinações e os desejos?

Os *profissionais* operacionalizam uma maneira flexível de se posicionar e de se reposicionar em cada caso e nas situações mais diversas. Para eles, a ética da transferência psicanalítica atua na posição da disponibilidade em observar e em ouvir qualquer queixa, desejo ou demanda dos *usuários* por meio da prática da *escuta terapêutica*, mecanismo que recolhe as informações subjetivas, que são formatadas no modelo do *caso clínico*. Nesse processo, o exercício da *supervisão* e da construção do *caso clínico* possibilita ao *profissional* reposicionar-se, mudar as formas de *atuação* e produzir outros efeitos — que são reavaliados e o *caso clínico* novamente construído. Esse funcionamento da *equipe* é uma forma de produzir saber: por um lado, o saber acerca da verdade do *usuário* por meio do *caso clínico*; por outro, o saber prático, verificado a partir da efetividade das intervenções. Essa dinâmica flexibiliza as categorias classificatórias psiquiátricas por considerar o saber singular de cada sujeito e provoca um rearranjo nas práticas de *cuidado*. Isso explicita, segundo meus interlocutores, que as suas práticas não seguem protocolos de diagnóstico.

Donzelot (2001) observou, já na década de 1930, um afrouxamento das categorias psiquiátricas em decorrência da ação da psicanálise no campo social ao produzir uma disposição mais flexível das relações sociais e familiares. Acionando a tática de educar a família, a psicanálise investiu em um cuidado que respeitava a norma social “sem feri-la frontalmente mas, é o caso de dizer, apoiando-se no seu desejo. Ela a tornará permeável às exigências sociais e boa condutora das normas de relações” (2001: 188). Em sua atuação, a psicanálise harmonizou a relação entre a família tradicional (que operava as regras genealógicas e as estratégias de aliança) e a escola (que normalizava os indivíduos para a vida profissional), em um jogo de gestão religiosa ou familiar e de gestão médica ou social, executadas através de práticas de confissão e de perícia. Esse processo foi denominado de “tecnologia de relação” (2001: 189), funcionava sem impor as normas e as regras morais, e assim os conflitos encontravam um ponto de equilíbrio. Essa era uma técnica econômica que procurava, ao mesmo tempo, diminuir os custos administrativos e os conflitos. Observa-se o

saber médico renunciar à segurança tranquilizadora do diagnóstico e ao postulado de verdade imutável da perícia.

Russo *et al.* (2004) analisaram as relações entre a prática de construção diagnóstica da psiquiatria e a noção de pessoa, em uma etnografia realizada em um hospital universitário do Rio de Janeiro. A equipe deste era dividida em dois grupos: o biológico e o dinâmico. O grupo biológico produzia uma avaliação de classificação diagnóstica, seguindo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–DSM-IV) e a CID-10. O tratamento era a prescrição da medicação e, às vezes, a indicação de terapia cognitivo-comportamental<sup>116</sup>. O diagnóstico efetuado pelo grupo dinâmico, apesar de acionar as categorias do DSM-IV e da CID-10, também era composto por informações da história de vida do paciente e de suas relações interpessoais. Com influência da psicanálise, os casos eram detalhados e relatados, e o discurso do paciente era considerado um dado importante para a classificação diagnóstica, mas esta não determinava as práticas. Nas reuniões eram discutidos os aspectos sociais considerados importantes para a avaliação da prescrição e para a regulação da dosagem medicamentosa, mas o foco do tratamento era a psicoterapia. Apesar das diferenças e das semelhanças entre os grupos, eles convergiam para o acionamento de uma combinação complexa entre um discurso que afirma ser o sujeito igual aos demais classificados na mesma categoria patológica (psicótico, bipolar, depressivo) e, ao mesmo tempo, ser um sujeito singular. Para o grupo biológico, o sujeito era o indivíduo com uma patologia, identificado por uma categoria classificatória. O esforço de classificação produzia duas formas de individualização: primeiro, a dos sintomas do sujeito às categorias; segundo, a individualização das categorias que apresentavam a especificidade do sujeito. Ao individualizar as categorias, quase todos os comportamentos eram suscetíveis de tratamento. Nesse processo, a autonomia não era discutida, já que a dependência e a tutela familiar eram consideradas efeitos da patologia.

Ainda que o grupo dinâmico considerasse o paciente como um indivíduo, também entendia que a sua patologia não se limitava às descrições biológicas, corporais e comportamentais, porque “o meio em que o sujeito foi criado, em que ele vive, seus laços familiares e afetivos participam de algum modo da patologia, na medida em que podem ou não explicá-la ou agravá-la, ou como contribuir com a sua melhora” (Russo *et al.*, 2004: 51).

---

<sup>116</sup> Uma das linhas da psicologia, a terapia cognitivo-comportamental incide sobre o comportamento, e seu objetivo é modificá-lo por meio de práticas cognitivistas de treinamento.

Segundo a análise dos autores, a agência das relações e do meio influencia o sujeito na fabricação, na conservação ou na solução de sua patologia, ao mesmo tempo em que indica como ele não é completamente autônomo em suas escolhas. Nesse sentido, a autonomia significa a articulação dos sujeitos com o maior número de relações sociais. Isso sinaliza que eles têm o destino “determinado por muito mais do que suas escolhas e preferências pessoais” (2004: 49). Os autores também afirmam que a análise dos meios e das relações é um efeito da construção diagnóstica que considera a história particular de sua manifestação sintomatológica e a sua singularidade, em um processo de afrouxamento das categorias de classificação, ou seja, estas são mais fluidas, não radicalmente demarcadas e amplas como, por exemplo, o uso dos termos neurótico e psicótico.

Em minha pesquisa de campo, a configuração da *equipe* aproximava-se da maneira de operar do grupo dinâmico. Exemplo disso: no curso de capacitação para os *profissionais* do SRT, Eduardo (psicólogo que, na época, era *apoiador* de distrito), em sua aula sobre diagnóstico e tratamento no campo da saúde mental, disse que a cura é “*a solução que o sujeito produz para viver em um mundo com menos sofrimento*”, que a solução que ele elabora para amenizar o seu *sofrimento* resulta na atualização do *caso clínico*, e, nesse processo, são expostas as atualizações dos sintomas que provocam os *sofrimentos* e, conseqüentemente, há a revisão do seu diagnóstico. Meus interlocutores afirmavam que o diagnóstico existe como hipótese, não como algo fixo e imutável que direciona, de antemão, um julgamento e uma prática. Essa técnica de avaliação e reposicionamento viabiliza uma brecha (um espaço, uma abertura), por onde o discurso do *usuário* é empregado não apenas para verificar o diagnóstico, mas também para compor o *cálculo* e redirecionar a intensidade das intervenções. O acionamento constante dessa técnica faz do diagnóstico uma norma (e não uma lei) atualizada individualmente através da singularidade do *usuário*. Além disso, a participação do *usuário* é importante, uma vez que livra o *profissional* de qualquer julgamento social e da resistência daquele — resistência que pode surgir na relação de transferência, o que leva a *equipe* a reposicionar-se e mudar o *profissional de referência* para estabelecer uma nova relação de *cogestão*.

#### 5.4 A *cogestão* como mecanismo operador das relações

A *cogestão* estabelecida com os *usuários* na relação de *cuidado* produz uma forma de comprometimento e de responsabilidade entre os *atores* nela envolvidos. A forma de operá-la atravessa todas as instâncias institucionais, desde as relações de *cuidado* até as relações burocráticas, nas quais se executam as negociações da política de financiamento — e há relação de *cogestão* entre os próprios *profissionais* com os trabalhadores de outras instituições, com os gerentes das *equipes* e agentes administrativos do SSCF, e com os funcionários da prefeitura.

Em campo, observei que os *profissionais* acionavam o conceito de *cogestão* para explicar a forma de organização das relações da parceria. Em maio de 2011, em uma apresentação que fez no evento da Semana de Luta Antimanicomial, Heloísa Amaral, gerente de estágio do SSCF, falou que “o lugar mais hierárquico no campo da saúde mental era o hospital psiquiátrico, por ser um lugar não democrático”. Segundo um outro interlocutor, no hospital psiquiátrico do SSCF havia a separação por núcleos de saber profissional (equipe médica e equipe de enfermagem), os médicos ocupavam cargos administrativos e de gerência, e a relação era de mando e obediência. Essa forma de regular a organização das relações era similar à segmentação dos círculos hierárquicos no Exército, que produz a separação por patentes como uma forma de codificar e distinguir a realidade (Leirner, 1997: 76). Nota-se, no SSCF, na organização das relações administrativas, que o cargo de gerente ocupa posição de comando, direção e decisão, e isso é mais nítido nas reuniões do grupo dos gerentes ou na instância administrativa do Colegiado Gestor. Apesar disso, nas relações entre as áreas técnicas (ou dos núcleos de saber), os *profissionais* produzem uma relação de parceria ou *cogestão* — segundo afirmavam meus interlocutores — para realizar as atividades de *cuidado*. Mesmo que exista um processo de compartilhamento da gerência entre os *profissionais* da *equipe*, isso não implica na ideia de comando sobre os outros, e sim no aumento da própria responsabilidade e da autonomia de decisão sobre suas ações, desde que expostas ou compartilhada.

Conforme o Plano de Trabalho de 2012 e as análises dos meus interlocutores, a organização em rede diminui a distância entre os núcleos de saber e dilui ou ameniza a separação entre as especialidades dos *profissionais*. Aquele documento, logo em seu início, apresenta a seguinte descrição:

A organização da Saúde, na lógica da rede de cuidados e da educação permanente, pressupõe a constituição de múltiplos canais de comunicação interpessoal, interdisciplinar, transdisciplinar, interinstitucional, intersetorial e, conseqüentemente, a reestruturação dos aspectos técnicos, políticos, gerenciais e éticos nos mais diversos níveis de relações institucionais e pessoais, organicamente interligados. As estruturas organizacionais em rede são um modelo alternativo às estruturas organizacionais do modelo piramidal. (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2012a: 1)

Como mostrei no capítulo anterior, no SRT as tarefas são separadas por categorias profissionais, mas a relação entre os *profissionais* é de proximidade, e alguns procedimentos de *cuidado* são realizados em conjunto. A *escuta terapêutica*, a responsabilidade de ser *referência*, a observação dos sintomas e se o *usuário* está tomando a medicação tornam-se ações realizadas por todos, independente de sua área técnica. Essa produção de *cuidado compartilhado* é o que os meus interlocutores denominam de forma horizontal ou “democrática” das relações, materializada nas parcerias e na elaboração das intervenções em grupo ou em *equipe*. Segundo Fonseca (2010: 13),

A inadequação entre o Estado e o privado e as demandas organizacionais e institucionais é que impõe a necessidade de se criar um campo jurídico-institucional próprio do público. Capaz de viabilizar a constituição de dispositivos institucionais fundados nos processos horizontalizados de gestão, ou seja, na cogestão entre trabalhadores e usuários, que pressupõem o reconhecimento da autonomia dos atores. Desta forma, o “medo da desobediência” é substituído pelo “princípio da responsabilidade” como principal motor do processo de trabalho nessas instituições. Elas se tornam, por esta razão, capazes de operar e implementar as políticas públicas com transparência, eficiência, eficácia e efetividade rigorosamente impensáveis e inviáveis nas organizações verticalizadas, hierarquizadas e burocratizadas, baseadas no binômio controle/obediência. (ênfases do original)

Isso expõe a *cogestão* como mecanismo que procura fazer dos *usuários* e dos *profissionais* pessoas autônomas e capazes de produzir práticas de gestão; e o princípio de responsabilidade é a força que provoca um sentimento de implicação, de adesão às relações entre as pessoas e a instituição. Responsabilidade, segundo o autor, é responder pelos, ou assumir seus próprios atos, comportamentos, atividades, ações terapêuticas, e, ao mesmo tempo, assumir os efeitos de suas ações na relação com outro profissional ou usuário. Esse princípio provocaria uma relação de parceria, um comprometimento ou um compromisso entre as pessoas que têm o objetivo de operar e de executar as políticas públicas com eficácia e transparência, e substituiria as relações de obediência travadas entre usuários e profissionais, e entre estes últimos e a gestão da instituição — assim, a relação de obediência/dependência daria lugar a relações de autonomia para operar a gestão, para avaliar e aperfeiçoar o seu

processo de trabalho. No SRT, essa forma de operar faz com que, em vez de uma lógica administrativa arbitrária, haja uma lógica racional de participação dos *profissionais* na condução do projeto assistencial.

Já descrevi o funcionamento dessa relação de parceria com os *usuários* na produção do PTI (vide supra 3.1) e a relação de parceria entre os *profissionais* no exemplo da *supervisão clínica*. Para os meus interlocutores, as relações no interior da *rede de assistência* são organizadas de forma “democrática”, ou seja, são permeadas por discussões em grupo e por um processo de escolha das intervenções terapêuticas, que são decididas em *equipe*. Em algumas situações, o *profissional* tem autonomia para assumir decisões, e, nesses casos, sua posição é *compartilhada* com outro *profissional* ou com a *equipe*. Conforme o discurso dos meus interlocutores, o compartilhamento de informações por meio do registro no livro de plantão e no prontuário, na reunião de *equipe*, via celular, aparelho de rádio ou e-mail, permite uma comunicação ágil e uma resposta rápida da *equipe* para eventos ou questões que necessitam de intervenção. Essa forma de trabalhar indica que a *equipe* está funcionando de forma eficiente. Strathern (1999: 28) analisa esse aparato material (e-mail, xerox, fax) como “tecnologias de escritório”, que promovem uma avaliação expandida por meio de um monitoramento burocrático que aperfeiçoa a forma de medir o desempenho e produz, através de treinamentos e capacitações, maneiras mais eficientes de organização do trabalho. Além disso, essa tecnologia de informação produz um autodirecionamento, como se fosse um aumento de sua autonomia, e associa a ideia de capacitação ou difusão de conhecimento à de responsabilidade. Para isso, é necessário o desenvolvimento de pessoas que se autogovernam, ou seja, que por meio de instrumentos de autoexame produzem melhorias em seu desempenho.

Tanto no SSCF como em outros lugares (no prédio do distrito local de saúde e no Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde) são organizados grupos de discussão “democráticos”, nos quais os *profissionais* discutem, além dos PTIs dos *usuários*, o funcionamento da *rede de assistência*: as *metas*, os rearranjos institucionais, a disposição da escala de trabalho, a política de financiamento e o convênio com a prefeitura. Nesses espaços eles apresentam as suas preocupações, opiniões, críticas, angústias, seus desejos e exemplos de experiências exitosas, e, em todos, o mecanismo de funcionamento é o mesmo: as demandas dos *profissionais* são *acolhidas*, diagnosticadas, discutidas, problematizadas, avaliadas e encaminhadas (direcionadas para alguém que pode resolvê-las). O resultado desse



processo é a intervenção de uma gestão dos conflitos. Não estou afirmando que os conflitos são resolvidos, mas que são, pelo menos, amenizados até a próxima avaliação. Essa forma de operar as relações (configurada nas práticas de *escuta*, avaliação e registro) produz a condução da subjetividade e dos desejos dos *profissionais*. A forma de funcionamento da produção de *cuidado* nos espaços em grupo foi explicitada por Vanessa Nascimento (2011):

Estrutturamos, em nosso cotidiano, espaços de fala, de interação, de encontro dos trabalhadores, onde a gente se permite falar sobre o que nós vemos e empoderar o outro sobre o nosso olhar e sobre a nossa leitura. Na medida em que a gente empodera o outro, a minha clínica fica mais habilidosa e mais potente. Do mesmo jeito do lado do outro, que tem um olhar, estabelece um raciocínio clínico, crítico e compartilha com o resto da equipe; a gente operar o cuidado juntos. O cuidado com aqueles pressupostos de integralidade, universalidade e respeito ao sujeito, de respeito às idiossincrasias que está no sujeito e que está entre nós, equipe. Espaços de fala e de encontro como as reuniões de equipe, supervisões, passagem de plantão, e que a gente senta e fala da vida, e a gente abre a margem para falar de estratificação objetiva de risco, o limite da dor, qual é o momento de chamar, o momento de medicar, o momento de pedir ajuda e, inclusive, de utilizar a rede.

Vê-se o caminho da conexão promovida pela informação compartilhada em grupo. O *profissional empoderado* é autônomo, participa do contexto institucional, autoavalia-se e problematiza as relações organizacionais e de *cuidado*, e está habilitado a fazer escolhas. Da mesma maneira, *empoderar o usuário* é restabelecer a sua cidadania, assim como o seu direito de ir e vir e o de escolha. Os *profissionais*, nas práticas da reforma no SSCF, procuram investir na mudança dos comportamentos e na produção de novos modos de subjetivação. Observa-se que o *manejo* do comportamento do *usuário empoderado* é direcionado para os objetivos da reforma. Os espaços de grupo são instâncias de aprendizado em que os *profissionais* são incentivados a expor sua opinião e experiência, ao mesmo tempo em que são estimulados a aprender com a experiência dos outros, a observar e avaliar as situações institucionais e comunicá-las à *equipe* a fim de potencializar e aperfeiçoar as ações de todos. Esse mecanismo institucional busca produzir um tipo de *profissional* capaz de avaliar a sua conduta e as suas ações, visando aperfeiçoar e atualizar sua forma de subjetivação.

Bedin (2009) diz que os grupos terapêuticos dos CAPS de Campinas que analisou são dispositivos coletivos de produção de *cuidado*, os quais promovem relações de identificação entre os atores e relações horizontais. Ela observou que aqueles evidenciavam os elementos da análise clínica mais rápido do que acontecia em uma análise individual. Elementos como a relação de transferência funcionavam no interior dos grupos, e seus atores analisavam os

aspectos institucionais que destoavam em seus excessos ou em sua escassez, e, ao serem detectados, tais aspectos eram manejados. O saber que emergia desse processo era compartilhado para os atores, que o utilizavam para resolver suas próprias questões individuais. O referencial que orientava as práticas em grupo é o da *prática entre vários*, composta por ações como a especialização, a formação, a invenção e a transmissão<sup>117</sup>. Os *profissionais* do SSCF diziam que em grupo se sentem à vontade para expor os acontecimentos incontinentes que surgem nas relações de *cuidado* e que acionam um processo imprevisível que, por vezes, produz novos caminhos. Descrevo, no próximo tópico, como os *profissionais* operam a relação de *vínculo* e o *cuidado* no SRT, e apresento como eles assumem a função de um familiar ao conduzir e *manejar* a vida dos *usuários*. Faço isso para evidenciar como funciona o mecanismo que transforma o discurso do abandono familiar, do *sofrimento* e da precariedade social em objetivos e indicadores da política de financiamento.

### **5.5 Os *profissionais*, a relação de *vínculo* e o *cuidado* no SRT**

No processo de *reabilitação* do SSCF, muitos *usuários* não puderam voltar a viver com a família: permaneceram no hospital e foram transferidos para o SRT, mas suas condições eram de pessoas institucionalizadas. Em relação a eles, o *cuidado* era produzido por meio de um *vínculo* — uma relação de comprometimento que, por vezes, opera a função de um familiar. O SSCF era responsável por todos os *pacientes* do seu hospital, que só recebiam alta médica quando voltavam a morar com familiares ou eram transferidos para outro serviço.

A análise etnográfica de Martinez (2011) sobre o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) de São Carlos (responsável pelo acesso a direitos socioassistenciais, à rede de proteção social e de trabalho aos indivíduos e famílias em situação de risco), explicita a noção de comprometimento que opera no amparo para retirar os sujeitos assistidos da situação de rua. O comprometimento e o *vínculo* são formas de relação que permitem aos funcionários acessar os sujeitos para “implementar o projeto continuado de

---

<sup>117</sup> Segundo Bedin (2009), a especialização produz uma diluição da fragmentação dos núcleos de especialidades profissionais a partir da relação de transferência; a formação teórica produz outro exercício da prática clínica; a invenção permite, ao paciente, “inventar suas soluções e produções particulares”, e aos profissionais, “inventarem estratégias de intervenção” (2009: 86). Quanto à transmissão das informações, segundo a autora, nas práticas de trabalho em grupo estas devem ser operadas na construção coletiva do caso clínico.

assistência” (2011: 138). O comprometimento é um acordo cujo objetivo é regular a conduta e a participação dos usuários nas suas atividades, uma vez que o engajamento destes é uma forma de mensurar o desempenho do seu projeto de ressocialização. Assim, os funcionários se esforçam para adequar as atividades da instituição às preferências e aos pedidos dos usuários, possibilitando que participem na sua organização. Já o engajamento dos usuários refere-se a cumprir com as expectativas da assistência, e não, necessariamente, com a sua própria expectativa (2011: 136). A lógica do comprometimento é uma forma de medir a condição de merecimento e a permanência na assistência, ao mesmo tempo em que é o vínculo institucional que dificulta a ressocialização. No Creas, a autonomia é entendida a partir da ajuda da instituição em prover a vida, ou seja, pela sua possibilidade de oferecer aos usuários as condições para reverter a sua situação de rua. Segundo a autora, a institucionalização é o grau de dependência que estes têm da assistência, que promove uma rede de apoio para quem se deixa capturar.

No SRT, os *moradores* estão na condição de institucionalizados (quanto mais institucionalizado, mais dependente de *cuidado*; quanto mais autônomo, menos necessidade de *cuidado*). Sua autonomia e dependência são *calculadas* a partir da habilidade de fazer determinadas atividades com segurança, ou seja, não se colocando em risco. Os *profissionais* trabalham nas moradias, que é um serviço de saúde, e têm autonomia de, nelas, produzir *cuidado* — mas se preocupam em respeitar a privacidade dos *usuários* e inclusive pedem autorização para realizar determinadas atividades. Nesse sentido, meus interlocutores afirmavam que o respeito ao lugar de moradia do *usuário* é um compromisso só violado quando ele apresenta algum risco de segurança ou uma urgência psiquiátrica, clínica ou social (estado de delírio, colocar-se em situações de violência e episódios de agressividade). Observa-se que a ideia de urgência autoriza intervenções, internações e a medicalização. De fato, a autonomia do *usuário* e a do *profissional* são atualizadas a partir da avaliação da situação de risco do primeiro, observada no acompanhamento terapêutico. Em outras palavras, ao avaliar uma situação de risco, o *profissional* intensifica o *cuidado* e experimenta intervenções a fim de controlar e/ou reverter o contexto da urgência.

A impossibilidade de pessoas entrarem em uma moradia sem a permissão institucional é um exemplo de que esta não é apenas uma casa, mas também um serviço de saúde (mas é certo que os *profissionais* não impedem a entrada de um vizinho, de um familiar ou de um amigo, desde que conhecido por eles). Em uma festa de aniversário de um *usuário*, observei

que os convidados eram os seus companheiros de moradia e alguns *profissionais*. Segundo me disseram vários interlocutores, é muito difícil reatar os laços familiares e de amizades que foram perdidos nos anos de confinamento, e, de “certo modo”, cabe à *equipe* supri-los, como explicou a psicóloga Flávia Machado Seidinger (2011):

Uma equipe técnica reduzida e uma grande equipe de monitores, auxiliares de moradia, de higiene, técnicos de enfermagem, com suas infundáveis e, por vezes, pesadas tarefas. [...] Pois muitas vezes são volantes pela rua, sob chuva ou sol quente. Ou dentro das casas, na fronteira entre ser um membro da família, um amigo, um cuidador, na correria dos banhos, das fraldas, provedor de afetos e dos procedimentos de enfermagem, além da comida e dos cuidados com a higiene, orientação e gestão financeira da casa e dos acompanhamentos terapêuticos, desde o varejão à farmácia de alto custo, e os cuidados com os bichinhos de estimação, até os confins da escuta do sofrimento na psicose. [...] Ancorar o seu lugar de trabalhador técnico quando, historicamente, de certo modo estamos no lugar de suplência da família.

Nota-se que, no SRT do SSCF, o trabalho dos *profissionais* — em sua grande maioria, técnicos, monitores e auxiliares de moradia — é, por vezes, fatigante, e que o interior das residências é atravessado por uma relação de proximidade equiparada a uma relação familiar ou de amizade que afirma a existência de uma relação de compromisso, de responsabilidade e de afetividade, o que fica claro neste relato de Paula Montanheiro Barioni (2011):

Não foram poucas as situações em que ouvimos a frase: você é familiar, cuidadora ou referência? De fato, essa equipe se posiciona e se relaciona nos limites dessas três instâncias, mas o que de fato pode sustentar os moradores nessa rede? Aí tá mais um paradoxo da saúde mental, pois a escuta do sujeito nos leva à particularização da demanda a partir do manejo da transferência, enquanto que os imperativos da reabilitação incluem o sujeito a partir de ideais externos como acordar cedo, tomar banho, café da manhã, remédios, trabalho, escola, grupos, terapia, tomar ônibus e de final de semana visitar ou receber familiares. Afinal, do que se trata essa reabilitação? Seria uma insistência em uma normalização? [...] Talvez seja essa constituição da equipe que possibilita uma faceta discreta do tratamento. Não como uma clínica do social, mas uma clínica no social, multiplicando a escuta e ampliando o acesso a dispositivos clínicos, ao invés de uma erradicação dos sintomas.

Em vez da busca do fim do sintoma, observa-se o investimento crescente em técnicas de *escuta* e a elaboração de uma prática clínica em um campo social vasto, aberto e exterior aos muros do hospital. A clínica discreta e contínua faz do *profissional* aquele que está na residência pronto para ouvir, ao mesmo tempo em que procura não ser notado ou não interferir diretamente, uma vez que está dentro da casa dos *usuários*, não no hospital. Os *profissionais* se questionam sobre o que fazer para sustentar o *usuário* na *rede de assistência*,

ou melhor, o que é preciso para que ele adira a ela. Eles assumem a responsabilidade do respaldo que seria de uma pessoa da família. A grande questão é como produzir um *cuidado* particular a partir do *manejo* da transferência ou criando ações que contemplem os desejos singulares do *usuário* sem sujeitá-lo aos ideais sociais de inclusão e normalidade. Como detalho no último tópico deste capítulo, segundo os *profissionais*, quanto mais disciplina e sujeição são impostos aos *usuários*, mais *sofrimento* se produz e, conseqüentemente, mais *cuidado* deve ser produzido, gerando a necessidade de mais *profissionais* e mais financiamento público.

Quanto à concepção de que o *profissional* é o responsável da família, em alguns casos a ausência desta se dá em decorrência dos longos períodos de internação psiquiátrica; em outros, o abandono familiar ou os conflitos familiares são as causas da internação (violência doméstica, dificuldade de compreensão dos sintomas psiquiátricos, miséria ou até mesmo a procura por ajuda resulta em internações). Alguns *usuários* do SRT mantêm contato com os familiares, caso de Valentina (vide supra 3.3), mas, em sua maioria, os contatos se resumem a visitas agendadas.

Em 2010, em minha visita às moradias, acompanhada de Elis (vide supra 2.1), na residência 24 horas a copeira veio avisá-la de uma reunião de pais na escola de um dos *usuários*, que frequentava uma escola para autistas. Precisavam decidir quem iria à reunião. O *usuário*, na época com 28 anos, fora abandonado aos *cuidados* da instituição aos 15, e não falava até iniciar os estudos nessa escola especializada. Mesmo com grande dificuldade de articular as palavras, a *equipe* olhava para essa forma de comunicação como um grande avanço no seu *caso clínico*. Com a intermediação de alguns *profissionais*, a escola deu desconto de 50% em sua mensalidade, e o restante era pago pela instituição (algo em torno de quinhentos reais). De segunda a sexta-feira, uma van custeada pelo SSCF o levava à escola, depois ia buscar. A relação entre esse *usuário* e a copeira (a quem chamava de *mã*) era de *vínculo*, e ele tinha alguns privilégios na moradia: um exemplo disso ocorreu naquele dia, depois do jantar, quando ela passava um café e só ele pôde ficar na cozinha, que era restrita aos funcionários. No diálogo para decidir quem iria à reunião, Elis lhe disse que, pelo fato de manter relação de *vínculo* diária com o *usuário*, era melhor que ela fosse, e a aconselhou a anotar as informações para encaminhá-las à *equipe*. Além da reunião de pais, em outros eventos da escola (festas de fim de ano, apresentações, formaturas), quando a família era convidada, sempre ia um representante da instituição.

Donzelot (1981) analisou o processo de humanização dos espaços de confinamento ocorrido no século XIX, os quais abrigavam doentes mentais, indigentes e criminosos, e assemelhavam-se a masmorras insalubres, desorganizadas e atroz. Nesse processo, tais espaços foram substituídos por edifícios ventilados, com instalações assépticas, práticas de higiene no preparo das refeições, atividades saudáveis e relação de respeito aos internos. Conforme o autor, na Inglaterra, o modelo da *work house*<sup>118</sup> tinha por função adaptar os internos com práticas coercitivas, dissociando os grupos e mascarando as individualidades através da uniformização e da imposição de um trabalho mecânico, contínuo e monótono. No mesmo período, a França adotou a colônia agrícola, situada distante do meio urbano — considerado a causa dos adoecimentos<sup>119</sup> —, modelo de organização de trabalho que proporcionava alimentação e hospedagem àqueles considerados desviantes. Esse cooperativismo era uma alternativa à exploração do trabalho, mas, em vez de produzir uma nova forma de organização social, procurava integrar os internos por meio de sua gestão, de sua regeneração e de sua submissão à ordem instituída. A ideia era reconduzi-los a um grupo social familiar e reconstituir a sua saúde física e moral a partir de sua capacidade de trabalho. Nessa comunidade laboriosa, eles eram incluídos como membros de uma mesma família, e o trabalho tinha por função conectá-los a ela.

Com essa discussão sobre as relações produzidas em espaços de trabalho que são comparadas às relações familiares, meu intuito não foi analisar a concepção de família, mas a função família. Não acredito que os *profissionais* ou os *usuários* do SRT considerem-se membros de uma mesma família, como descreveu Donzelot sobre a colônia agrícola, ou que a instituição tenha o objetivo de estabelecer relações familiares. Segundo meus interlocutores, nas práticas de *reabilitação* no SSCF, o Núcleo de Oficinas e Trabalho representa um espaço importante na produção de *cuidado*, de socialização, de solidariedade, de aprendizagem e uma atividade do PTI. Os *usuários* do SRT não são obrigados a participar desse serviço, a função dele não é apenas econômica, visto que mais de 90% deles recebem benefício (óbvio que não deixa de ser um incentivo para complementar a renda, uma vez que o benefício do Loas

---

<sup>118</sup> A *work house* era diferente do modelo que a precedeu, as chamadas casas de exclusão, mais parecidas com as prisões em suas práticas de maus-tratos e de castigo em forma de trabalho. Segundo o Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental, de Philippe Pinel, a experiência do trabalho em instituições psiquiátricas seria a forma mais segura e eficiente de fazer com que os internos retornassem à razão. Para Pinel, era mais fácil agir e controlar as pessoas em espaços de confinamento (cf. Pessotti, 2001: 160).

<sup>119</sup> Na época, o meio urbano e a exploração/divisão do trabalho foram considerados nocivos, imorais e insalubres, e houve a substituição de um registro moral por um registro médico, em um espaço alternativo àquele, que possibilitou o exercício de atividades fabris ou agrícolas (Donzelot, 1981).

equivale a um salário mínimo). O trabalho é um ponto na rede de assistência por onde eles circulam. Segundo os *profissionais*, a *mobilidade* é um indicador de autonomia e da efetivação do processo de *reabilitação* (vide infra 5.7), já que é o oposto da prática do confinamento. O Núcleo de Oficinas e Trabalho é um ponto de aderência à *rede* e um espaço que pode ser de *acolhimento* e de *vigilância*: nas oficinas, os *cuidadores* identificam se o *usuário* está se sentindo bem ou não, e, se existe alguma demanda, ela é encaminhada. Nele, as normas de frequência e os horários de participação são estabelecidos previamente com o *usuário*, e descritos no seu PTI. A ideia não é sobrecarregá-lo, pois o trabalho não deve produzir *sofrimento*, e todos que participam recebem uma bolsa, cujo valor é *calculado* a partir de sua frequência. O trabalho, a moradia e a construção de uma rede de relações sociais são as *metas* das ações de *reabilitação*, que procuram tornar os *usuários* aptos ao convívio no meio social urbano. A sua relação com o meio em que vive e com as pessoas próximas de seu convívio são o foco das intervenções de gestão no SRT do SSCF.

Neste tópico, analisei as relações e as ações de *cuidado* que os *profissionais* do SRT acionam neste novo espaço de institucionalização psiquiátrica: a residência do *usuário*. Para isso, expus como eles, ao responsabilizar-se por um *cuidado* que é, normalmente, realizado por um familiar, acionam o discurso do abandono para justificar a intervenção. Interessava-me dispor como eles assumem a posição de um familiar como instrumento que autoriza a intervenção e o *manejo* da vida dos *usuários*, e, com isso, mostrar como o saber experimental da prática em saúde mental aciona a função família. Contudo, sua intenção não é produzir uma família, mas ocupar esse espaço e a função que ela tem em conduzir e administrar a vida dos seus entes. Ao operar essa função, eles se tornam responsáveis por suprir as necessidades dos *usuários*, por lhes garantir uma vida saudável, por torná-los aptos a serem responsáveis e autônomos. Portanto, o abandono familiar, do mesmo modo como o *sofrimento* e as desigualdades sociais, é mais um alvo das intervenções políticas<sup>120</sup>. No próximo tópico, apresento como a precariedade social e o abandono familiar são transformados em indicadores para mostrar a racionalização dos elementos da singularidade e do contexto do *usuário*, que são pensados como índices e utilizados para *calcular* a necessidade das intervenções, do financiamento e os limites das normatizações ministeriais para o SRT.

---

<sup>120</sup> Sobre a política de abrigo e proteção às crianças e adolescentes abandonados, e acerca da política de intervenção social que aciona a família como o domínio de formação do indivíduo no caso de adolescentes infratores no Rio Grande do Sul, ver Schuch (2013).

## 5.6 As intervenções terapêuticas a serviço do governo das precariedades sociais

Durante a pesquisa de campo, observei que os discursos que indicam alguma necessidade do *usuário* são usados para justificar a intervenção terapêutica. Em outras palavras, o discurso da necessidade, o da precariedade social (vide supra 3.7) e o do abandono familiar. Os *profissionais* diziam que um *sofrimento* ou um risco podem indicar uma necessidade (por exemplo, a necessidade de um tratamento odontológico em decorrência de uma dor/*sofrimento*; por motivos médicos, como foi a campanha de prevenção do câncer bucal; ou para colocar uma prótese dentária). O discurso da necessidade é composto por informações do caso particular do *usuário*, e para justificá-lo não é preciso acionar categorias psiquiátricas, categorias psicológicas ou dados estatísticos. Os *profissionais* descreviam as necessidades particulares dos sujeitos a partir dos argumentos de sua própria autobiografia, que, por sua vez, legitimam sua gestão como vítima das desordens sociais — assim como formulou Fassin (2004: 238), em suas análises sobre a antropologia do corpo.

O discurso da necessidade é invocado para justificar as intervenções como uma forma de produzir saúde e evitar *sofrimento* ou desconforto. Por um lado, esse discurso aparece como acesso a algo a que todos deveriam ter direito (uma casa confortável e/ou realizar atividades de lazer), como se fosse uma questão de igualdade. Por outro, contém a noção de reparação (como se fosse uma ação afirmativa, que atesta o discurso da diferença) pelos anos de internação. A política de reparação, como analisam Fassin e Rechtman (2011: 23), afirma o estado de vítima dos indivíduos, que procuram reivindicar a compensação de um prejuízo. Nesse sentido, no SRT do SSCF, o *sofrimento* atesta as desigualdades a que estão submetidos os *usuários* e aciona um jogo tático no qual é invocado como um recurso, garantindo, assim, alguns direitos (caso do benefício “de volta para casa”). Pode-se afirmar que é um instrumento mobilizado ou manipulado a partir da inteligência dos *profissionais*. Com a relação de *vínculo*, eles *escutam*, observam e descrevem os elementos que constituem o discurso da necessidade. Esse argumento mostra como as normas e/ou os valores podem ser readequados, reconfigurados ou recusados, assim como as formas de avaliação e julgamento não devem ser separadas dos possíveis e desejáveis objetivos institucionais e políticos.

Um exemplo etnográfico mostra como o discurso da necessidade do *usuário* é acionado como discurso político para justificar o pedido de financiamento: em 8 de maio de 2013, o SSCF publicou, em seu *site*, o balanço financeiro auditado do convênio assinado em



2012, e junto ao balanço havia um ofício, de 6 de maio de 2013, para a diretora do Departamento de Saúde de Campinas, no qual a instituição respondeu aos questionamentos referentes a esse convênio. Entre as respostas, uma dizia respeito às adaptações de oito moradias, que precisavam ser cadastradas para receber recurso mensal do Governo Federal, conforme determina o Ministério da Saúde através da portaria SAS nº 857, de 22 de agosto de 2012 (Ministério da Saúde, 2012a). Os motivos para a inadequação: duas residências terapêuticas deveriam ser desdobradas em outras duas; duas deveriam ser reformadas; e quatro eram residências individuais. No caso das duas que teriam que ser divididas, eram necessários recursos para a locação dos imóveis, a compra de mobília e a contratação de *profissionais*; também eram necessários recursos para a reforma das outras duas — só após a adaptação das quatro elas poderiam ser escritas no cadastro nacional e receber o recurso federal. As quatro individuais não foram cadastradas porque não atingiram o número mínimo de quatro pessoas com transtornos mentais por moradia: como três *usuários* não queriam morar com outros, sua residência era individual, e uma abrigava um casal. Cumprindo o PTI de cada *usuário*, a solução pensada foi alugar casas com edículas para adequar essas quatro à portaria. Ou seja, esses *usuários* dividiriam com outros o mesmo terreno, mas não a mesma casa.

Observa-se que, às vezes, a instituição não se adequa às portarias, em decorrência do PTI fabricado na relação com o *paciente*. Dito de outra forma, ela poderia colocar os cinco usuários das residências individuais numa única, para se cadastrar, mas, em vez disso, escolheu investir em outras possibilidades e não se sujeitar à portaria. O maior problema decorrente dessa postura estava na inadequação, que impossibilitava receber o recurso federal. Os *profissionais*, ao avaliar a portaria, entenderam que ela não correspondia à realidade que deveria garantir. Por fim, eles não estavam preocupados em atualizar portarias, mas em garantir o PTI, que é o resultado de um *cuidado* elaborado junto com o *paciente* e cujo intuito é mantê-lo *estabilizado* (sem *crises* e/ou com o mínimo de *sofrimentos*).

Nesse sentido, os *profissionais* procuravam *estratégias* para solucionar as questões do seu cotidiano. No caso descrito, o SSCF manteve as residências individuais utilizando a *estratégia* de captar o recurso através do convênio com o município. Contudo, os técnicos administrativos da prefeitura, que analisavam o convênio a partir da lógica de redução de custos, consideraram o de 2012 dispendioso e acionaram as portarias para justificar a oposição ao pedido de recurso para a adequação das residências. Eles entenderam que havia

descompasso no pedido, uma vez que todo recurso que não observava as normatizações federais era visto como dispêndio. A portaria GM/MS nº 3.090/2011, à qual as moradias deveriam se adequar, previa o recurso para implementação e para o custeio mensal dos SRTs (Ministério da Saúde, 2011b). Como o SSCF precisava de recurso para se adaptar a ela e, assim, começar a receber os recursos, era necessário um financiamento adicional, com o qual a prefeitura deveria arcar. Esta não questionou os limites da portaria, que poderia estar desatualizada frente às especificidades locais, ou seja, não levou em conta as necessidades e demandas individuais dos *pacientes*, avaliadas pelos *profissionais* a partir do seu cotidiano. Esse pensamento mostra um procedimento burocrático falho, que analisa as políticas públicas à luz das categorias econômicas e a partir da fixidez das normatizações federais, ao mesmo tempo em que não problematiza nem atualiza as regulamentações ministeriais.

No SSCF, os *profissionais* procuravam avaliar e problematizar a realidade local e as necessidades individuais dos *usuários* que não são garantidas como um direito à saúde. Um exemplo disso me foi contado por uma psicóloga que trabalhava no, e participava do grupo de música: um *paciente* do CAPS Ad, que já havia passado por algumas internações e fazia parte desse grupo, procurou-a no Núcleo de Atenção à Crise e lhe disse que estava com muita vontade de “*usar drogas*”, “*estava na fissura*”. Ela perguntou como poderia ajudá-lo e ele pediu que prescrevesse música em um receituário, e carimbasse. Depois disso, os dois tocaram e cantaram durante algum tempo, até ele dizer que estava melhor, e então voltou para a oficina de mosaico. No fim da tarde, ligou para dizer que estava tudo bem. Ao lhe prescrever música, ela evitou recorrer ao psiquiatra, que poderia receitar uma medicação, aumentar a medicação ou interná-lo (por uma noite ou no leito 72 horas), para acolhê-lo e evitar que consumisse “*drogas*”. A medicação e a internação são facilmente mensuráveis como insumos, diferente da música como prática terapêutica. Segundo os meus interlocutores, uma lata de tinta ou um instrumento musical têm a agência de produzir saúde (como já apontei no tópico 1.1 a partir do discurso de uma interlocutora sobre as ações da política intersetorial). No próximo tópico, descrevo, segundo os discursos dos *profissionais*, a problematização sobre a maneira de mensurar as práticas de *cuidado* no SRT. A questão é: como transformar essa prática clínica em um código que seja quantificável para o financiamento?

## 5.7 Indicadores e avaliação: como *calcular a reabilitação psicossocial*?

Neste capítulo, até aqui descrevi e analisei como são operadas as práticas de gestão dos *usuários* no SRT do SSCF, como funciona a *tecnologia de cuidado*, que os assiste a partir de suas singularidades e produz uma relação de *cogestão* que lhes possibilita participar da elaboração do seu projeto terapêutico. Esse processo exige que os *profissionais* sejam criativos e *resilientes* para elaborar formas de intervenção a partir da subjetividade daqueles, e é permeado por erros e acertos, que, por sua vez, produzem saberes experimentais. Todavia, as intervenções terapêuticas são continuamente avaliadas, e questionamentos são produzidos acerca das práticas clínicas. Como disse Flávia Machado Seidinger (2011), “Como nós, trabalhadores e pensadores da saúde mental, podemos seguir reformando a alienação que insiste no adoecimento do paciente e, por vezes, no nosso olhar técnico viciado, ou talvez limitado, por tantas ideologias/teorias/tarefas/deveres com a ordem pública?”. Esse questionamento, uma problematização de suas práticas, feito em sua apresentação no evento das moradias, demonstra sentimento de descontentamento. Ao expor esse sentimento de incômodo, parece-me que sua intenção era fazer com que as pessoas presentes pensassem sobre o tema e propusessem alternativas para mudar tal relação. Do mesmo modo, Veridiana Marucio, psicóloga, psicanalista e gerente do SRT, em sua apresentação no evento, afirmou, a partir de sua leitura de Jacques Alain Miller, que “o trabalhador da saúde mental é um agente da ordem pública” (2011b); portanto, as ações em saúde mental têm o objetivo de manter essa ordem — e exemplificou as situações que aconteciam com frequência com alguns *moradores*:

Mesmo quando inserimos os nossos moradores em algum projeto, como os centros de convivência, que têm como proposta a convivência com pessoas da comunidade da qual eles fazem parte, uma reclamação recorrente era que nossos moradores estavam mal vestidos, e muitos deixavam de frequentar [os projetos] por comportamentos incompatíveis. A saúde mental é um dos nomes do grande Outro com o qual temos que nos haver e nos servir. Mas qual é a solução? Impedir que os nossos pacientes circulem, para, então, reproduzirmos a prática da segregação manicomial nas moradias? Ou ignorar o grande Outro?, e daí estaríamos todos do lado da psicose, o que não seria uma boa saída. (Marucio, 2011b)

Silva (2011), em sua etnografia sobre a assistência aos egressos de um hospital psiquiátrico em Sobral, no Ceará, descreve os efeitos da reforma psiquiátrica e a prática do

“desmame”<sup>121</sup> na gestão em meio aberto de pessoas portadoras de transtorno mental. Em seu campo de pesquisa, o funcionamento da gestão doméstica sobre a circulação dos usuários, justificado pelo discurso da gestão da ordem pública, é semelhante a “cárcere privado” (2011: 313), visto que a transferência da responsabilidade para os familiares provocou a limitação da circulação daqueles aos espaços da casa. O autor observa que, em Sobral, a permanência em casa assemelha-se ao confinamento asilar (2011: 266). Assim, as práticas psiquiátricas, ali, atualizam a forma de gestão a fim de preservar a ordem pública, realizada pelo grupo familiar em sua residência. A assistência psiquiátrica, feita em instituições como o CAPS e a Unidade Básica de Saúde (UBS), funciona em rede, através do apoio matricial<sup>122</sup> e das visitas domiciliares realizadas pelos agentes da terapia comunitária<sup>123</sup>. Vale destacar que o modelo institucionalizado em Sobral é o mais próximo do formalizado nas portarias ministeriais, que prevê o atendimento em domicílio por profissionais do CAPS e/ou da UBS — diferente da *equipe* do SRT, que não está regulamentada em portaria.

No caso desse serviço, o acompanhamento dos *usuários* é uma maneira específica de gestão que não pressupõe o seu enclausuramento. Meus interlocutores afirmavam que as intervenções terapêuticas são avaliadas para que não se produza o confinamento nas moradias. Em decorrência, os *profissionais* criaram o indicador *mobilidade*, que auxilia no *cálculo* da efetividade do processo de *reabilitação*, medida por meio da circulação dos *usuários*:

Não é por acaso que o indicador pensado para avaliar o SRT é a mobilidade dos moradores; o que está implícito nesse indicador é que quanto mais eles estão circulando, mais a reabilitação teve sucesso. Além disso, mais estão consumindo e mais fazem parte da nossa sociedade, que é regida pelo consumo. (Marucio, 2011b)

Segundo meus interlocutores, o índice de sucesso da *reabilitação* psicossocial pode ser medido não só pela circulação, mas também pelo consumo dos *usuários*, uma vez que o consumo é um motivo para que eles circulem e produzam relações com o comércio local, e,

---

<sup>121</sup> O “desmame”, segundo Silva (2011: 17-18), “é uma categoria nativa, utilizada por profissionais de saúde de Sobral para se referirem à diminuição paulatina da dose de um medicamento durante o atendimento de uma pessoa que já usou uma dose alta do mesmo e corre o risco de ficar dependente quimicamente do fármaco. Este procedimento remete à maneira pela qual alguém que está em uma condição de dependência pode vir a ficar mais autônomo, bem como ao tempo paulatino desse processo”.

<sup>122</sup> Em Sobral, a *porta de entrada* para o atendimento psiquiátrico é a UBS, que avalia a necessidade da assistência especializada e aciona, quando necessário, o apoio matricial realizado pelo CAPS.

<sup>123</sup> A terapia comunitária é mais conhecida como um suporte social, por complementar as práticas médicas no sentido de ajudar os pacientes com transtornos mentais leves a se desvencilharem do uso de medicamentos, principalmente calmantes. Para uma análise descritiva e apurada sobre esse tipo de terapia, ver Silva (2009).

consequentemente, relações externas às moradias: ao fazer compras no supermercado, comer um pastel na feira, tomar um café no bar central, conversar com o moço da banquinha de revistas e participar da aula de hidroginástica, eles estabelecem contato com pessoas que não são da instituição. Mas, para efetivar a relação de consumo, o *usuário*, por vezes, precisa de ajuda e orientação para sair de casa, andar pelas ruas, pegar um ônibus, aprender o valor do dinheiro e a administrá-lo, conversar com o vendedor sobre um produto, e mesmo para que desperte em si o prazer em comprar um item de que foi privado (um perfume, um CD de música, um sapato para o baile). O discurso sobre o consumo tinha implícito a ideia de reparação.

Segundo os *profissionais*, os indicadores são instrumentos de avaliação que medem a efetividade ou a ineficácia da clínica de *cuidado* e dos serviços que compõem a *rede de assistência*. No censo psicossocial que Barros e Bichaff (2008) realizaram nos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, eles registraram e avaliaram as categorias que informavam, de maneira objetiva, a eficácia do processo de desospitalização: autocuidado, relações familiares, vínculos sociais, cidadania e suporte social. O autocuidado era calculado por meio de uma tabela de pontos (observada quando os usuários das moradias estavam nos serviços de saúde) que indicavam o grau de autonomia para realizar as atividades da vida diária: por exemplo, a higiene pessoal (verificada ao observar se o usuário tomava banho, cuidava dos cabelos, das unhas e da higiene bucal, e se usava o vaso sanitário); a alimentação (se ele comia sozinho, se comia na mesa e se usava talheres); e aspectos relacionados às vestimentas (se conseguia vestir-se sozinho e se utilizava roupas adequadas). A família e os vínculos sociais eram analisados a partir das relações de solidariedade e pela existência ou não de familiares. Quanto ao indicador de cidadania e suporte social, para ser cidadão era necessário ter documentos pessoais, para adquirir o benefício. Nesse caso, era verificado se o usuário tinha documentos, se recebia alguma renda regular e se teria onde morar quando saísse do hospital. No SSCF, esses indicadores foram acionados inicialmente para *calcular* o grau de autonomia dos *internos*, para avaliá-los e encaminhá-los para as moradias. Conforme os *profissionais*, como os *usuários* já estavam nelas, era necessário, além desses, outros indicadores para medir a efetividade do serviço.

A *mobilidade* é entendida como o traçado da circulação dos *moradores*, que é registrado e explicita os lugares que eles percorrem. Como indicador, mapeia a circulação e

informa por onde eles transitam no interior ou fora do território de saúde de Campinas (composto por cinco distritos de saúde; vide supra 1.3). No SRT do SSCF,

A mobilidade é uma questão relevante para todos. Temos pacientes idosos que necessitam de ajuda para sair, mesmo os que têm a chave de casa, devido a risco de queda, acidente, e as dificuldades nas ruas e avenidas onde o serviço se localiza. Tomar um ônibus, por exemplo, não é coisa fácil de fazer hoje em dia numa cidade grande como Campinas. [...] As moradias não fecham para descanso; elas funcionam todos os dias, os moradores estão lá todos os dias. Ele tem um local de tratamento, à tarde ele volta para a casa; no final de semana ele fica na casa dele. Então, o nosso serviço não se esgota. Pensando nisso foi criado um indicador baseado na mobilidade dos usuários, mapeando a circulação e nos dando informações precisas de onde os moradores circulam dentro e fora do território (morador vai ao CAPS e vai à fisioterapia, ou não vai ao CAPS e nem na fisioterapia, mas uma vez ao ano ele vai visitar seus familiares em outro estado ou em outra cidade). Até pra gente pensar onde eles circulam. Esse instrumento nos mostrou que a circulação não deve estar relacionada com o bem-estar do morador. Muitas vezes a gente via um morador que não saía de casa e a gente incentivava, criava um desejo nele de sair, mas ele queria ficar na casa dele. Por exemplo, o usuário Francisco, que gosta de fazer o bailinho pra tocar disco de vinil e convidar a equipe e os moradores para estar com ele em uma sexta-feira à noite — então, ficar em casa pode ser terapêutico para ele. (Costa, 2011)

Nas moradias, a circulação não deve ser imposta, mas pensada de acordo com o projeto terapêutico do *usuário*. Observa-se, aqui, o mecanismo de *cálculo* e de avaliação acionado pelo indicador *mobilidade*. Os *profissionais*, ao elaborá-lo, pretendiam criar um parâmetro que contemplasse as diferentes ações do processo de *reabilitação* dos *usuários* e que pudesse, ao mesmo tempo, medir o efeito das intervenções na sua vida. Circular era o contrário do confinamento nas moradias e diferente do “cárcere privado” descrito por Silva (2011). Sobre a avaliação em saúde mental, Veridiana Marucio (2011b) afirmou:

Devemos ir além dos ideais da saúde mental, pois, na medida em que ela se converte em dever do Estado, ela pede avaliação e critérios estatísticos para promover a sua eficácia, esquecendo de que o sujeito não é contável. Estamos assistindo ao novo paradigma, que já não é tão novo assim: o paradigma da quantificação e da normatização. Contudo, a avaliação não é um instrumento, um método científico a serviço da política, mas a sua ideologia mais espontânea, e sua validade apoia o acordo entre a gestão e a política pública, e se converte no recurso frente aos impasses diante dos sintomas.

Ela argumenta que o Governo Federal, ao produzir as políticas de saúde mental, exige uma eficácia calculada a partir dos rendimentos, das avaliações e da transparência das organizações — e quanto mais a instituição se fixa às exigências de eficácia e de normalização, maior é o *sofrimento* psíquico dos *pacientes*, o investimento terapêutico dos *profissionais* e, conseqüentemente, a necessidade de recursos. Também admite que há, na

saúde mental, um paradigma de quantificação e normatização, que faz da avaliação um acionamento político que sustenta as relações entre os responsáveis pela gestão das instituições e os administradores das políticas municipais, para o acesso ao financiamento. Ainda de acordo com ela,

a gestão e a clínica não podem caminhar em sentido oposto, e sim lado a lado. A clínica nos ensina que quanto mais normalização, maior é o sofrimento psiquiátrico, pois o sintoma vai sempre se colocar na contracorrente do desejo de curá-lo. Este é, no meu ponto de vista, o paradoxo da gestão, pois quanto mais ela se dá na linha da eficácia (por exemplo, no nosso indicador [mobilidade]), mais o sintoma se faz presente, mais ele se torna como o resto segregado do sistema e mais esse retorno vai exigir recursos. (Marucio 2011b)

Transformar a prática clínica no exercício de imposição das normas traz o risco de produzir *sofrimentos*, como no caso do *morador* que preferia permanecer em sua residência, e isso era terapêutico na avaliação do seu PTI; mesmo ele não validando o indicador *mobilidade*, se os *profissionais* o obrigassem a circular provavelmente lhe causariam *sofrimento*. Observa-se que esse indicador não é eficaz para *calcular* todos os *casos clínicos* assistidos, mas, como instrumento de avaliação, não se restringe a quantificar o processo<sup>124</sup>. Nesse sentido, ele amplia os aspectos analisados, mesmo que isso questione a validade da sua eficácia. Constatando-se a sua ineficácia, é reformulado, atualizado e/ou modificado. Percebe-se que o indicador é flexível à realidade avaliada e pode ser atualizado ou ajustado de forma coletiva, nas reuniões de *equipe*. Assim, tanto ele quanto a maneira como os *profissionais* refletem acerca de suas práticas são afetados por esse processo de avaliação e regulação da forma de gestão dos *usuários*. De fato, os *profissionais* são capacitados para se autoavaliarem em suas intervenções terapêuticas, a avaliarem o instrumento de avaliação e a própria instituição como produtores de saúde ou de *sofrimento*.

Além do indicador qualitativo de *mobilidade*, meus interlocutores utilizam indicadores quantitativos, que medem a procedência de novos *usuários*, óbitos e outros motivos de saída da moradia, e o indicador de internações por agravos não mentais (clínico). Esses indicadores seriam descritos em relatórios semestrais, conforme o Plano de Trabalho que entrou em vigor em junho de 2012 (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2012a: 37). Em outras palavras, os indicadores quantitativos verificam o número de *usuários* em cada residência, a incidência de

---

<sup>124</sup> Algumas pesquisas da área da saúde coletiva se dedicaram ao processo de avaliação e à criação de indicadores, entre outras, Passos *et al.* (2008) e Furtado (2001b).

novos casos, a mortalidade e a incidência de doenças clínicas (2012a: 16). Pode-se afirmar que os indicadores quantitativos correspondem aos indicadores biopolíticos do sistema de avaliação do SUS, e o indicador de *mobilidade* é uma forma de tornar visível e *calculável* os elementos da *reabilitação* psicossocial que não são contemplados neles. Dessa forma, a *mobilidade* apresenta outras informações que complementam os indicadores biopolíticos, na medida em que produz dados que não são fixos (a mortalidade e os novos usuários, por exemplo), mas sobre a singularidade da circulação de indivíduos.

No próximo capítulo, descrevo como os *atores* identificavam, na *Comissão de Moradias*, as demandas por vaga nas moradias a partir de situações singulares dos *usuários* que habitavam a rede de assistência de Campinas. Com isso, pretendo mostrar como essa nova demanda era identificada e quantificada em uma lista de espera na intenção de tornar transparente, por meio de documentos, a necessidade de mais vagas naquelas. Analiso como esse processo de tornar visível a demanda local é uma forma de fazer política por meio da produção de indicadores e de documentos que provocam discussões e explicitam as necessidades da população ao mesmo tempo em que responsabilizam os gestores municipais pela sua assistência.



## Capítulo VI

### A Política de Financiamento de Novas Práticas de Governo

Neste capítulo, analiso como a *Comissão de Moradias* articula-se com a burocracia municipal de Campinas através da produção de documentos e de discussões com os *agentes estratégicos*. Em campo, observei que seus *atores* procuram estabelecer conexão direta com a Coordenação Municipal de Saúde Mental para produzir uma *política de vagas*, ou seja, para organizar a demanda das moradias e das suas vagas. Nas discussões que presenciei, a demanda era problematizada a partir da trajetória dos *usuários* que habitavam os serviços da rede de assistência de Campinas, e era justificada com um discurso que apresentava a situação de precariedade e de risco social em que viviam: as necessidades locais eram visualizadas em documentos e pela agência de *atores* imbricados nos mecanismos que operam a máquina pública de financiamento em saúde. Aqui, apresento a maneira como a *comissão*, com a finalidade de produzir um sentimento de *apropriação* nos *atores*, organizava suas esferas administrativas e atribuía, aos *apoiadores* dos distritos e aos gestores dos serviços, a responsabilidade de detectar e apreender as demandas locais — tal sentimento, segundo a coordenadora de Saúde Mental do município, resultaria na *elaboração coletiva* do documento do convênio.

O capítulo está dividido em três partes. Na primeira, descrevo como os *atores* reagiram de forma contrária às propostas dos administradores municipais para solucionar as irregularidades do Convênio PSF e ao corte de gastos apresentado na proposta final do Convênio de Cogestão da saúde mental. Dessa maneira, retomo a discussão sobre a negociação do convênio, descrita no primeiro capítulo, a fim de explicitar como o corte de custos no orçamento afetava o SRT e os *usuários* que aguardavam vaga nas moradias. Na segunda parte, trago exemplos etnográficos que mostram os critérios elaborados a partir dos elementos da história de vida dos *usuários* e do contexto particular em que eles se encontravam e que serviam de parâmetros de avaliação para justificar a demanda por vagas em 2012. Com isso, descrevo como os *atores*, naquele momento, identificavam, avaliavam e registravam, em documentos, as demandas locais com o objetivo de incluí-las no convênio de

financiamento. Também apresento o *fluxograma da demanda* do SUS, que, segundo a Coordenação Municipal de Saúde Mental, os *atores* deveriam seguir para tornar as necessidades locais visíveis para os gestores públicos. Na última parte, apresento a problematização do *fluxograma da demanda*: esse percurso burocrático foi seguido, mas a proposta de ampliação das moradias para *acolher* os *usuários* da lista de espera não foi efetivada. Segundo a coordenação, ela esperava pela publicação de uma portaria para resolver o problema, posição que não levou em conta a avaliação da *Comissão de Moradias*, que considerou quinze pessoas em situação de risco social.

Ao analisar as conexões dos *atores*, que *calculavam* as especificidades locais e procuravam tornar visíveis, para os gestores municipais, a situação de risco dos *usuários* que aguardavam na lista de espera, busco evidenciar como a *comissão* articulava-se para participar de fóruns de discussão com a coordenação a fim de tornar pública a situação daqueles. Como mostro no último tópico, a *comissão* pretendia responsabilizar a Secretaria de Saúde caso eles sofressem algum dano (perder-se, ser atropelado, agredido ou preso, por exemplo). A *estratégia* de responsabilização, acionada pelos *atores* da *comissão*, afirmava que, se a prefeitura negasse o financiamento, estaria negando, também, a assistência. A estrutura do SUS, considerada “democrática” e participativa na elaboração e execução das políticas, revela ações administrativas do município de Campinas para regular o repasse do financiamento: a Secretaria de Saúde, ao repassar o recurso, acionou o discurso político sobre a prioridade do Ministério da Saúde (a atual política de álcool e drogas) para a sua destinação, e negou a ampliação das moradias. Assim, na hora de decidir sobre o financiamento, a normatização das portarias e o discurso do orçamento foram mais importantes do que as análises técnicas dos *profissionais* e a constatação dos riscos a que os *usuários* estavam sujeitos. Nota-se, aqui, um jogo de cálculo (Morawska Vianna, 2014a: 27) político e econômico que suprime os saberes locais com base no discurso ministerial, já considerado ultrapassado pelos próprios *atores*. O SSCF, ao negociar o convênio, tornou-se conivente com a supressão de partes do seu texto — caso do projeto de ampliação das moradias —, para que ele fosse firmado. Isso mostra como a sua autonomia técnica de avaliação das necessidades locais é regulada pela prefeitura, que também governa as suas ações.

## 6.1 A política

Em 23 de maio de 2012, os trabalhadores da rede de saúde de Campinas, incluindo os do SSCF, depois de uma passeata pelo centro dessa cidade, concentraram-se em frente à prefeitura e ali permaneceram até o início da reunião do Conselho Municipal de Saúde, às 18 horas, na qual os conselheiros votariam a renovação do Convênio de Cogestão da saúde mental entre o SSCF e a Secretaria de Saúde (Figura 6). Começada a reunião, entraram para acompanhar a votação. Os cartazes que traziam destacavam sua oposição à maneira como os gestores da secretaria conduziam os trâmites burocráticos para cumprir o Termo de Ajustamento de Conduta assinado com o Ministério Público: em decorrência de irregularidades no Convênio PSF (vide supra 1.4), seriam demitidos 1.308 funcionários de diferentes serviços da rede de saúde, e o edital do concurso que seria realizado para suprir as vagas, publicado dias antes, mostrava que elas estavam longe da metade do número de pessoas que seriam exoneradas.



**Figura 6:** Manifestação dos trabalhadores da rede de saúde de Campinas em frente à prefeitura, em 23 de maio de 2012. Créditos da foto para o fórum popular de saúde de Campinas<sup>125</sup>.

125

Imagem

disponível

em:

<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=159552324176170&set=a.152327791565290.32344.100003642100240&type=3&theater>.

Conforme um dos cartazes, para suprir a necessidade de doze terapeutas ocupacionais foram ofertadas três vagas; para prover 39 cargos de psicólogos, doze vagas — e, segundo um panfleto divulgado por e-mail, ao exonerar trezentos agentes de controle ambiental, a prefeitura oferecia trinta vagas<sup>126</sup> para a categoria. Para os manifestantes, as vagas abertas não supriam as necessidades dos serviços, que, em alguns casos, já funcionavam de forma precária. Um exemplo disso foi apresentado por uma psicóloga, numa reunião no Sindicato de Saúde de Campinas (SinSaúde), em 17 de maio de 2011, na qual se discutiu a situação do Convênio PSF: ela afirmou ser a única profissional para atender uma população de quatro mil pessoas em um posto de saúde. Na manifestação, um cartaz alertava sobre o “desmonte da saúde pública em Campinas”, que aconteceria, segundo os *atores*, em consequência da maneira como a prefeitura conduzia as negociações para resolver a situação daquele convênio, visto que o total de trabalhadores contratados pelos dois convênios com o SSCF perfaziam, aproximadamente, 25% dos trabalhadores da assistência à saúde no município. Outro cartaz listava os serviços que deixariam de existir caso eles fossem dispensados: Serviço de Atenção à Dificuldade de Aprendizado (Sada), Centro de Referência à Saúde do Idoso (CRI), Serviço Médico de Urgência (Samu), DST/aids, Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador de Campinas (Cerest), Central de Regulação de Combate à Dengue, Policlínica (Poli) I e II, e o laboratório municipal.

Diferentes cartazes atestavam que o SSCF era “a favor do SUS”, “100% SUS”. Com isso, os *profissionais* anunciavam que toda a assistência da instituição é gratuita — uma *estratégia* para confrontar e deslegitimar o argumento de que os convênios são uma forma de terceirização da saúde. De forma resumida, a terceirização, na saúde, significa contratar empresas privadas para executar parte da assistência que o SUS não está preparado para oferecer. Conforme a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080), de 19 de setembro de 1990, só as instituições públicas estão autorizadas a fornecer assistência ao SUS. Em Campinas, a *Lei do Convênio*, que autorizou a assinatura do convênio entre a prefeitura e o SSCF em 1990, trouxe, em seu artigo segundo, um respaldo burocrático para essa instituição, pois a integrou ao sistema municipal de saúde. De acordo com os *profissionais*, o objetivo da prefeitura é transformá-la em uma organização social de saúde (OSS), para produzir cortes de custo em seu orçamento. Com esse jogo político, buscava deslegitimar a

---

<sup>126</sup> Segundo Francisco Mogadouro da Cunha (Chicão), conselheiro de Saúde, uma das causas da epidemia de dengue que aconteceu em Campinas no primeiro semestre de 2014, foi a falta de agentes de controle ambiental, que não foram contratados em 2012 (Epidemia..., 2014).

confiabilidade do SSCF, para reduzir o financiamento. Naquele momento, conforme o discurso dos meus interlocutores, em vez de pensar na desassistência à população, os administradores do município pensavam no orçamento, uma vez que poderiam ter projetado ações que regularizassem o Convênio PSF antes de sua imputação jurídica.

Observa-se como o orçamento e a diminuição do financiamento eram mecanismos acionados pela prefeitura para gerenciar e direcionar o SSCF, os *profissionais* e as ações em saúde segundo os seus objetivos. O SSCF, por sua vez, procurava, com as manifestações, tornar visível que as irregularidades eram devidas às contratações via Convênio PSF em vez de concurso público, ou seja, eram responsabilidade da prefeitura. A instituição, em sua *estratégia* de tornar transparente os fatos em apresentações públicas no Conselho Municipal de Saúde e por meio da produção de documentos (parecer de auditoria externa, cartas, panfletos e cartazes) que apresentavam a responsabilidade da prefeitura na irregularidade do convênio, produzia uma forma de fazer política para assegurar a sua fiabilidade e o recurso do financiamento. Ao expor esse processo, afirmava, por um lado, uma “regulação por revelação” (Florini, 2003: 34) através de práticas de transparência, e, por outro, uma forma de fazer política utilizando o mesmo argumento da transparência, como uma norma de regulação, para suscitar, nos administradores, nos políticos e na população, maneiras de observar e avaliar se os processos burocráticos da política de financiamento eram efetivos. De fato, o SSCF, ao recorrer ao discurso da transparência, procurava atestar a fiabilidade dos processos de prestação de contas e buscava responsabilizar os gestores municipais em relação aos processos políticos. Nesse exemplo, observa-se que a transparência, além de ser resultado de processos de avaliação/auditoria, que produzem efeitos sociais (Strathern, 2000b: 2), é uma forma de regulação da gestão pública. Essas novas práticas de gestão, denominadas de auditoria, não são apenas instrumentos para impedir irregularidades de administração ou gastos do recurso público, mas técnicas de governo (Power, 1994: 12; Shore, 2009: 45).

Em 2012, os trabalhadores, que já estavam preocupados em relação à renovação do Convênio de Cogestão da saúde mental, foram surpreendidos pela proposta da Secretaria de Saúde para solucionar as irregularidades do Convênio PSF. Dois dias antes da sua manifestação, o sentimento de incerteza foi agravado por informações disponibilizadas na reunião do Fórum Popular de Saúde de Campinas, que contou com a participação dos conselheiros de Saúde e dos *atores* da Comissão de Acompanhamento do Convênio: o documento do convênio apresentado pela prefeitura era um milhão e seiscentos mil reais a

menos do que o previsto e calculado (cinco milhões e seiscentos mil reais) como necessário mensalmente para a manutenção, a ampliação e a criação de novos serviços. Isso afetava diretamente o SRT, que, por um lado, previa a ampliação de moradias e a criação de outras, para incluir as quinze pessoas que aguardavam por vagas (segundo meus interlocutores, eram, em sua maioria, casos graves que precisavam com urgência de assistência em uma moradia 24 horas); por outro, porque ele procurava manter o funcionamento de uma *equipe* composta por 136 *profissionais*, que acompanhava o processo de *reabilitação* de 163 *usuários* oferecendo um *cuidado* clínico domiciliar em 29 moradias (como detalhei no decorrer dos capítulos 3, 4 e 5). As pessoas da lista de espera eram *usuárias* da rede de assistência, e estavam morando em instituições como os CAPS (ocupando o leito noite reservado para o *acolhimento à crise*) e nos abrigos municipais (ocupando os leitos destinados às pessoas em situação de rua). Desse modo, os *atores*, na *Comissão de Moradias*, avaliavam e organizavam os pedidos de vaga em uma lista de espera, e procuravam formas de realocar os *usuários* para as moradias dos CAPS<sup>127</sup> ou do SRT. No entanto, as vagas só existiam em decorrência de falecimento (a chamada *alta celestial*) ou quando o *usuário* voltava a morar com a família, e no caso de rearranjo ou ampliação das residências. Esta última alternativa era a proposta da *comissão* para garantir moradia aos *usuários* da lista de espera.

Durante a pesquisa de campo, frequentei, como ouvinte, por oito meses (março de 2011 a maio de 2012), as reuniões da *Comissão de Moradias*. Como já expliquei, esta é uma instância de grupo que avalia a solicitação de vaga nas moradias feita por profissionais dos diferentes serviços (como detalho no início do próximo tópico) em que o *usuário* está habitando. Ao verificar a necessidade e o tipo de moradia a partir do caso singular dos *usuários*, seus *atores* preenchem um protocolo e colocam o seu nome na lista de espera. De forma geral, nas suas reuniões são apresentadas e discutidas as solicitações de vagas expostas pelo *profissional de referência* dos *usuários*. Na época em que participei delas, os *atores* não conseguiam encaminhar a demanda das quinze pessoas que aguardavam na lista. Para tentar resolver essa situação, reivindicavam a participação, nelas, de um representante da Secretaria Municipal de Saúde. Em 28 de setembro de 2011, Alice, funcionária da secretaria e vinculada à Coordenação de Saúde Mental, participou da reunião para esclarecer o posicionamento daquela. Alice propôs que os membros da *comissão* discutissem com os gerentes de cada serviço, para que a informação sobre a ausência de vagas no SRT, decorrente da redução de

---

<sup>127</sup> Havia algumas moradias ou repúblicas de *usuários* autônomos, que eram monitoradas por *profissionais* dos CAPS em visitas domiciliares.

custos do convênio, fosse exposta para os *apoiadores*, e estes fariam a ponte entre a demanda detectada em cada região ou distrito de saúde e a coordenação.

Os participantes da *comissão* lhe disseram que já haviam percorrido esse trâmite burocrático, que resultou na proposta de ampliação das moradias, que deveria estar no documento do Convênio de Cogestão, mas a coordenação destinou o recurso para a construção de novos serviços como o CAPS Ad 24 horas, o Consultório de Rua e a Casa de Acolhimento Transitório, que eram ações da política nacional sobre drogas. Alice afirmou que uma possibilidade seria transformar as moradias 24 horas em “*casas de cuidado para idosos*”: ao transferir burocraticamente os *usuários* das moradias para uma modalidade de serviço destinado a idosos, os leitos seriam desocupados para abrigar os que aguardavam na lista e precisavam de assistência. Essa era uma alternativa, uma vez que a Lei da Reforma Psiquiátrica só permite a criação de moradias quando é destituído o mesmo número de leitos em hospitais psiquiátricos, e, como Campinas já havia passado por esse processo, não era possível implementar novas moradias.

Para agir sobre o problema da falta de vagas no SRT, Alice contou que aguardava “um edital da conferência e o posicionamento do Colegiado Nacional de Saúde Mental como resposta” (ata da reunião da Comissão de Moradias, 28/09/2011). No próximo tópico, discuto a razão pela qual a Coordenação de Saúde Mental, para administrar o problema das quinze pessoas que aguardavam vaga nas moradias, esperava por um edital ou pelo posicionamento desse colegiado.

## **6.2 A Comissão de Moradias**

A *Comissão de Moradias* é formada por profissionais de diferentes instituições<sup>128</sup>, e suas reuniões aconteciam, na época da pesquisa de campo, quinzenalmente, às quartas-feiras de manhã, no prédio do Cebes, no centro de Campinas. Na reunião que contou com a presença de Alice havia dez profissionais, que representavam instituições como o SRT, o CAPS, o CAPS Ad, o Núcleo de Retaguarda, os abrigos municipais Reviver e Renascer e o Serviço de

---

<sup>128</sup> Na época da pesquisa de Campo, a *Comissão de Moradias* era composta por um representante de cada CAPS (exceto CAPSi), um do Núcleo de Retaguarda, dois da Secretaria de Assistência Social (abrigo Renascer), um representante da Coordenação Municipal de Saúde Mental e um da *equipe* do SRT.

Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante (Samim). Em seu início, a *profissional de referência* (psicóloga de um CAPS) de uma *usuária* que estava morando no CAPS Integração expôs a situação desta: 31 anos, psicótica. Filha adotiva, aos 7 anos teve detectados problemas de aprendizagem; refere abuso sexual aos 16. Manifestou a primeira *crise* psicótica depois que a mãe adotiva morreu, e em seu histórico havia muitas internações. O pai tentou uma aproximação, “*mas não deu conta de assumir*”. Foi *moradora* do SRT, onde tinha um quarto individual, e a *equipe* avaliou que ela teve avanços na convivência com outros *moradores*, mas essa relação de “convívio se tornou insustentável quando: tentou colocar medicação na comida de todos, episódio de fogo no quarto, conseguiu colocar medicação na comida e alguns moradores passaram mal” (ata da reunião da Comissão de Moradias, 28/09/2011). Ficou internada no leito noite daquele CAPS e, quando começou a receber o benefício, “*fugiu no mundo*”, sendo encontrada, seis meses depois, em “*um hospital do século passado, no Rio de Janeiro*”. Retornou a Campinas muito *cronificada* e foi encaminhada para internação no Núcleo de Atenção à Crise. Sem ter com quem ficar (conheceu a mãe biológica, que sentiu medo dela), a *equipe* do CAPS a colocou em uma pensão, mas “*ela não sustentou*”. Começou a repetir o mesmo movimento que realizava antes de ser internada (ainda antes da fuga). “Histórico de pequenos furtos” (ata da reunião da Comissão de Moradias, 28/09/2011). Roubou a bolsa de uma médica, irmã de um policial federal. “*Apesar da idade, ela é bastante infantilizada, disputa os profissionais da equipe*”, e, segundo a psicóloga da *equipe das moradias*, “*tem que ter assistência para envelhecer*”, é preciso “*cercear a sua circulação*” porque “*é grande, invasiva, e se ela não te conhece, ela é hostil*”, mas “*ela não tem ninguém*”. Sua *referência* afirmou que “*Ela está em situação de risco internada no CAPS e circulando pela cidade*”. A *comissão* concluiu que a *usuária* precisava de uma moradia 24 horas, mas não havia vaga. A *equipe* do CAPS deveria avaliar a sua internação a partir dos critérios: “*não consegue gerir a própria vida (comete crimes e pode ser presa), e está se colocando em risco*”.

Após a apresentação do caso, que foi conduzido para a lista de espera, Alice expôs o *fluxograma* do SRT. Segundo ela, a função da *Comissão de Moradias* era discutir, de forma coletiva, os critérios de avaliação dos casos e produzir os parâmetros de julgamento das demandas por residência a partir dos PTIs. De acordo com os membros daquela, a avaliação e a identificação das demandas já eram atividades que realizavam, mas isso não era suficiente, uma vez que não era possível encaminhá-las para uma moradia. Os parâmetros da *comissão* para justificar a necessidade de moradias para os *usuários* que habitavam as instituições da



rede de saúde de Campinas eram diversos e estavam descritos nos protocolos de encaminhamento, e eram bastante esclarecedores da urgência de alguns casos, como mostram os exemplos a seguir<sup>129</sup>:

08/2011. Paciente encontra-se internado no Núcleo de Retaguarda [três meses], pois vinha fazendo uso intenso de álcool e apresentando crise de ansiedade e, por vezes, sintomas psicóticos. Presenciou um homicídio na pensão, o que o desorganizou ainda mais. Apresenta múltiplos sintomas somáticos, como dor generalizada, lapsos de memória, tonturas (sensação de queda), ansiedade intensa.

13/9/2011 Paciente morando no SAMIM. Participa da Oficina de vitral do NOT [Núcleo de Oficinas e Trabalho] e em tratamento no CAPSad Reviver. Chega ao CAPS encaminhado pelo S.O.S. Rua [Serviço de Orientação Social à Pessoa em Situação de Rua], pois o mesmo encontrava-se em situação de rua. Ele trabalhava como “catador de reciclável”, andando pelas ruas em situação de risco, com quadro delirante onde as imagens de revistas e outdoor o provocam (“ofendendo, mandando fazer coisas, rindo...”). [...] Mantinha uso diário de álcool e outras drogas. Desde sua chegada ao CAPSad estabeleceu um bom vínculo e adesão ao tratamento. Atualmente, tem apresentado algumas recaídas no uso de bebida alcoólica, crack e quando interrompe o uso da medicação tem tido convulsões que normalmente causam ferimentos no rosto e na cabeça. O quadro delirante é persistente.

12/4/2011 Atualmente reside no albergue. [...] A indicação feita para a vaga na Residência Terapêutica dá-se, primeiramente, pela vontade do usuário em ter uma moradia que possa chamar de lar. [...] Além de poder redescobrir noções de cidadania, participar de uma comunidade e poder transitar pelo seu território, reconstruindo sua identidade. Avaliamos que ele não tem a autonomia para residir em uma pensão e se esta possibilidade fosse concreta, ele provavelmente definharia, pois não se sente digno de comprar produtos para [a sua] sobrevivência. Questões que têm sido trabalhadas em terapia.

9/8/2008 Paciente apresenta alucinações auditivas de comando, delírios persecutórios importantes, não faz uso regular de medicação e não comparece ao CAPS com frequência regular. Perambula pelas ruas solilóquio colocando-se em situação de risco [...] Refere que começou a ouvir vozes com 25 anos e desde então tem tido internações frequentes para controle do quadro mas após as internações novamente volta as ruas e não consegue seguir as orientações medicamentosas. [...] Paciente nestas andanças pela rua foi atropelado e teve fraturas múltiplas de arcos costais e teve que ficar muito tempo na UTI e atualmente está no Núcleo Clínico pois apresenta sequelas da traqueostomia e está muito debilitado. [...] Atualmente precisa de auxílio na alimentação e cuidados pessoais, com perspectiva de melhora, pois está se restabelecendo de um atropelamento.

[s/d] Ana tem como antecedente depressão grave, Síndrome de Addison<sup>130</sup>, hipotireoidismo, dislipidemia e com quadro demencial sobreposto. Possui familiar com o qual não tem contato há muitos anos em Brasília. Não dispõe de renda suficiente para moradia de longa permanência e necessita que medicações sejam administradas corretamente a fim de evitar descompensações clínicas/psiquiátricas. Paciente residia em

---

<sup>129</sup> Os exemplos são cópias de protocolos de encaminhamento de pedido de vaga nas moradias, que são preenchidos pelo *profissional de referência dos usuários*.

<sup>130</sup> Doença rara que atinge o sistema endócrino causando insuficiência na glândula adrenal e provocando diminuição da produção de hormônios.

casa de repouso para idosos e segundo a nova legislação fica proibido que menores de 60 anos vivam nestas comunidades. O paciente não tem familiares disponíveis para cuidar de suas demandas<sup>131</sup>.

Observa-se que os parâmetros que justificam a necessidade de encaminhamento dos *usuários* para as moradias são elementos de sua situação de precariedade social, do seu quadro clínico ou psiquiátrico, a necessidade da administração da medicação. Em alguns casos, existe a necessidade de auxílio para a alimentação e para os *cuidados* com a higiene. Mais do que isso: existe um *cálculo* do risco e da vulnerabilidade que analisa e prevê os danos futuros, tais como descompensações clínicas e psiquiátricas, recaídas no uso de substâncias psicoativas, questões de sobrevivência (alimentação, etc.). Cabe informar que os casos só são discutidos na *Comissão de Moradias* depois que a *equipe de referência* do SRT esgota as suas intervenções (entre outras, encaminhar o *usuário* para pensionatos e o investimento na tentativa de ele voltar a viver com um familiar). A internação, apesar de acionada como recurso emergencial para resolver o problema de moradia e para prevenir um risco social, não é uma possibilidade de habitação — caso do paciente do primeiro exemplo citado, que estava internado no Núcleo de Retaguarda havia três meses. Segundo a enfermeira Ana Carla Lefebvre, gerente do SRT,

Atualmente [2011] notamos um aumento de encaminhamentos para SRT, chamando-nos a atenção o perfil das vagas solicitadas, por ser um grupo não esperado no início do projeto. Trata-se de pessoas com sofrimento mental muito grave, em sua maioria com comorbidades clínicas associadas, baixo grau de autonomia, jovens, usuários de álcool e outras drogas, com rede social e habitacional enfraquecida, cujos recursos já estão esgotados pelas equipes que os acompanham (como retorno à família, albergues, pensão, entre outros). Os pedidos são direcionados para a Comissão de Moradias, que é um espaço deliberativo que tem por função regular as vagas e discutir os encaminhamentos segundo os critérios construídos coletivamente. (Lefebvre, 2011)

Durante a pesquisa de campo, observei que os trabalhadores da rede da assistência de Campinas constantemente solicitavam vagas no SRT, e os pedidos não eram para pacientes egressos de hospitais psiquiátricos: a nova demanda refere-se aos egressos daquela (egressos porque alguns necessitam de *cuidados* de *reabilitação*, como explicou uma interlocutora) e é caracterizada por uma população jovem, que apresenta, além do quadro psiquiátrico, comorbidades clínicas, pouca autonomia e/ou faz uso de álcool e outras drogas. Nota-se que a ideia de pouca autonomia refere-se a uma situação em que o *usuário* depende da instituição

---

<sup>131</sup> O documento está sem data, mas foi enviado por e-mail no dia 23 de março de 2010, e reencaminhado para o meu e-mail em 11 de janeiro de 2012.

para alimentar-se, tomar banho e dormir. Além disso, alguns não apresentam rede de relações, vínculos de solidariedade nem relações familiares, o que produz dependência da instituição. No protocolo de requerimento de vaga da *Comissão de Moradias* havia um item, a ser preenchido pelo *profissional de referência*, sobre o “nível de autonomia e independência”. Estes são alguns exemplos dos elementos verificados na avaliação da autonomia dos *usuários*:

26/3/2007 [usuário do SSCF havia cerca de dez anos] Inicialmente, em função do consumo de SPAS [substância psicoativas] + quadro psicótico, apresentava episódios de intensa agressividade e agitação psicomotora, o que culminou em um distanciamento irreversível dos familiares. Com o passar dos anos foi tendo perdas significativas, o que inclui perda da cognição. [...] Está vinculado ao Caps e ao NADEQ, permanece na retaguarda no leito noite aos finais de semana. Em uso de medicação alto custo (Risperidona). [...] Paciente necessita de orientações quanto aos cuidados pessoais e de higiene, bem como de orientações para com a organização de seu cotidiano até por conta de um período significativo de institucionalização.

06/09/2010 Após morar por 7 nos numa pensão na cidade de Campinas, atualmente não tem onde morar. Foi expulsa de pensão após uma briga com outros residentes, fruto de intensos delírios persecutórios. Não tem parentes em Campinas. [...] Importante autonomia para circulação pela cidade, construção de rede social e exercício do poder contratual e realização de atividades de vida diária. [...] Necessita de cuidados referentes ao cotidiano na convivência com companheiros de moradia, além das atividades inerentes ao seu tratamento no CAPS (medicação assistida, grupo de referência, oficinas terapêuticas, atividades do CECCO. Qual o tipo de moradia que atualmente a pessoa necessita a partir da descrição feita acima? Não assistida.

12/4/2011 Apresenta dificuldades em relação ao autocuidado, principalmente com o banho e escovação dentária. Esta dificuldade está atrelada a pouca movimentação das mãos. O tratamento de funcionalidade está ajudando. [...] Tem autonomia para alimentar-se, vestir-se e para circulação no território. Acreditamos que futuramente ele conseguirá locomover-se por transporte coletivo, mas no momento há dificuldades e precisa de parcerias entre os serviços que o assiste para que consiga circular. Necessita que administrem a medicação e as tarefas relacionadas com o “comprar”, pois não se sente digno de adquirir bens, alimentos e objetos que deseja.

Observa-se que a autonomia e a independência são categorias definidas a partir do grau de intensidade do *cuidado* que o *usuário* necessita. Como nos exemplos citados, o *cuidado* varia conforme a singularidade do caso, e as intervenções podem ser feitas em menor intensidade (como a orientação sobre as atividades que o *usuário* precisa realizar) ou em maior intensidade, o que implica em mais responsabilidade (como no caso de administração de medicação, controle sobre a circulação, gestão do consumo do benefício, administração das relações com outros *moradores* da residência e das atividades realizadas em outras instituições).

Após o insucesso dos investimentos que visam restabelecer as redes habitacionais do usuário, os atores solicitam uma vaga no SRT. A demanda é avaliada pela *Comissão de Moradias*, que determina o tipo específico de moradia para cada PTI. Segundo o protocolo de pedido, as moradias são classificadas a partir do serviço nelas oferecido: a moradia de *alta complexidade*, a moradia com atenção parcial, a moradia com *profissional/cuidador* ou que tem só um aporte de atenção do *profissional de referência* para acompanhar a *reabilitação*. Em 2012, a maioria dos usuários que aguardavam na lista necessitava de uma vaga em moradia de *alta complexidade*. Meus interlocutores diziam que é mais fácil encontrar alternativas, mesmo que temporárias, para resolver a urgência da necessidade de habitação para os usuários mais autônomos.

De acordo com Alice, a *Comissão de Moradias* deveria elaborar um planejamento, fazer as estimativas (sobre o número de vagas, a demanda, os recursos materiais e humanos, e os insumos) e quantificar as interações decorrentes da falta de vagas nas moradias. Esses dados serviriam de argumento para justificar a necessidade de mais vagas, que seria deliberada a partir do controle social do SUS. Para isso, ela propôs que os membros da *comissão* participassem das reuniões do Conselho Local de Saúde do seu distrito, a fim de eleger, como prioridade deste, a proposta de ampliação das moradias. Na lógica do *fluxograma* da Coordenação de Saúde Mental, a prefeitura planejará as ações em saúde a partir da demanda considerada prioridade naqueles conselhos. Ela analisaria as formas para a sua viabilização, que seriam escritas e formalizadas no texto do Convênio de Cogestão da saúde mental, e só depois desse processo a necessidade de mais vagas nas moradias seria apresentada ao Conselho Municipal de Saúde, instância que delibera sobre o financiamento do SUS.

Percebe-se, com esse exemplo, a composição do fluxo burocrático de pessoas e de registros que a demanda deveria percorrer e a produção de informações sobre uma parcela da população que não estava contemplada na portaria GM/MS nº 3.090/2011, que estabelece o recurso para implementação e para o custeio mensal dos SRTs (Ministério da Saúde, 2011b). Ao produzir as estimativas, os atores da *Comissão de Moradias* tornavam quantificável a demanda observada localmente, e esses números forneceriam a justificativa para, primeiramente, expor a realidade social problematizada por eles, e, posteriormente, ajudariam a compor o planejamento do orçamento para um futuro investimento em moradias. Mais do que uma análise econômica, a problematização da *comissão* era uma crítica ao limite da

regulamentação das portarias, que em sua cobertura não possibilitam a assistência a pessoas que não sejam egressas de hospitais psiquiátricos.

Ao elaborar os parâmetros, a *comissão*, além de tornar transparente a demanda local não assistida pela prefeitura, produzia uma forma de fazer política por meio de uma avaliação registrada em documentos que incitavam os *agentes estratégicos* a discutir o assunto, a problematizar e a pensar formas de gestão das necessidades da população. Thedvall (2012: 3014), em sua etnografia, acompanhou o Comitê do Emprego da União Européia, responsável pela elaboração de indicadores para a política de emprego, os quais foram associados à noção de transparência dos resultados políticos. O comitê discutia a formulação dos indicadores que mediriam a qualidade no trabalho e produziriam informações para o processo de decisão política. Essas informações eram descritas em documentos que tinham por função promover negociações e debates, através dos quais a política era formulada. Os meus dados de campo distanciam-se dos de Thedvall em relação à formulação de indicadores, pois eles não são o foco da *Comissão de Moradias*, apesar de esta ser um espaço em que os *atores* produzem uma avaliação dos pedidos de vagas. Em outras palavras, os *atores*, nela, não se reúnem para elaborar indicadores, mas para produzir uma análise, classificar a demanda e registrá-la em um protocolo. De fato, em 2012, o resultado da avaliação da *comissão* pode ser considerado um indicador da necessidade de vaga, mas como os *atores* não conseguiam encaminhar esse dado para os gestores públicos, ele não foi eficaz. Mas os meus dados se aproximam da análise do autor no que se refere à função dos documentos, que promoviam discussões e possíveis decisões políticas.

Collier (2005: 373), em sua pesquisa sobre o alcance das tecnologias neoliberais e suas normatizações biotécnicas de administração do setor público na Rússia pós-soviética, analisou as configurações do que Foucault chamou de biopolítica. Segundo Collier, as práticas neoliberais racionalizam e reformam a existência coletiva através de mecanismos que coordenam as práticas econômicas e as práticas de regulação social. Ele examinou a reforma neoliberal e os investimentos em tecnologias de orçamento como mecanismos biopolíticos (2005: 376) da gestão pública, e afirma que mesmo operando uma racionalidade nas escolhas de investimento, nas receitas e nas despesas expostas em termos quantitativos e calculáveis, tais tecnologias não são orientadas por meio dos gastos ou do lucro. O orçamento é justificado por normas biotécnicas (que produzem um valor de referência acerca da população para planejar as ações a partir das necessidades locais) e por metas biopolíticas de administração

do Estado. O orçamento é uma prática de codificação e normalização da prestação de serviços que resulta em indicadores, e estes, por sua vez, expressam, de forma quantitativa, as necessidades sociais da população. O autor argumenta que a produção do orçamento investiga as formas de vida social a partir dos elementos de uma biopolítica soviética, e que o efeito da implantação de uma tecnologia de orçamento não é apenas um processo de minimização dos gastos, mas ações de articulação entre mecanismos de mercado, elementos biopolíticos e o cálculo quantitativo da população.

Pode-se afirmar, a partir das suas análises, que a *Comissão de Moradias*, ao destacar as estimativas, apresentava a necessidade do financiamento e evidenciava os elementos sobre a população que escapavam às regulamentações da biopolítica governamental. A quantificação da demanda avaliada localmente pelos *profissionais* deveria ser exposta para os gestores dos serviços (através de cartas e ofícios ou em exposições nas reuniões de *equipe*) e nos conselho locais de Saúde. Os gestores (no Colegiado Gestor) e os *apoiadores* (na reunião do distrito, composta por profissionais dos serviços de saúde que apresentavam as prioridades dos conselhos locais de Saúde) eram pontos de convergência das informações sobre a população assistida e os responsáveis por revelar/transmitir esses dados para a Coordenação de Saúde Mental. Nesta, os *atores*, por sua vez, analisavam e decidiam quais demandas seriam incluídas no texto do convênio de financiamento e negociavam com a prefeitura.

Em 10 de junho de 2011, a Comissão de Moradias escreveu uma carta dirigida à Secretaria de Saúde e ao SSCF. Sobre a demanda de vagas verificada, explicitou:

é função desta comissão articular discussões e propostas para com a gestão acerca das demandas das SRTs. Neste sentido, trazemos os seguintes impasses:

- Transformação da casa margarida em moradia 24 horas; para tanto se faz necessário à contratação de RH, que se constitui de três monitores noturnos para a cobertura necessária.
- Implementação de casas 24 horas (lista de espera de pacientes até o momento já protocolado e amplamente discutido como demanda para cuidado em SRT 24 horas).
- Da necessidades de manutenção e pagamento de contas (água e luz) das SRTs em CAPS da prefeitura, cuja atenção não é mais responsabilidade do SSCF, dado último contrato. Solicita-se então a definição de um responsável.
- Necessidade da criação de casas de cuidado que acolham pacientes com intensa vulnerabilidade clínica. (Comissão de Moradias, 2011)

A carta reafirma a necessidade de adaptação da Casa Margarida, de manutenção das moradias, de criação de novas residências e de casas para assistência a *usuários* idosos e com problemas clínicos. Explorei esse exemplo etnográfico, acerca dos *usuários* que estavam

morando em instituições da rede de assistência de Campinas por não haver vaga no SRT, para destacar que os *atores*, na *comissão*, articulavam-se politicamente para solucionar um problema local. Nesse caso específico, o problema de moradia e de assistência de *usuários* que, segundo a história de vida singular, o PTI e a avaliação dos *profissionais*, necessitavam de *cuidados* para prevenir riscos. A organização do SUS foi detalhada por meio do *fluxograma da demanda*, que indicava o caminho burocrático de avaliação e participação da população e dos profissionais de saúde na reivindicação de financiamentos e de ações para resolver um problema local. Segundo Alice, a demanda seria atendida se tornada visível por meio dos debates públicos nos conselhos locais de Saúde e da fabricação de documentos (cartas, ofícios e projetos), que seriam encaminhados para os *agentes estratégicos* (gestores dos serviços, *apoiadores*), assim como pela exposição pública da demanda local no Conselho Municipal de Saúde. Mas a demanda de ampliação das moradias, mesmo depois de percorrer esse fluxo burocrático, não constou, como já coloquei, no texto do convênio votado em 23 de maio de 2012. Isso evidencia que, em algum lugar dessa rede de negociação, o projeto de ampliação das moradias foi extirpado do convênio — o que abordo no próximo tópico.

### **6.3 Do local ao nacional: a regulação da política de moradias**

O Plano de Ação e Metas a serem Desenvolvidas durante o Ano de 2012, integrado ao documento do Convênio de Cogestão, detalhava as atividades que seriam realizadas nos serviços, descrevia as *metas* e apontava para a necessidade de avaliar as *estratégias* de habitação para os *usuários* que estavam na lista de espera. As *metas* de 2012, do SRT, eram as seguintes:

- Aumentar a assistência na moradia Casa Margarida para transformá-la em 24h de monitor e acolher 04 pacientes que estão na fila de espera da comissão de moradia. (necessário a contratação de 03 monitores)
- Continuar a oferecer cuidados aos nossos moradores, percebendo o aumento da demanda desse cuidado pelo envelhecimento e comprometimentos clínicos, o que demanda adequações de recursos.
- Retomar a comissão de moradias e pensar estratégias para os 16 pacientes que estão na lista de espera. (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2012b: 62)

Observa-se a intenção de transformar a Casa Amarela em uma residência 24 horas, para abrigar quatro pessoas da lista de espera. Além dessa proposta, o documento não apresentava outras alternativas para aqueles que aguardavam vaga. A posição da prefeitura ficou evidente no Fluxograma dos Serviços Residenciais Terapêuticos, encaminhado por Alice, em 29 de fevereiro de 2012, para o e-mail da *Comissão de Moradias*, o qual atesta que a Coordenação de Saúde Mental seguiria as recomendações da política nacional<sup>132</sup>. Segundo uma parte do e-mail,

QUAL SERIA O FUNCIONAMENTO DE UMA Rede De Serviços Residenciais Terapêuticos, **propositiva**, em consonância com a Política Nacional?

- Faz a releitura do Programa Municipal, entendendo o **fluxo financeiro**;
- Agrega atores da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde e SSCF;
- **Planeja** junto, as novas implementações para 2012;
- Pensa e produz o **cronograma de execução com metas**;
- **Monitora** o fluxo para consolidação em âmbito Municipal dos novos SRTs;
- Provoca o Controle Social do Programa, para dentro dos Serviços (assembleias, conselhos locais). (caixa alta do original)

Não foi à toa que Alice argumentou que esperava a publicação de uma portaria para resolver a questão das vagas nas moradias. Conforme a política nacional descrita no e-mail, não havia previsão de investimento para a criação de residências terapêuticas. Fica explícito que o foco das ações da coordenação não estava nas pessoas que aguardavam na lista de espera, mas na organização do funcionamento das relações em rede de uma forma *propositiva* (que projetava as ações). Entender o fluxo financeiro, participar da gestão, planejar as implementações, elaborar um cronograma de metas, monitorar e tornar consistente o fluxo da demanda e o controle social eram ações que se voltavam para a forma de operar a política de saúde no município. Enquanto isso, as demandas locais seriam justificadas e incluídas no convênio após os trâmites burocráticos previstos no *fluxograma da demanda*. Desse modo, a coordenação dirigia os *atores* para que eles, de forma autônoma, detectassem as necessidades da população e as registrassem em dados quantificáveis, que serviriam para planejar e monitorar futuras implementações de novas moradias.

No entanto, a discussão sobre a necessidade de vagas nas moradias para uma parcela da população que não estava identificada em índices biopolíticos do Estado e, por isso, estava desassistida, evidenciou que cumprir o *fluxograma da demanda* não era garantia de que ela

---

<sup>132</sup> Tive acesso a esse e-mail em uma reunião da *comissão*.



fosse incluída no convênio. Alice, representante da Coordenação de Saúde Mental, acreditava que faltava instrução aos membros da *Comissão de Moradias*, e apresentou a disposição burocrática, que eles já conheciam. Apesar disso, ela não percebeu e/ou não avaliou que essa situação pudesse revelar que o *fluxograma* da coordenação era falho, já que existia descompasso entre a proposta dos *atores*, elaborada a partir dos riscos a que estavam sujeitos os *usuários* que aguardavam vaga, e as análises orçamentárias e organizacionais realizadas pelos gestores municipais. Dito de outra forma, os *atores* seguiram o *fluxograma*, mas as necessidades locais por vagas nas moradias não foram incluídas no texto do Convênio de Cogestão — segundo meus interlocutores, na análise da prefeitura, as demandas que excediam as portarias eram consideradas dispêndio de recursos públicos. Mas não foi só isso: de acordo com o que disse a coordenadora de Saúde Mental, Carla Siqueira Machado, em sua apresentação no evento de moradias, naquele ano (2011) os desafios da Reforma Psiquiátrica, conforme o Colegiado Nacional de Saúde Mental, eram as ações que visavam a assistência dos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua e/ou em conflito com a lei. Dessa forma, o foco da política nacional estava no financiamento de dispositivos que atendessem a essa demanda. Parece-me que a destinação do financiamento para essa política serviu de argumento para a Secretaria de Saúde não investir na ampliação das moradias.

As discussões ocorridas na reunião da *Comissão de Moradias* da qual Alice participou expõem, por um lado, o descompasso entre a regulação da gestão municipal e o saber local, e, por outro, como a Coordenação de Saúde Mental, por meio do *fluxo da demanda*, exercia o governo dos *atores* e fazia a gestão do processo de elaboração de parâmetros para registrar as necessidades da população. A título de exemplo desse descompasso e das complexidades enfrentadas cotidianamente no SRT, é emblemático um trecho da exposição de André Fonseca, diretor do SSCF, no encontro de moradias:

Diante das complexidades e dos desafios que são colocados no trato diário da reforma psiquiátrica, muita gente adota uma postura (principalmente quem é gestor) na tentativa de simplificar o problema que, por vezes, redundando na banalização do cuidado. [...] Já fomos acusados de tutelar demais. Então, esse ponto de equilíbrio entre o cuidado necessário e o cuidado excessivo não é simples de resolver. Por exemplo, explode um botijão de gás em uma moradia que está sob a responsabilidade do SSCF e morrem dois moradores. De quem é a responsabilidade? Do ponto de vista civil, a responsabilidade é da instituição. Do ponto de vista penal, temos que apurar. Você vai [na audiência] e fala para o juiz: a moradia era deles. Mas quem alugou a casa? Eles estão em tratamento sob a responsabilidade de quem? Há essa tensão entre tutela e autonomia, quando se discute o número de RH para acompanhar adequadamente uma realidade, em função daquela complexidade. É necessário analisar esse conjunto de complicadores, toda essa

complexidade, o tempo inteiro. Não podemos simplificar e não existe solução fácil. Então, nós temos que enfrentar a complexidade, a dificuldade, fazendo as mediações que forem possíveis até o limite em que elas forem possíveis. Assumindo os riscos. É impossível fazer isso sem assumir nenhum tipo de risco. É uma realidade que dispensa soluções simplificadoras — que, muitas vezes, o gestor [municipal] decide retirar [o pedido de RH] do convênio achando que não precisa, achando que é demais: “Tem gente demais aqui!”. (Fonseca, 2011)

Nota-se que a prefeitura suprimiu do convênio o pedido de mais recursos humanos por julgar o número de *profissionais* elevado, sem perceber (ou não levar em consideração) os riscos latentes sobre a vida dos *usuários*. A percepção do meu interlocutor, sobre a forma de avaliação e gestão dos riscos como responsabilidade dos *profissionais*, explicita uma forma de *cálculo* de um potencial risco que pode vir a acontecer. Evitar essa forma de análise do risco é o mesmo que não gerenciá-lo e, ao mesmo tempo, negligenciá-lo. Calcular os riscos é uma forma de controlar e disciplinar as incertezas (Rose e Szmukler, 2013: 131), o que acarreta na ideia de agir para prevenir eventos no futuro. Observa-se, no SSCF, o acionamento de instrumentos de auditoria (avaliação, monitoramento, registro, execução das diretrizes) para elaborar novas práticas que se ajustam aos novos contextos e a responsabilidade sobre riscos futuros.

Pode-se afirmar que as reivindicações da nova demanda por SRTs apresentava a necessidade de atualizar e ampliar as regulamentações governamentais. No entanto, o foco da análise, em situações como esta, deve estar não apenas nos problemas, mas também nos efeitos das intervenções e na formulação de saberes estratégicos experimentados em uma situação local. Dessa forma, os arranjos práticos que emergem das soluções e das experiências eficazes devem ser investigados para formalizar as regulamentações políticas da assistência em saúde mental. Ao analisar o processo de implementação de repúblicas na Fundação Casa, em São Paulo, Rolim (2013: 171) assinala que os documentos ministeriais são amplos e ubíquos, e que há necessidade de uma regulamentação local, feita pelos gestores dos serviços. No SRT, os *profissionais* determinam quais *usuários* serão acolhidos, como vão operar o *cuidado* nas moradias, qual será a fonte do financiamento e a relação com a rede de assistência, mas a sua autonomia é regulada pelos administradores do município por meio da distribuição do recurso. Em outras palavras, a autonomia do *profissional* tem um limite, que é controlado por meio dos gastos, e, não, através de argumentos sobre a assistência técnica em saúde. Observa-se que a autonomia regulada das escolhas e decisões dos *profissionais* não está desconectada do jogo da reforma neoliberal, que exige o aumento da racionalidade, do

cálculo quantitativo realizado por técnicos habilitados em explicitar as necessidades do financiamento.

Para os integrantes da *Comissão de Moradias*, a solução mais rápida para administrar o problema do número de vagas no SRT era inserir a proposta de expansão das moradias no texto do Convênio de Cogestão. Este, por um lado, era uma alternativa burocrática para tornar visível uma parcela da população que estava acobertada por um sistema que não conseguia quantificá-la; por outro, era uma alternativa para o financiamento de algumas ações em saúde que não estavam previstas em documentos ministeriais. Um exemplo disso é a *equipe* do SRT, uma vez que, para os documentos ministeriais que regulam esse serviço, os seus *usuários* devem ser assistidos por profissionais de referência dos CAPS. Isso quer dizer que há algumas brechas por meio das quais o SSCF negocia o financiamento público. Esse experimentalismo que aciona as brechas nas jurisdições é uma forma de atualizar o Estado por meio de práticas administrativas<sup>133</sup> (caso dos *usuários* do SRT que não eram egressos de hospitais psiquiátricos; ver tópico 3.4). Tratam-se de acionamentos políticos que, ao invés de enrijecer o Estado, produzem “flexibilidade, em sua possibilidade de avançar e recuar, em sua elasticidade”, como afirma Foucault (2010a: 174). Para a maioria dos meus interlocutores, o problema da regulação do município por meio da limitação dos gastos orçamentários faz do financiamento uma maneira de restringir avanços técnicos e, conseqüentemente, de restringir as melhorias na qualidade do serviço.

Segundo a apresentação de Carla Siqueira Machado no encontro de moradias, uma nova política relacionada às residências terapêuticas estava em discussão, em 2011: a gestão do coordenador geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Roberto Tikanori, estaria analisando a sua função. Era evidente, em seu discurso, que as portarias estavam ultrapassadas em relação à configuração da rede, porque “quando as portarias foram criadas era outro contexto, outra rede e outra necessidade. O Ministério vai reavaliar as moradias através de uma perspectiva intersetorial, ou seja, a política de moradias não será de responsabilidade apenas da área da saúde” (Machado, 2011). Sua explicação apresentava a posição da Coordenação de Saúde Mental de esperar uma nova portaria para regular e incluir os novos casos da lista de espera, ao mesmo tempo em que explicitou o papel da *Comissão de Moradias* e a autonomia regulada dos *profissionais*, que era acionada para criar instrumentos

---

<sup>133</sup> Em sua etnografia sobre um processo de reconhecimento dos direitos territoriais em uma comunidade quilombola, O’Dwyer (2014: 80) analisou situações políticas em que o Estado é mobilizado e atualizado em suas práticas administrativas.

para racionalizar, de forma quantificável, as demandas locais. A Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, por sua vez, formula as portarias, direciona as ações da reforma psiquiátrica, governa a distância a autonomia de gestão dos *profissionais*, procura identificar as necessidades da população assistida nos SRTs, analisa formas de ação e administração dos novos casos que precisavam de moradias.

Ainda de acordo com Carla Machado, o financiamento previsto nas portarias era insuficiente; ela destacou a importância da problematização da realidade, formalizada em documentos, para incitar o debate político: “temos que nos posicionar sempre e encaminhar os documentos, porque eles são instrumentos de negociação que cria situações políticas de conversa” (Machado, 2011). Após a apresentação de Carla, Ruth Cerejo fez o seguinte comentário:

A proposta que nos foi feita na última [reunião da] comissão pela representante da coordenação foi que nós faríamos parte do Colegiado da Mental. [...] A resposta para essa comissão é sair dessa posição solitária e vir para a rede, porque essa é a diretriz do Tikanori. Eu acho também, mas o cenário é um pouco frouxo. A ideia é fazer com que os apoiadores tomem consciência de que em cada distrito tem quatro ou cinco moradores de leito. Eu fico um pouco irritada, porque saber que tem esses moradores, eles já sabem. Agora, pra onde que a gente vai ter que mandar o papel dizendo que tem? Porque estes dados estão lá na planilha; está lá no faturamento da Apac que já é moradores da retaguarda há anos. Esse paciente, quando vier para as moradias, vai vir como egresso, não como novo morador. A partir da próxima reunião, a comissão entra para a rede na tentativa de ampliar a corresponsabilização. (Cerejo, 2011)

A corresponsabilização tinha por objetivo o compartilhamento da responsabilidade no caso de algum acontecimento que colocasse o *usuário* em risco. Seu comentário joga luz sobre as problematizações acerca dos *fluxos da demanda* organizada pela Coordenação de Saúde Mental e sobre a produção de documentos que, mesmo seguindo as lógicas burocráticas, não tiveram o efeito da incorporação das necessidades locais no projeto de financiamento. Os conflitos nas negociações agravaram-se quando os *atores* perceberam que, apesar de cumprirem as orientações da coordenação, as demandas locais por moradias não estavam garantidas no Plano de Ação e Metas das Atividades a Serem Desenvolvidas durante o ano de 2013 (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2013b). Com a renovação do convênio, o que foi previsto para resolver essa demanda foi a reforma em uma das residências para abrigar quatro *usuários* da lista. Considerando que esse financiamento não estava

previsto nas portarias, pode-se afirmar que ele foi garantido no contrato do convênio depois da mobilização política dos *atores* da *Comissão de Moradias*.

Em julho de 2015, uma notícia, num jornal *online*, informou que a Justiça Federal determinou auxílio temporário de 57 reais para complementar a diária (de 42 reais) do financiamento do SUS para cada paciente internado em três hospitais psiquiátricos de Presidente Prudente (SP) (Pacheco, 2015). Já em abril de 2014, os trabalhadores de um desses hospitais manifestavam a sua preocupação e alertavam “as autoridades sobre o risco da instituição paralisar as suas atividades”, porque o recurso que recebia não cobria nem as despesas com água, luz e alimentação dos pacientes, e ia fechar devido à interrupção do recurso pelo Governo Federal (Mescoloti, 2014): o objetivo deste último era inativar leitos e impor a reinserção dos pacientes, o que desospitalizaria sessenta internos. Na época, um requerimento foi encaminhado ao Executivo municipal, exigindo um posicionamento sobre as ações que visavam a renovação do contrato de financiamento para a implementação de uma rede de residências terapêuticas.

Essas notícias destacam alguns elementos que descrevi nesta tese, e reforçam o meu tema central, a política de financiamento destinada à saúde mental em Campinas, a partir da qual analisei o atual jogo político de acesso ao recurso, composto pela mobilização e implicação dos trabalhadores tanto do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira como dos trabalhadores da área da saúde da prefeitura, e pela agência dos documentos. Durante a pesquisa de campo, essas duas formas de fazer política visavam produzir um discurso de transparência para atestar a fiabilidade do SSCF com o uso do recurso, responsabilizar as “autoridades” (o Executivo municipal) para o cumprimento dos acordos e garantir o financiamento.

Diferente do hospital psiquiátrico de Presidente Prudente, que resistia ao processo de desospitalização dos *internos* alegando necessidade de mais recursos para a implantação de uma rede de assistência com moradias, no SSCF os *profissionais* sempre buscaram soluções visando garantir o aporte para sustentar a sua *rede de assistência*, na qual se insere o Serviço Residencial Terapêutico. Em Presidente Prudente, os manifestantes colocavam-se contra uma normatização recente, que estava sendo elaborada: a portaria GM/MS n° 2.840, de 29 de dezembro de 2014, que instituiu o programa de incentivo financeiro de estratégias de

desinstitucionalização e custeio mensal de uma equipe para promover a desospitalização (Ministério da Saúde, 2014). Muito antes, no início da década de 2000, os *profissionais* dos CAPS gerenciados pelo SSCF, que acompanhavam os *usuários* do SRT, problematizaram as suas práticas, criaram a *Comissão de Moradias* e a *equipe das moradias* para acompanhar os *moradores* daquele e para desospitalizar os *internos* menos autônomos, o que se efetivou em 2005. Aqui, procurei mostrar como as mudanças no SSCF foram efeito dos acontecimentos, das articulações políticas e da fabricação do Convênio de Cogestão da saúde mental que possibilitaram a reforma antes de suas normatizações de financiamento.

Na tese, ao descrever a fabricação da política na elaboração e nas negociações do Convênio de Cogestão renovado em maio de 2012, interessava-me evidenciar a maneira como os *atores*, na Comissão de Acompanhamento do Convênio ou em outros espaços institucionais, refletiam sobre a forma e o conteúdo das informações que seriam divulgadas ou registradas no texto daquele. A escrita de documentos é uma maneira técnica de fazer política; a forma de expor as informações e o seu formato (implícito ou explícito) no texto são escolhas políticas. A articulação dos *atores* da Comissão de Acompanhamento do Convênio com *agentes estratégicos*, a seleção das informações a serem divulgadas, as maneiras de contemplar ou não uma demanda de financiamento, o cuidado com a escrita para não limitar as ações do SSCF e para deixar brechas que assegurem a sua autonomia são formas de fazer política. A composição da redação, a escolha das palavras e as brechas inseridas são *estratégias* para garantir a ação de maneira não evidente no texto, as quais são pensadas e *calculadas* para prever situações futuras, ou precaver-se delas. Como afirmavam os meus interlocutores, a fabricação do Convênio de Cogestão da saúde mental é uma forma de fazer política por meio da escrita.

Ao contar a história da reforma no modelo de assistência psiquiátrica do SSCF, procurei mostrar as mudanças trazidas por esse processo que foram anteriores às normatizações federais, caso das práticas de *reabilitação* dos *internos*, da implementação das moradias e de sua *equipe*. Com isso, minha intenção foi explicitar como o Governo Federal organiza a gestão das mudanças através da regulação em portarias, que são formuladas a partir de informações sobre a efetividade do processo de reforma. Esta é medida pela expansão de técnicas de avaliação, que incluem formas de *cálculo* e a criação de indicadores de desempenho. A prática contínua de avaliação substituiu os acordos verbais por documentos escritos, utilizados para negociar o financiamento, e intensificou-se depois da atualização da

lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, que regulamenta as relações de parceria e exige documentos técnicos (projetos, cronogramas, resultados, prestação de contas), relatórios e auditorias para a verificação da “correta aplicação” dos recursos (Brasil, 1999a). Segundo o discurso dos meus interlocutores, tais exigências diminuem a autonomia do SSCF em destinar o recurso para projetos criativos e para as necessidades mais urgentes. Argumento que as práticas de avaliação, a exigência de transparência e de responsabilidade não são apenas o aprimoramento das técnicas de gestão e da relação de *cuidado*, mas formas de governo e de regulação que direcionam a conduta dos *profissionais* em suas experiências da reforma. Na experiência das clínicas *do cuidado e da reabilitação*, a disseminação de técnicas de auditoria produz uma maneira de examinar as práticas conectadas a uma forma de quantificar e de elaborar resultados em uma linguagem que permite a sua inspeção e o seu gerenciamento, pelo município e pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de, a distância, monitorar e governar a vida dos *usuários*, bem como a organização institucional das intervenções de *cuidado dos profissionais* nas moradias.

A partir do discurso mnemônico dos meus interlocutores, procurei detalhar as modificações que aconteceram no SSCF na década de 1990, principalmente as mudanças técnicas, que produziram um *cuidado* elaborado a partir da singularidade dos *usuários* que se mostrou diferente do tratamento investido de forma coletiva na ala hospitalar. No SRT do SSCF, a singularidade dos *usuários* é *calculada* por meio de índices analíticos — suas idiosincrasias e manifestações mórbidas, os aspectos sociais e políticos como, por exemplo, a situação de precariedade social, o *sofrimento* e a “qualidade de vida” —, que são racionalizados em dados que legitimam as intervenções e o financiamento. Apresentei a atualização da forma de operar as práticas de *cuidado* nas moradias a partir do processo de *reabilitação* de Valentina. Com isso, descrevi como as mudanças institucionais afetaram a sua história de vida e como os *profissionais*, ao avaliar suas intervenções e planejar suas ações com o intuito de torná-las inteligíveis em uma linguagem, afirmam, por vezes, os limites das normatizações e das políticas de saúde mental. No SSCF, fazer política imbrica-se a tornar visíveis as problematizações transcritas em documentos, que são acionados pelos *profissionais* para elaborar a gestão dos *usuários* e os objetivos institucionais que atestam a confiabilidade e sustentam o acordo de financiamento.

Também procurei expor a emergência de práticas que consideram a singularidade dos *usuários*, que é captada por meio da *escuta terapêutica*, na relação de *vínculo* e de



responsabilidade do *profissional de referência*. Os *profissionais* afirmavam que as intervenções singulares são eficazes, uma vez que produzem uma relação de adesão, ou *cogestão*, na qual os *usuários* participam, são orientados a se autoavaliar e a compartilhar o seu *sofrimento*. A singularidade, considerada um saber individual, é problematizada, racionalizada e registrada em documentos institucionais, que são utilizados para planejar as *metas* de gestão dos *usuários* escritas em seu PTI. Racionalizar as informações singulares em documentos tem, como efeito, a disseminação de informações para o *cálculo* e a avaliação das experiências consideradas efetivas como intervenção de *cuidado*. Esse procedimento transforma as informações em conhecimento singular, o qual é conectado aos discursos político e teórico que autorizam o *cuidado* e as práticas de governo; o discurso político, por sua vez, indica como as intervenções são operadas como políticas públicas.

Ao descrever a forma de organização da *equipe* do SRT em suas práticas e reuniões, consideradas indispensáveis para a produção da assistência aos *usuários* nas moradias, meu objetivo foi mostrar como os *profissionais* operam a *política do caso clínico* na relação de *cogestão* com o *usuário*, que é orientado a se tornar aliado das práticas de governo. A *tecnologia de cuidado*, além de produzir relações, mediações, *vínculos* e responsabilização, orienta o *usuário* para os objetivos institucionais da desospitalização. Como o *cuidado* não é determinado pela categoria fixa do diagnóstico e as ações terapêuticas não visam à cura, ele é acompanhado e monitorado conforme o *cálculo* de suas necessidades e de suas respostas às intervenções terapêuticas. A observação realizada na *equipe* do SRT me permitiu perceber como as intervenções de *reabilitação* se tornaram contínuas por meio da prática do *manejo terapêutico*, que busca prevenir os riscos e acompanhar (em algumas moradias, como a de *alta complexidade*, ou 24 horas) o *usuário*. Destaquei a problematização dos *profissionais*, de que o SRT é um *dispositivo de saúde* em razão de suas práticas clínicas, seus *cuidados* geriátricos e controle dos sintomas psiquiátricos, que visam melhorar a “qualidade de vida” e prevenir e amenizar o *sofrimento* do *usuário*, índices necessários para quantificar a sua efetividade e justificar o financiamento.

A parceria implícita na relação de *cogestão* prevê o monitoramento e o acompanhamento das relações por meio dos saberes e práticas psi, que são acionados no planejamento e no direcionamento dos projetos de vida e nas intervenções elaboradas a partir dos desejos, das motivações, das necessidades e do PTI dos *usuários*. Os *profissionais* fazem a gestão dos problemas cotidianos e avaliam as práticas do SRT para aprimorar o *cuidado*, e o

resultado dessa avaliação é inscrito, no Plano de Metas desse serviço, em uma linguagem de planejamento — e o conjunto de documentos com informações sobre os serviços compõe o texto do convênio negociado com a prefeitura. Meus interlocutores consideram que produzir esse documento é uma ação “democrática”. Nesse processo, as necessidades individuais dos *usuários* são registradas e tornadas visíveis para os administradores do município. É através do indicador de *mobilidade do usuário*, criado pelos *profissionais* do SRT a partir do trajeto de circulação daqueles, que estes avaliam a efetividade do processo de *reabilitação*. As informações resultantes das avaliações são disponibilizadas para a prefeitura como dados que complementam os índices biopolíticos e afirmam a necessidade do financiamento.

Para analisar a *clínica do detalhe*, tomei por base as enunciações dos *profissionais* nas reuniões da *equipe das moradias* e nas reuniões de *supervisão*: ela é composta pela *clínica do cuidado* (que assiste as doenças crônicas, controla os sintomas psiquiátricos, *ajusta* a medicação, monitora a alimentação e a higiene dos *moradores*) e pela *clínica da reabilitação* (que acompanha a sua circulação e o seu projeto de vida). As intervenções da *clínica do detalhe* são discutidas em *equipe* e formalizadas no documento do *caso clínico*, instrumento de avaliação, de registro das informações da história de vida e das demandas do *usuário* que expõe a sua subjetividade e as suas motivações em termos *calculáveis*. A discussão do *caso clínico* fornece um saber acerca da singularidade daqueles, saber que é acionado na fabricação de práticas de governo, as quais são justificadas por um discurso de segurança que visa prevenir riscos futuros. Assim, os *profissionais* inventam mecanismos para agir sobre a vida dos *usuários* e para direcioná-la aos seus propósitos institucionais, que não estão desconectados dos objetivos da reforma em seu modelo de assistência e que procuram atender às recomendações ministeriais. No SSCE, as práticas e os saberes psi são inerentes ao exercício do poder político, ao gerenciamento institucional, ao processo de verificação e racionalização das necessidades dos *usuários* em sua realidade nas moradias. As informações que resultam do processo de avaliação e problematização são registradas em documentos que atestam os limites da política de financiamento em saúde mental.

A partir dos acontecimentos e negociações relacionados à renovação do Convênio de Cogestão da saúde mental em 2012, que observei, busquei descrever como os *atores* da *Comissão de Moradias* avaliavam a realidade local e produziam parâmetros para o *cálculo* da demanda por vagas no SRT não contemplada na política oficial. O ponto de maior conflito das discussões estava na proposta de ampliação das moradias, que foi extirpada do texto do

convênio, e, assim, este não garantiu a assistência aos *usuários* que aguardavam na lista de espera — na sua justificativa, a Coordenação de Saúde Mental de Campinas alegou que a prefeitura direciona o seu investimento financeiro tendo por base critérios biopolíticos previstos nos documentos ministeriais. Analisei as *estratégias* políticas dos *atores* da *Comissão de Moradias*, que procuravam encontrar soluções de habitação para a nova demanda de *usuários* (que estavam morando em serviços da rede de assistência de Campinas) por meio da fabricação de documentos que produziam discussões políticas e pela conexão com os *agentes estratégicos* que participavam da formulação do texto do convênio. Expliquei os trâmites burocráticos de papéis e pessoas que a demanda local precisou percorrer para ser identificada e gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde. Ao expor como a *Comissão de Moradias* cria os parâmetros para verificar e registrar a demanda por moradias, minha intenção foi jogar luz sobre as novas técnicas de auditoria e registro da população assistida e explorar como se configuram as novas formas de governo dos *profissionais* por meio do controle indireto do gerenciamento público. De forma implícita, o controle age sobre os seus interesses e desejos, estimulando-os a serem responsáveis em participar, em refletir e a aprimorar as suas intervenções e a organização institucional. No processo de reforma do SSCF, os *profissionais* elaboram parâmetros que racionalizam e *calculam* a realidade local em termos de recurso econômico, tornando-se alvo das práticas de governo e do controle gerencial.

No convênio negociado com a Secretaria Municipal de Saúde, esta direciona os investimentos para os seus objetivos, que estão apoiados nas normatizações ministeriais. Observa-se o funcionamento do mecanismo de governo do município na gestão do orçamento e nas práticas de auditoria, e, por vezes, ele exerce coação e vigilância, reduzindo a complexidade das relações de *cuidado* aos dados quantificáveis dos indicadores biopolíticos, regulando as experiências e responsabilizando os *profissionais* pela gestão dos *usuários*. Nesse sentido, as ações políticas do SSCF não estão desvinculadas das medidas regulatórias do Ministério da Saúde, que governa o processo de reforma e a organização do *cuidado* nas moradias utilizando-se de indicadores, projeto de *metas* e *cálculo* de desempenho. Os *profissionais* são capacitados para acionar práticas de avaliação com o intuito de encontrar soluções para a gestão dos problemas sociais e também para quantificar as experiências, verificando seus resultados no aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde e na melhora da “qualidade de vida” dos *usuários*. Além disso, são habilitados e conduzidos ao autoexame, à participação, a serem flexíveis, disciplinados e *resilientes*.

Busquei descrever como os *profissionais* anunciam os dados de forma *calculada* com o objetivo de afirmar a eficiência, transparência, confiabilidade e responsabilidade do SSCF com o recurso, ou seja, que age de acordo com as normatizações do Ministério da Saúde. O problema dessa forma de operar o gerenciamento da reforma não está em exigir que o uso do recurso seja exposto para verificação, mas quando a responsabilidade institucional é confundida com a contabilidade e produz uma forma de responder apenas em termos de efetividade, rendimento e desempenho. Por meio do financiamento, o Ministério da Saúde direciona a conduta dos *profissionais* do SRT e exige responsabilização com o uso do recurso, o que resulta na necessidade de verificação permanente do desempenho individual e do serviço. A Prefeitura de Campinas regula as ações do SSCF através da disponibilidade do recurso econômico. A estratégia de gestão que ela utiliza para o governo das atividades de implementação e atualização da reforma pode ser observada no *cálculo* do orçamento previsto no convênio. Os serviços de saúde foram e são incentivados a qualificar os seus parâmetros, a aprimorar sua capacidade de mensurar o desempenho e de (re)planejar *metas*. Dito de outra forma, o SUS transfere às instituições certa autonomia para criar os parâmetros que são acionados para responsabilizar os *atores* pela gestão de suas próprias ações e pela transparência com o emprego do recurso público, indicadores que visam tornar a sua conduta auditável.

Enfim, os *profissionais*, ao tornarem a prática de auditoria imbricada à prática clínica, em um jogo político que aciona a estratégia do *cálculo*, produziram uma forma de garantir autonomia (tanto para os *usuários* como para os *profissionais* e o SSCF) através da elaboração de indicadores. Contudo, ficam à mercê das decisões dos administradores municipais, que escapam ao jogo da auditoria. Como os próprios *profissionais* afirmavam, a prefeitura desconsidera, ou não percebe, as necessidades detectadas pelas avaliações técnicas. A sua lógica é outra, e está fora do meu recorte etnográfico, mas pode ser explicada a partir do discurso e das noções dos meus interlocutores descritas nesta etnografia. No jogo político que perpassa a relação entre o SSCF e a prefeitura, falta *escuta*, *ajuste*, *manejo* dela em relação às demandas detectadas localmente. Como não *escuta* as demandas, estas não circulam nos espaços de tomada de decisão, e não são atendidas, *manejadas* — e, conseqüentemente, não há autonomia para o SSCF.

ACKER, F. 2005. Infirmières: des pratiques en redéfinition. **Sciences Humaines** - La santé, un enjeu de société, hors-série, Auxerre, n.48, mar.-mai.

AMARANTE, P. 1995. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

ANTONIO, M.C.A. 2010. **A metonímia do desejo: estudo etnográfico da clínica lacaniana em Londrina-Pr**. 122f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

\_\_\_\_\_. 2015. **A ética do desejo: estudo etnográfico da formação de psicanalistas em uma instituição lacaniana de psicanálise**. 296f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

ARBEX, D. 2013. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Ed. Geração.

AZEVEDO, M.A.F.; FELIPE, C. 2001. **Colorindo uma casa branca**. Vídeo, doc, cor, son, 20”25’. **Postado em 3 de setembro de 2012 por Maluco Beleza**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=ZmF0k0lmQIs>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

AZIZE, R.L. 2006. Saúde e estilo de vida: divulgação e consumo de medicamentos em camadas médias urbanas. In: LEITÃO, D.K. *et al.* (org.). **Antropologia e consumo: diálogos entre Brasil e Argentina**. Porto Alegre: Ed. AGE. p.119-137.

\_\_\_\_\_. 2008. Uma neuro-weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. **Mana**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.7-30.

BARROS, S.; BICHAFF, R. (org.). 2008. **Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo**. São Paulo: Fundap/Secretaria da Saúde.

BASAGLIA, F. 1985. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal.

BEDIN, B.V. 2009. **Reflexões sobre as práticas grupais nos Centros de Atenção Psicossocial: uma interface com a clínica lacaniana da psicose**. 118f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

BEVILAQUA, C.B. 2011a Normas jurídicas e agências não-humanas: o caso dos cães “perigosos”. **Avá - Revista de Antropologia**, Misiones, n.19, p.199-225.

\_\_\_\_\_. 2011b. Chimpanzés em juízo: pessoas, coisas e diferenças. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.17, n.35, p.65-102, jan.-jun.

BEZERRA JR., B. 1994. De médico, de louco e de todo mundo um pouco. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (org.). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro. Relume-Dumará. p.171-191.

BEZERRA, M.O. 2012. Estado, representação política e corrupção: um olhar antropológico sobre a formulação de fronteiras sociais. **Crítica e Sociedade: revista de cultura política - Dossiê Cultura e Política**, v.2, n.2, p.64-80, dez.

BEZERRA, M.O.; HEREDIA, B.M.A.; PALMEIRA, M. 2012 . Introdução. In: HEREDIA, B.M.A.; PALMEIRA, M. (org.). **Política, governo e participação popular: conselhos, orçamento participativo e outras experiências**. Rio de Janeiro: 7Letras. p.11-43.

BICHARA, P.F. 2007. Psicanálise e saúde mental. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec. p.220-227.

BIEHL, J. 2005. **Vita: life in a zone of social abandonment**. Photographs by Torben Eskerod. Berkeley: University of California Press.

\_\_\_\_\_. 2007. Pharmaceutical Governance. In: PETRYNA, A.; LAKOFF, A.; KLEINMAN, A. (ed.). **Global pharmaceuticals: ethics, markets, practices**. Durham: Duke Press University. p.206-239.

\_\_\_\_\_. 2008. Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v.51, n.2, p.413-449, jul.-dez.

\_\_\_\_\_. 2011. Antropologia no campo da saúde global. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.17, n.35, 257-296, jan.-jun.

\_\_\_\_\_. 2013. Conferência inaugural. In: ENCUESTRO DE DERECHO A LA SALUD Y SISTEMAS DE SALUD, 3., 2013, Brasília. **Proceedings...** Brasília. Vídeo, cor., son., 58”52’. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=UW\\_ZUbxHXh0](https://www.youtube.com/watch?v=UW_ZUbxHXh0)>. Acesso em: 12 maio 2014.

BIEHL, J.; MORAN-THOMAS, A. 2009. Symptom: subjectivities, social ills, technologies. **The Annual Review of Anthropology**, v.38, p.267-288, oct.

BOSA, B. 2008. À l’épreuve des comités d’éthique. Des codes aux pratiques. In: FASSIN, D.; BENZA, A. (dir.). **Les politiques de l’enquête. Épreuves ethnographiques**. Paris: La Découverte, p.205-225. (Coll. Bibliothèque de l’Iris).

BOURDIEU, P. 1996. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. São Paulo: Papirus.

BROUSSE, M.-H. 2007. Do que sofremos?. **Entrevários - Revista de Psicanálise e Saúde Mental**, São Paulo, n.1, p.9-13, nov.

CANESQUI, A.M. 2003. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.109-124.

CARDOSO, M.D. 1999. **Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade**. São Carlos: Fapesp/EdUFSCar.

\_\_\_\_\_. 2002. Psiquiatria e antropologia: notas sobre um debate inconcluso. **Ilha -Revista de Antropologia**, Florianópolis, v.4, n.1, p.85-113, jul.

CARVALHO, E.N. 2004. A reforma psiquiátrica no Brasil: limites e impasses dos processos de cidadanização e singularização no atendimento às classes populares. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 28, Caxambu. **Anais...** p.1-30. Disponível em: <[http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=3938&Itemid=319](http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=3938&Itemid=319)>. Acesso em: 14 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. 2014. A malha nervosa da reforma psiquiátrica no Brasil: limites e impasses do atendimento aos grupos populares urbanos. **Ciências Humanas e Sociais em Revista**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, p.38-54, jul.-dez.

CARVALHO, M. 2014a. Dilemas na/da Reforma Psiquiátrica: notas etnográficas sobre o cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (org.). **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, p.79-104.

\_\_\_\_\_. 2014b. Família no CAPS, família no território: etnografando encontros entre equipe profissional e familiares de usuários de um serviço de saúde mental. **Ciências Humanas e Sociais em Revista - Dossiê Saúde Mental**, v.36, n.1, p.68-80.

CASTEL, R. 1978. **O psicanalismo**. Rio de Janeiro: Graal.

\_\_\_\_\_. 1983. De la dangerosité au risque. **Actes de la recherche em sciences sciales**, Paris, v.47-48, p.119-127, juin.

\_\_\_\_\_. 1987. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

CASTRO, C.; CUNHA, O.M.G. 2005. Quando o campo é um arquivo. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, n.36, p.3-5, jul.-dez.

CASTRO, R. 2012. Antropologia dos medicamentos: uma revisão teórico metodológica. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFScar**, v.4, n.1, 146-175, jan.-jun.

CAVALCANTE, F.G.; GOLDSON, E. 2009. Avanços na implantação de políticas e ações no campo da deficiência e da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.4-4, jan.-fev.

CHAUVIN, P.; PARIZOT, I. 2010. Précarité. In: FASSIN, D.; HAURAY, B. (dir.). **Santé publique. L'état des savoirs**. Paris: La Découverte. p.279-290.

CHAVES, A.C.; SHIRAKAWA, I. 1997. Diretrizes clínicas para o uso da clozapina. **Psychiatry on line Brasil**, v.2, n.10, out.

COELHO, J.A.G. 2011. **Saberes e práticas de saúde em campo: um olhar antropológico sobre a estratégia de saúde da família na Praia Azul – SP**. 179f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

COLLIER, S.J. 2005. Budgets and biopolitics. In: ONG, A.; COLLIER, S.J. (org.). **Global assemblages. Technology, politics, and ethics as anthropological problems**. Melbourne: Blackwell Publishing. p.373-390.

COMERFORD, J. 2001. Reuniões camponesas, sociabilidades e lutas simbólicas. In: PEIRANO, M. (org.). **O dito e o feito: ensaios de antropologia dos rituais**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. p.149-168.

COOPER, D. 1973. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva.

COSTA, N. do R. *et al.* 2011. Atores, política pública e instituições da reforma psiquiátrica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4576-4576, dez.

COUTANT, I. 2012. **Troubles en psychiatrie. Enquête dans une unité pour adolescents**. Paris: La Dispute. (Coll. Corps santé société)

DE SORDI, G.S. 2010. **Agentes decisores e a formulação da política de Saúde Mental do município de Campinas: 2001 a 2004**. 127f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

DELEUZE, G. 1990. **O que é um dispositivo?**. Tradução por Wanderson Flor do Nascimento. Disponível em: <<http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/deleuze-gilles/o-que-e-um-dispositivo>>. Acesso em: 18 maio 2015.

\_\_\_\_\_. 2004a. **A ilha deserta e outros textos**. São Paulo: Iluminuras.

\_\_\_\_\_. 2004b. Prefácio: três problemas de grupo. In: GUATTARI, F. **Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional**. Tradução de Adail Ubirajara Sobral, Maria Stela Gonçalves. Aparecida: Idéias & Letras. p.7-19.

\_\_\_\_\_. 2007. **Conversações, 1972-1990**. Tradução por Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34. (Coleção TRANS)

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. 2007. Entrevista sobre o Anti-Édipo (com Félix Guatarri). In: DELEUZE, G. **Conversações, 1972-1990**. Tradução por Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34. p.23-36. (Coleção TRANS) (entrevista concedida a entrevista a Catherine Backès-Clément, originalmente publicada na revista L'Arc, n.49, em 1972)

DEWEY, J. 2005. 2010. **Le public et ses problèmes**. Traduit de l'anglais (Etats-Unis) et présenté par Joëlle Zask. Paris: Gallimard. (Coll. Folio Essais, n. 533)



DIAS, M.K. 2007. **Centros de Atenção Psicossocial: do modelo institucional à experiência social da doença**. 262f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

DIEGUEZ, C. 2008. Eletrochoque. **Revista Piauí**, 21, seção Questões mentais, junho de 2008. Disponível em: <<http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-21/questoes-mentais/eletrochoque>>. Acesso em: 5 mar. 2015.

DONZELOT, J. 1981. Espacio cerrado, trabajo y moralizacion. Génesis y transformaciones paralelas de la prisión y del manicomio. In: DONZELOT, J. *et al.* **Espacios de poder**. Traducción: Julia Varela y Fernando Alvarez-Uría. Madrid: Ed. de La Piqueta. p.27-51. (Colección Genealogía del poder)

\_\_\_\_\_. 2001. **A polícia das famílias**. Tradução de M. T. da Costa Albuquerque; revisão técnica de J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal.

DUARTE, L.F.D. 1986. **Da vida nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPq.

\_\_\_\_\_. 1994. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral?. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. (org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. p.83-90.

DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (org.). 1998. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. (Coleção Antropologia e Saúde)

EMERICH, K.; KRUEL, M. (dir.). 2008. **Ruínas da loucura**. Prod.: Cris Reque. Roteiro: Karine Emerich; Porto Alegre. Vídeo, doc, cor, son, 26 min.

FARIAS, W.; SONIM, D.N. 2014. **O Capa-Branca: de funcionário a paciente de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil**. São Paulo: Terceiro Nome.

FASSIN, D. 2004. Le corps exposé. Essai d'économie morale de l'illégitimité. In: FASSIN, D.; MEMMI, D. (dir.). **Le gouvernement des corps**. Paris: Éditions de l'EHESS. p.237-266.

\_\_\_\_\_. 2010. **La raison humanitaire: une histoire morale du temps présent**. Paris: Éditions Gallimard/Seuil. (Coll. Hautes études)

FASSIN, D.; RECHTMAN, R. 2007. **L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime**. Paris: Editions Flammarion. (Series La bibliothèque des savoirs)

FERREIRA, C.B.C. 2013. *Ver com os olhos dos outros: (des)encontros e afetos em incursões etnográficas*. **Intratextos**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.75-94.

FLEISCHER, S. 2012. Uso e circulação de medicamentos em um bairro popular urbano na Ceilândia, DF. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.2, p.410-423, abr.-jun.

FLORINI, A. 2003. **The coming democracy: new rules for running a new world**. London: Island Press.

FONSECA, A.L.C. 2010. **O ente público não-estatal no direito brasileiro**. 44f. Monografia (Especialização em Direito Sanitário) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

FONTES, A.; SORJA, B. 2012. O care como um regime estratificado: implicações de gênero e classe social. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N.A. (org.). **Cuidados e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Ed. Atlas. p.103-116.

FOUCAULT, M. 2002. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes.

\_\_\_\_\_. 2004a. O nascimento do hospital. In: \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. p.99-111.

\_\_\_\_\_. 2004b. Soberania e disciplina: curso do Collège de France, 14 de janeiro de 1976. In: \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. p.179-191.

\_\_\_\_\_. 2004c. Sobre a história da sexualidade. In: \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. p.243-276.

\_\_\_\_\_. 2006a. A “governamentalidade”. In: \_\_\_\_\_. **Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber**. Organização e seleção de textos, Manoel Barros da Motta; tradução de Vera Lucia Avellar Ribeiro. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense. p.281-305.

\_\_\_\_\_. 2006b A vida dos homens infames. In: \_\_\_\_\_. **Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber**. Organização e seleção de textos, Manoel Barros da Motta; tradução de Vera Lucia Avellar Ribeiro. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense. p.203-222.

\_\_\_\_\_. 2006c. Foucault estuda a razão de Estado: entrevista. In: \_\_\_\_\_. **Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber**. Organização e seleção de textos, Manoel Barros da Motta; tradução de Vera Lucia Avellar Ribeiro. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense. p.317-322.

\_\_\_\_\_. 2006d. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: \_\_\_\_\_. **Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber**. Organização e seleção de textos, Manoel Barros da Motta; tradução de Vera Lucia Avellar Ribeiro. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense. p.335-351.

\_\_\_\_\_. 2006e. **O poder psiquiátrico**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.

\_\_\_\_\_. 2008. **Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977 – 1978)**. São Paulo: Martins Fontes.

\_\_\_\_\_. 2010a. Michel Foucault: a segurança e o Estado. Entrevista. In: \_\_\_\_\_. **Ditos e escritos VI: estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. p.170-175.

\_\_\_\_\_. 2010b. Sexualidade e poder. In: \_\_\_\_\_. **Ditos e escritos V: ética, sexualidade, política**. Organização e seleção de textos, Manoel Barros da Motta; tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. p.56-76.

\_\_\_\_\_. 2011a. **Do governo dos vivos: curso no Collège de France, 1979-1980: excertos**. Tradução e transcrição de Nildo Avelino. 2.ed. revista e ampl. São Paulo: Centro de Cultural Social/Rio de Janeiro: Achiamé.

\_\_\_\_\_. 2011b. **Nascimento da biopolítica**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.

\_\_\_\_\_. 2011c. O nascimento da biopolítica. In: \_\_\_\_\_. **Ditos e escritos VII: arte, epistemologia, filosofia e história da medicina**. São Paulo: Forense Universitária. p.459-466.

FURTADO, J.P. 2001a. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes cronicados: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS Estação. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec. p.37-58.

\_\_\_\_\_. 2001b. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.165-181.

\_\_\_\_\_. [2012]. Construções imperfeitas: hospitalidade aos doentes mentais no Brasil. In: \_\_\_\_\_.; NAKAMURA, E. (org.). **Inserção social e habitação de pessoas com sofrimento mental grave: um estudo avaliativo**. p.16-35. (mimeo)

\_\_\_\_\_. 2013. Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. **Interface**, Botucatu, v.17, n.46, p.635-647, jul.-set.

FURTADO, J.P. *et al.* 2013. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.12, p.3683-3693, dez.

FURTADO, J.P.; NAKAMURA, E. [2012]. Conclusões e proposições. In: FURTADO, J.P.; NAKAMURA, E. (org.). **Inserção social e habitação de pessoas com sofrimento mental grave: um estudo avaliativo**. p.336-352. (mimeo)

FURTADO, J.P.; NAKAMURA, E. (org.) 2014. **Inserção social e habitação de pessoas com sofrimento mental grave: um estudo avaliativo**. São Paulo: Ed. Unifesp.

GEERTZ, C. 1997. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis: Vozes.

GIRI, A. 2000. Audited accountability and the imperative of responsibility: beyond the primacy of the political. In: STRATHERN, M. (ed.). **Audit cultures: anthropological**

**studies in accountability, ethics and the academy**. London/New York: Taylor & Francis e-Library. p.173-195.

GOFFMAN, E. 1996. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva.

GOLDMAN, M. 2006. **Como funciona a democracia: uma teoria etnográfica da política**. Rio de Janeiro: 7letras.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. 2007. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes.

GUÉRIOS, P.R. 2011. O estudo de trajetórias de vida nas ciências sociais: trabalhando com as diferenças de escalas. **Campos – Revista de Antropologia Social**, v.12, n.1, p.9-29.

GUIMARÃES, N.A.; HIRATA, H.; SUGITA, K. 2012. Cuidados e cuidadoras: trabalho do care no Brasil, França e Japão. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N.A. (org.). **Cuidados e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Ed. Atlas. p.79-102.

GUITA, D. 2012. Imigrantes, Estado e família: o cuidado do idoso e suas vicissitudes. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N.A. (org.). **Cuidados e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Ed. Atlas. p.217-233

HALBWACHS, M. 1990. **A memória coletiva**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais.

HANDLER, R. 1988. **Nationalism and the politics of culture in Quebec**. Madison: University of Wisconsin Press.

HARARI, A.; VALENTINI, W. (org.). 2001. **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec.

HATZFELD, H. 1963. **Le grand tournant de la médecine libérale**. Paris: Les éditions ouvrières.

HENCKES, N. 2007. **Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après guerre aux années 1970**. 820f. Thèse (Doctorat em Sociologie) - École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris.

HERZFELD, M. 1992. **The social production of indifference. Exploring the symbolic roots of western Bureaucracy**. Chicago: The University of Chicago Press.

\_\_\_\_\_. 2001. **Antropologia: prática teórica na cultura e na sociedade**. Petrópolis: Vozes.

\_\_\_\_\_. 2008. **Intimidade cultural. Poética social no Estado-Nação**. Lisboa: Edições 70.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N.A. (org.). 2012. **Cuidados e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Ed. Atlas. p.236.

HULL, E. 2012. Paperwork and the contradictions of accountability in a South African hospital. **Journal of the Royal Anthropological Institute**, N.S., v.18, n.3, p.613-632.

- KILSZTAJN, S. *et al.* 2008. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.10, p.2354-2362, out.
- KOBELINSKY, C. 2010. **L'accueil des demandeurs d'asile. Une ethnographie de l'attente.** Paris: Éditions du Cygne.
- KOFES, S. 2001. **Uma trajetória, em narrativas.** Campinas: Mercado das Letras.
- LAKOFF, A. 2008. **La raison pharmaceutique.** Paris: Les Empêcheurs de penser en rond.
- LANCETTI, A. 2006. **Clínica peripatética.** São Paulo: Hucitec,
- LATOUR, B. 1986. Visualization and cognition: thinking with eyes and hands. **Knowledge and Society: Studies in the Sociology of Culture Past and Present**, v.6, p.1-40, 1986. Disponível em: <[http://hci.ucsd.edu/10/readings/Latour\(1986\).pdf](http://hci.ucsd.edu/10/readings/Latour(1986).pdf)>. Acesso em: 14 out. 2013.
- LAURENT, E. 2008. Interpretar a psicose no cotidiano. **Entrevários - Revista de Psicanálise e Saúde Mental**, São Paulo, n.2, p.9-21, abr.
- LEIRNER, P.C. 1997. **Meia-volta volver: um estudo antropológico sobre a hierarquia militar.** Rio de Janeiro: Ed. FGV.
- \_\_\_\_\_. 2014. O campo do “centro”, na “periferia” da antropologia. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v.57, n.1. p.85-118.
- LEMKE, R.A.; SILVA, R.A.N. 2010. A busca ativa como princípio político de cuidado no território. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.281-295, jan./mar. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a18.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2015.
- \_\_\_\_\_. 2011. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.979-1004.
- LÉZÉ, S. 2008. Résister à l'enquête? Le chercheur face à l'autorité des analystes. In: FASSIN, D.; BENZA, A. **Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques.** Paris: La Découverte. p.261-276. (Coll. Bibliothèque de l'Iris)
- LOUGON, M. 1987. **Os caminhos da mudança – alienados, alienistas e a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica pública.** 198f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- LOVISI, G.M. 2000. **Avaliação de distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói.** 167f. (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro.

MALUF, S.W. 1999. Antropologia, narrativas e a busca de sentido. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.5, n.12, p.69-82, dez.

MANICA, D.T. 2012. A vida social dos medicamentos: etnografias e escolhas. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSscar**, v.4, n.1, 176-188, jan.-jun.

MARQUES, A.L.; MÂNGIA, E.F. 2012. Ser, estar, habitar: serviços residenciais terapêuticos no município de Campinas, SP. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.23, n.3, p.245-252, set.-dez.

MARRAS, S. 2012. Os medicamentos e seus ambientes: o local como condição para o universal. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSscar**, v.4, n.1, p.235-246, jan.-jun.

MARTINEZ, M.M. 2011. **Andando e parando pelos trechos: uma etnografia das trajetórias de rua em São Carlos**. 166f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

MATAS, J. 2014. Introduction. **Revue des Sciences Sociales, Université de Strasbourg - Vers une société du care?**, n.52, p.8-11.

MERHY, E.E. 2005. **Engravidando as palavras: o caso da integralidade**. 14p. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. 2012. **Entrevista concedida a Maria Eugênia Carnevalli, no programa Palavras e Cores, da Rádio Online Maluco Beleza**, em maio de 2012. 48'45". Disponível em: <[http://candido.org.br/arquivos/doc\\_download/1093-palavras-e-cores-037](http://candido.org.br/arquivos/doc_download/1093-palavras-e-cores-037)>. Acesso em: 13 jun. 2015.

MILLIGAN, C. 2012. **There's no place like home? Technology and the shifting to topology of care**. In: PRENDRE SOIN HORS LES MURS: PRATIQUES DE PRISES EN CHARGE, CARE ET INEGALITES DE SANTE DANS UN MONDE DESHOSPITALISE, Paris, 29 e 30 de novembro. Conferência.

MINAYO, M.C.S. 2013. Qualidade de vida e valores existenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.7, p.1868, jul.

MITCHELL, T. 2002. **Rule of experts: Egypt, techno-politics, modernity**. Berkeley: University of California Press.

MONNERAT, S.B. 2009. **Trajetórias, acusações e sociabilidade: uma etnografia em um centro de convivência para pacientes psiquiátricos**. 99f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. 2010. **Atenção à saúde mental: estudo comparativo entre um serviço público e um particular**. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 2, Pelotas, 8

a 11 de junho. Disponível em: <<http://www2.ufpel.edu.br/ifisp/ppgs/eics/old/2010/arquivos/gt8.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2011. Sociabilidade como tratamento: estudo etnográfico de um centro de convivência para pacientes psiquiátricos. **Revista Tempus**, Actas de Saúde Coletiva - Antropologia e Sociologia da Saúde: novas tendências, Brasília, v.5, n.2, p.143-159.

MORAWSKA VIANNA, A.C. 2010. **Os enleios da tarrafa: etnografia de uma parceria transnacional entre ONGs através de emaranhados institucionais de combate à pobreza**. 398f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

\_\_\_\_\_. 2014a. A trilha de papéis da Usina Hidrelétrica de Belo Monte: tecnologias de cálculo e a liberação da perspectiva dos povos impactados. **Revista Antropológicas**, Recife, ano 18, v.25, n.2, p.22-40.

\_\_\_\_\_. 2014b. Lições em engenharia social: a lógica da matriz de projeto na cooperação internacional. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.20, n.41., p.87-115, jan.-jun.

MOREAU, D. 2008. La reconfiguration des tensions entre soin, sécurité et liberté dans le traitement social des troubles mentaux. **Labyrinthe Atelier Interdisciplinaire**, Dossier: Ce que le libéralisme promet. La nouvelle gestion des risques après l'asile, Paris, v.29, n.1, p.53-64.

MUNHOZ, S.R. 2013a. **A construção do atendimento em um núcleo de medidas socioeducativas em meio aberto**. 188f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

\_\_\_\_\_. 2013b. A elaboração dos documentos na medida. **Revista de Antropologia da UFSCar**, São Carlos, v.5, n.2, p.70-78, jul.-dez.

NATHAN, T. 1996. Entrevista com o dr. Tobie Nathan. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, n.4, p.9-19. (Entrevista concedida a F. Knobloch)

\_\_\_\_\_. 2001. **Nous ne sommes pas seuls au monde. Les enjeux de l'ethnopsychiatrie**. Paris: Les Émpecheurs de penser en rond.

O'DWYER, E.C. 2014. Estratégias de redefinição do Estado no contexto de reconhecimento das terras de quilombo no Brasil. **Novos Debates: fórum de debates em antropologia**, v.1, n.1, p.80-86, jan.

ONOCKO CAMPOS, R. *et al.* (org.). 2008. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec.

\_\_\_\_\_. 2013. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.10, p.2889-2898.

\_\_\_\_\_. 2014. **Gestão Autônoma da Medicação: guia de apoio a moderadores**. Disponível em: <[http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia\\_gam\\_moderador\\_-\\_versao\\_para\\_download\\_julho\\_2014.pdf](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2015.

PALMEIRA, M.; HEREDIA, B.M.A. 2010. **Política ambígua**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Nuap. (Col. Antropologia da política; 32)

PALMIERI, T.C. 2008. Como a psicanálise interfere no trabalho de gerência. **Entrevários - Revista de Psicanálise e Saúde Mental**, São Paulo, n.2, p.33-40, abr.

PASSOS, E. *et al.* 2008. O processo coletivo de construção de instrumentos de avaliação: aspectos teóricos e metodológicos sobre dispositivos e indicadores profissionais. In: ONOCKO CAMPOS, R. *et al.* (org.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec. p.375-397.

\_\_\_\_\_. 2013. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Revista Aletheia**, Canoas, n.41, p.24-38, maio-ago.

PEIRANO, M.G.S. 2006. De que serve um documento?. In: PALMEIRA, M.; BARREIRA, C. (org.). **Política no Brasil: visões de antropólogos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. p.13-37.

PERELBERG, R. 1976. **Fronteiras do silêncio: um estudo de desvio e ritualização**. Rio de Janeiro: Achiamé.

PERIN, V. 2014. “Um campo de refugiados sem cercas”: etnografia de um aparato de governo de populações refugiadas. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.20, n.41, p.303-330, jan.-jun.

PESSOTTI, I. 2001. **A loucura e suas épocas**. Rio de Janeiro: Ed. 34.

PIGNARRE, P. 1999. **O que é um medicamento? Um objeto estranho entre a ciência, mercado e sociedade**. São Paulo: Ed. 34.

\_\_\_\_\_. 2012. A revolução dos antidepressivos e da medida. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, São Carlos, v.4, n.1, p.140-145, jan.-jun.

PITTA, A.M.F.; DALLARI, S.G. 1992. A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. **Saúde em Debate**, Londrina, n.36, p.19-23, out.

POLICARPO, F. 2013. **O consumo de drogas e seus controles: uma perspectiva comparada entre as cidades do Rio de Janeiro, Brasil, e de San Francisco, EUA**. 207f. Tese (Doutorado em Antropologia) - Universidade Federal Fluminense, Niterói.

PORTOCARRERO, V. 2002. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.



POTECHI, B. 2013. O Estatuto do Nascituro: quando os documentos legislativos constroem pessoas. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v.22, n.22, p.315-324, jan.-dez.

POWER, M. 1994. **The audit explosion**. London: Demos.

RABELO, M.C.; ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. 1999. **Experiência da doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

RATTON, H. (dir.). 1979. **Em nome da razão**. Prod. T. Vidigal. Belo Horizonte: Associação Mineira de Saúde Mental. Vídeo, doc, p/b, son, VHS/NTSC, 24 min.

RIBAUT, T. 2012. Cuidadoras domiciliares: que tipo de profissionalização?. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N.A. (org.). **Cuidados e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Ed. Atlas. p.119-132.

RILES, A. 2001. **The network inside out**. Ann Arbor: The University of Michigan Press.

RIZEK, C.S.; AMORE, C.S.; CAMARGO, C.M. 2014. Política social, gestão e negócios na produção das cidades: o programa Minha Casa Minha Vida “entidades”. **Caderno CRH**, Salvador, v.27, n.72, p.531-546, set.-dez.

ROLIM, M.G. 2013. A questão da moradia em saúde mental. In: MATEUS, M.D. (org.). **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p.169-175. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas\\_de\\_saude\\_mental\\_capa\\_e\\_miolo\\_site.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf)>. Acesso em: 17 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. *et al.* 2000. República: projeto de moradia assistida para pessoas em processos de reabilitação social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.11, n.1. p.23-27, jan.-abr.

ROSE, N. 1988. Governando a alma: a formação do eu privado. In: SILVA, T.T. (org.). **Liberdades reguladas**. Petrópolis: Vozes. p.30-45.

\_\_\_\_\_. 2001. Como se deve fazer a história do eu?. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.26, n.1, p.33-57, jan.-jul.

\_\_\_\_\_. 2011. **Inventando nossos selfs: psicologia, poder e subjetividade**. Petrópolis: Vozes.

ROSE, N.; LENTZOS, F. 2009. Governing insecurity: contingency planning, protection, resilience. **Economy and Society**, v.38, n.2, p.230-254.

ROSE, N.; MILLER, P. 2012. **Governando o presente: gerenciando a vida econômica, social e pessoal**. São Paulo: Paulus.

ROSE, N.; SZMUKLER, M.D.G. 2013. Risk assessment in mental health care: values and costs. **Behavior Science Law**, v.31, n.1, p.125-140.

- ROUDINESCO, E.; PLON, M. 1998. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar.
- RUSSO, J. *et al.* 2004. Entre o corpo e a mente: a noção de indivíduo na assistência de um hospital psiquiátrico universitário. In: LEIBING, A. (org.). **Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. NAU. p.37-56.
- SANTOS, D.V.D. dos. 2014. **A gestão autônoma da medicação: da prescrição à escuta**. 138f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- SARTORI, L. 2010. **O manejo da cidadania em um Centro de Atenção Psicossocial**. 158f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- \_\_\_\_\_. 2011a. **A relação familiar na gestão estatal de pacientes psiquiátricos ressocializados**. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, 9; 2011, Curitiba, 10 a 13 de julho. Curitiba: ABA.
- \_\_\_\_\_. 2011b. O manejo da cidadania e a democracia do cuidado. **Campos – Revista de Antropologia Social**, v.12, n.1, p.85-101.
- SCHRITZMEYER, A.N.P. (dir.). 2013. **Fios da vida**. Roteiro: Ana Lúcia Pastore Schritzmeyer; Sonia Maria B. A. Parente. Prod.: Ana Lúcia Pastore Schritzmeyer. Real.: Laboratório de Imagem e Som em Antropologia (Lisa-USP). Vídeo, doc, cor, son, NTSC, 20 min. Disponível em: <<http://www.lisa.usp.br/producao/paginasvideos/fiosdavid.html>>. Acesso em: 12 jul. 2014.
- SCHUCH, P. 2013. Como a família funciona em políticas de intervenção social?. **Revista Civitas**, Porto Alegre, v.13, n.2, p.309-325.
- SEIDINGER, F.M. 2007. Uma reflexão sobre a reabilitação e a clínica ou o que nos ensina o dispositivo do “convivência e arte”? In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec. p.211-220.
- SHORE, C. 2009. Cultura de auditoria e governança iliberal: universidades e a política da responsabilização. **Revista Mediações** - Dossiê: C&T – Análises sobre a cultura da avaliação na produção acadêmica, Londrina, v.14, n.1, p.24-53, jan.-jun.
- SHORE, C.; DURÃO, S. 2010. From a political anthropology to an anthropology of policy: interview with Cris Shore. **Etnográfica**, v.14, n.3, p.595-614, out. Postado em 5 de junho de 2012. Disponível em: <<http://etnografica.revues.org/220>>. Acesso em: 16 maio 2013.
- SHORE, C.; WRIGHT, S. 1999. Audit culture and anthropology: neo-liberalism in British higher education. **The Journal of the Royal Anthropological Institute**, v.5, n.4, p.557-575.
- SILVA, E.A. *et al.* [2012]. Cuidadores e convívio: em cena as relações nos serviços residenciais terapêuticos. In: FURTADO, J.P.; NAKAMURA, E. (org.). **Inserção social e**

**habitação de pessoas com sofrimento mental grave: um estudo avaliativo.** (mimeo), p.185-203.

SILVA, M.B.B. 2005a. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.127-150.

\_\_\_\_\_. 2005b. Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.8, n.2, p.303-321, jun.

\_\_\_\_\_. 2007. Reflexividade e implicação de um “pesquisador nativo” no campo da saúde mental: sobre o dilema de pesquisar os próprios “colegas de trabalho”. **Campos – Revista de Antropologia Social**, Curitiba, v.8, n.2, p.99-115.

\_\_\_\_\_. 2009. Notas sobre uma pesquisa sobre redes de suporte social: a terapia comunitária no sistema municipal de saúde mental em Sobral, Ceará. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.82, p.298-307, maio-ago.

\_\_\_\_\_. 2011. **Entre o “desmame” e os “galinha d’água”: a vida fora dos hospícios no contexto da primeira condenação do Brasil por violação de direitos humanos.** 385f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. 2013. O que a Reforma Psiquiátrica Brasileira produziu? Sobre tecnologias psicossociais e categorias *antimanicomiais*. **Revista de Antropologia da UFSCar**, São Carlos, v.5, n.2. p.57-68, jul.-dez.

STRATHERN, M. 1999. “Melhorar a classificação”: avaliação no sistema universitário britânico. **Novos Estudos**, São Paulo, n.53, p.15-31, mar.

\_\_\_\_\_. 2000a. Accountability... and ethnography. In: \_\_\_\_\_. (ed.). **Audit cultures: anthropological studies in accountability, ethics and the academy.** London/New York: Taylor & Francis e-Library. p.279-303.

\_\_\_\_\_. 2000b. New accountabilities: anthropological studies in audit, ethics and the academy. In: \_\_\_\_\_. (ed.). **Audit cultures: anthropological studies in accountability, ethics and the academy.** London/New York: Taylor & Francis e-Library. p.1-6.

\_\_\_\_\_. 2000c. The tyranny of transparency. **British Educational Research Journal**, v.26, n.3. p.309-321.

\_\_\_\_\_. (ed.) 2000. **Audit cultures: anthropological studies in accountability, ethics and the academy.** London/New York: Routledge/Taylor & Francis e-Library.

STREET, A. 2012. Seen by the state: bureaucracy, visibility and governmentality in Papua New Guinean Hospital. **The Australian Journal of Anthropology**, 23, p.1-21.

SZASZ, T.S. 1978. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de saúde mental**. Rio de Janeiro: Zahar.

\_\_\_\_\_. 1979. **O mito da doença mental**. Rio de Janeiro: Zahar.

TEIXEIRA, C.C.; SOUZA LIMA, A.C. 2010. A antropologia da administração e da governança no Brasil: área temática ou ponto de dispersão?. In: MARTINS, C.B.; DUARTE, L.F.D. (coord.). **Horizontes das ciências sociais no Brasil: antropologia**. São Paulo: Anpocs. p.51-95.

TELLES, H.P.R.S. 2008. Psicanálise e instituição. **Entrevários - Revista de Psicanálise e Saúde Mental**, São Paulo, n.2, p.41-48, abr.

TENÓRIO, F. 2001. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Rios Ambiciosos.

THEDVALL, R. 2012. Negotiating impartial indicators: putting transparency into practice in the EU. **Journal of the Royal Anthropological Institute**, N.S., 18, p.311-329.

TIKANORI, R. 1996. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec. p.55-59.

TONIOL, R. 2014. **Integralidade, holismo e responsabilidade: etnografia da promoção de terapias alternativas/complementares no SUS**. 21p. Disponível em: <[http://www.academia.edu/8199200/Integralidade\\_holismo\\_e\\_responsabilidade\\_etnografia\\_d\\_a\\_promo%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_terapias\\_alternativas\\_complementares\\_no\\_SUS](http://www.academia.edu/8199200/Integralidade_holismo_e_responsabilidade_etnografia_d_a_promo%C3%A7%C3%A3o_de_terapias_alternativas_complementares_no_SUS)>. Acesso em: 12 mar. 2015.

TRUSSART, N. 2007. Publics et expérimentations. **Multitudes**, n. 23.

TUNDIS, S.A.; COSTA, N. do R. (org.). 2001. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes.

VENÂNCIO, A.T.A. 1990. **Sobre a “nova psiquiatria” no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria**. 216f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. 1993. A construção social da pessoa e a psiquiatria: do alienismo à “nova psiquiatria”. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, n.2. p.117-135.

\_\_\_\_\_. 2014. **A Colônia Juliano Moreira na década de 1940: política assistencial, exclusão e vida social**. 13p. Disponível em: <[http://pt.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/iii\\_congresso/mesas\\_redondas/a\\_colonia\\_juliano\\_moreira\\_na\\_decada\\_de\\_1940.pdf](http://pt.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/iii_congresso/mesas_redondas/a_colonia_juliano_moreira_na_decada_de_1940.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2014.

VEYNE, P. 1998. **Como se escreve a história e Foucault revoluciona a história**. Brasília: Ed. da UNE.

VIEIRA, M.C.T.; VINCENTIN, M.C.G.; FERNANDES, M.I.A. 2004. **Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo: 1989-1996**. São Paulo: Cabral Editora e Livraria Universitária.

VIGANÒ, C. 1999. A construção do caso clínico em Saúde Mental. **Revista Curinga**, Belo Horizonte, n.13, 39-48, set.

\_\_\_\_\_. 2010. A construção do caso clínico. **Opção Lacaniana online**, nova série, v.1, n.1, p.1-9. Disponível em: <[http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero\\_1/A\\_construcao\\_do\\_caso\\_clinico.pdf](http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/A_construcao_do_caso_clinico.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2015.

VILLELA, J.L.M. 2004. **O povo em armas: violência e política no sertão de Pernambuco**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

\_\_\_\_\_. 2008. **Política e eleições no sertão de Pernambuco: o povo em armas**. Campinas: Pontes.

\_\_\_\_\_. 2009. Família como grupo? Política como agrupamento? O sertão de Pernambuco no mundo sem solidez. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v.52, n.1, p.202-245.

\_\_\_\_\_. 2011. **Ordem pública e segurança individual: política e polícia no sertão de Pernambuco**. São Carlos: EdUFScar.

WORMS, F. 2012. **Soinet politique**. Paris: PUF.

YASUI, S. 1999. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico**. 245f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis.

\_\_\_\_\_. 2006. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 208f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro.

ZELIZER, V. 2012. A economia do care. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N.A. (org.). 2012. **Cuidados e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Ed. Atlas. p.15-28.

BRASIL. 1990. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro**. (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.) Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 11 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 1993. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro**. (Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.) Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/lei-organica-de-assistencia-social-loas-annotada-2009/Lei%20Organica%20de%20Assistencia%20Social%20-%20LOAS%20Anotada%202009.pdf/download>>. Acesso em: 4 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 1999a. **Lei nº 9.790, de 23 de março**. (Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.) Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9790.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9790.htm)>. Acesso em: 4 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 1999b. **Decreto nº 3.100, de 30 de junho**. (Regulamenta a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.) Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3100.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3100.htm)>. Acesso em 5 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2001. **Lei nº 10.216, de 6 de abril**. (Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistência em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado.) Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 11 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2003. **Lei nº 10.708, de 31 de julho**. (Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.) Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm)>. Acesso em: 11 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2011b. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho**. (Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e da outras providências.) Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 13 abr. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 2002. **Resolução nº 1.640**. (Dispõe sobre a eletroconvulsoterapia e dá outras providências.) Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1640\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1640_2002.htm)>. Acesso em: 4 jun. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 2012. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro (Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.) Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2000a. **Portaria nº 106/GM**, de 11 de fevereiro. (Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.) Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27\\_Portaria\\_106\\_de\\_11\\_02\\_2000.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf)>. Acesso em: 11 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2000b. **Portaria nº 1220/GM**, de 7 de novembro. (Inclui nas tabelas de serviços e de classificação de serviços do SIA/SUS, o Serviço Residencial Terapêutico Em Saúde Mental.) Disponível em: <<http://bibliofarma.com/portaria-gmms-no-1220-de-7-de-novembro-de-2000/>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2002. **Portaria nº 251/GM**, de 31 de janeiro. (Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.) Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n251.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n251.htm)>. Acesso em: 16 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2004. **Portaria nº 52/GM**, de 20 de janeiro. (Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004.) Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052\\_20\\_01\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html)>. Acesso: 16 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2005. **Portaria nº 246/GM**, de 17 de fevereiro. (Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências.) Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0246\\_17\\_02\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0246_17_02_2005.html)>. Acesso em: 12 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2006. **Portaria nº 748/SAS**, de 10 de outubro. (Exclui o serviço especializado 050-Residencial terapêutico em saúde mental e sua classificação 128-Assistência domiciliar a pacientes de hospitais psiquiátricos.) Disponível em: <<http://ftp.rgesus.com.br/legislacoes/sas/2630-748.html?q=>>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2009. **Portaria nº 2.644/GM**, de 28 de outubro. (Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e da outras providências.) Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2644\\_28\\_10\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2644_28_10_2009.html)>. Acesso: 16 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2010. **Portaria nº 4.279/GM**, de 30 de dezembro. (Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde [SUS].)

Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em:  
4 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. 2011a. **Portaria nº 2.488/GM**, de 21 de outubro (Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família [ESF] e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde [PACS].) Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em 4 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. 2011b. **Portaria nº 3.090/GM**, de 23 de dezembro. (Revoga a Portaria 246, de 17 de Fevereiro de 2005; altera a portaria n. 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos [SRT].)

\_\_\_\_\_. 2012a. **Portaria nº 121/GM**, de 25 de janeiro. (Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas [Unidade de Acolhimento], no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.) Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html)>. Acesso em:  
4 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2012b. **Portaria nº 122/GM**, de 25 de janeiro. (Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.) Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)>. Acesso em:  
4 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2012c. **Portaria nº 857/SAS**, de 22 de agosto. (Habilita incentivos na Tabela de Incentivos Redes do SCNES dos Centros de Atenção Psicossocial [CAPS].) Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0857\\_22\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0857_22_08_2012.html)>. Acesso em:  
10 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2014. **Portaria nº 2.840/GM**, de 29 de dezembro. (Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial [RAPS], no âmbito do Sistema Único de Saúde [SUS], e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.) Disponível em:  
<[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2014/iels.dez.14/Iels247/U\\_PT-MS-GM-2840\\_291214.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.dez.14/Iels247/U_PT-MS-GM-2840_291214.pdf)>. Acesso em: 4 mar. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. 1990. **Lei nº 6.215**, de 9 de maio. *Diário Oficial do Município*, 10 de maio de 1990, 2p. (Autoriza o Poder Executivo a celebrar convênio com o Sanatório “Dr. Cândido Ferreira”, visando o funcionamento e gerenciamento comum de suas atividades.) Disponível em:



<[http://www.candido.org.br/dmdocuments/2013/09/lei\\_6215\\_90\\_co-gestao\\_pmc\\_sscf.pdf?sscfdt=1387208175343](http://www.candido.org.br/dmdocuments/2013/09/lei_6215_90_co-gestao_pmc_sscf.pdf?sscfdt=1387208175343)>. Acesso em: 12 jun. 2015.

## Documentos da pesquisa de campo

---

AZEVEDO, M.A.F. 2011. Conversando com a história: ano 2001 a 2011. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Comunicação oral em mesa redonda.

BAGNOLIA, E.P.P. 2011. Conversando com a história: ano 2001 a 2011. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Comunicação oral em mesa redonda.

BARIONI, P.M. 2011. Conversando com a equipe e com a prática. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Comunicação oral em mesa redonda.

BRASIL. 1986. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 29p. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2004. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. 2005. **Avaliação das ações de atenção à saúde mental: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos**. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. 40p. (Sumários Executivos. Nova série; 1) Disponível em: <[http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas\\_governo/areas\\_atuacao/saude/saude\\_mental\\_sum.pdf](http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude/saude_mental_sum.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2007. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. 2008. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4.ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 72p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2011a. **Auditoria do SUS: orientações básicas**. Brasília: Ministério da Saúde. 48p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. 2012. **Saúde mental em dados**, Brasília, v.7, n.11, out. 36p. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. 2013. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2013.

CEREJO, R. 2011. Financiamento. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Debate em mesa redonda.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8 [1987]. 1988. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 43p. (Série D. Reuniões e conferências, 5)

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1. 1988. **Relatório final**. 43p. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. (Série D. Reuniões e conferências, 5) Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm\\_relat\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf)>. Acesso em: 11 jun. 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2. 1992. **A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial direito à cidadania**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208Icnsmr.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - INTERSETORIAL, 4. 2010. **Temário oficial: versão preliminar – ementas dos eixos e subeixos elaboradas pela comissão organizadora**. 46p. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_saudemental/doc/temario\\_ementas.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_saudemental/doc/temario_ementas.pdf)>. Acesso em: 11 jun. 2015.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. [2010]. **Quem somos**. Disponível em: <<https://cmsaudecampinas.wordpress.com/about/>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

COSTA, M.A. 2011. Conversando com a equipe e com a prática. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Comunicação oral em mesa redonda.

DE SORDI, G.S. 2011. Conversando com a história: ano 1991 a 2001. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...**

Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Comunicação oral em mesa redonda.

EPIDEMIA de dengue em Campinas. 2014. **Diálogos do movimento**. Postado por TVMOV em 17 de abril de 2014. Vídeo. 11 min. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=fW86mlY9s0s>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

FONSECA, A. L.C. 2011. Financiamento. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Comunicação oral em mesa redonda.

GOOGLEMAPS. 2015. **Campinas; Sousas (SP, Brasil)**. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/dir/R.+Cons+Ant%C3%B4nio+Prado,+430+-+Sousas,+Campinas+-+SP,+13106-042/Campinas,+SP/@-22.8952029,-47.0308155,13.25z/data=!4m13!4m12!1m5!1m1!1s0x94c8d0187a76b4a5:0x4bca510c6133a9e1!2m2!1d-46.9726097!2d-22.8797285!1m5!1m1!1s0x94c8c8f6a2552649:0x7475001c58043536!2m2!1d-47.0625812!2d-22.9098833>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

HARARI, A. 2011. Conversando com a clínica e com a gestão. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Debate em mesa redonda.

INDIANE, S.K. 2011. Conversando com a história: ano 1991 a 2001. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Comunicação oral em mesa redonda.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 1946. **Anuário estatístico do Brasil**, Rio de Janeiro, v.6: 1941-1945. 535p. Disponível em: <[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb\\_1946.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb_1946.pdf)>.\_Acesso em: 11 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2015. **Recenseamento geral de 1980**. Disponível em: <<http://memoria.ibge.gov.br/sinteses-historicas/historicos-dos-censos/censos-demograficos>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

LEFEBVRE, A.C. 2011. Conversando com a história: ano 2001 a 2011. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Comunicação oral em mesa redonda.

MACHADO, C.S. 2011. Financiamento. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Comunicação oral em mesa redonda.

MARUCIO, V. 2011a. **Entrevista concedida a Régis Moreira, no programa Coração na Boca, da Rádio Online Maluco Beleza**, em outubro. 59''37'. Disponível em: <[http://www.candido.org.br/arquivos/doc\\_download/867-coracao-na-boca-014](http://www.candido.org.br/arquivos/doc_download/867-coracao-na-boca-014)>. Acesso em: 2 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. 2011b. Conversando com a clínica e com a gestão. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Comunicação oral em mesa redonda.

MESCOLOTI, C. 2014. Funcionários de hospital psiquiátrico pedem aumento de repasse pelo SUS. **Globo.com**. Postado em 17 de abril. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/presidente-prudente-regiao/noticia/2014/04/funcionarios-de-hospital-psiquiatrico-pedem-aumento-de-repasse-pelo-sus.html>>. Acesso em: 19 abr. 2014.

NASCIMENTO, V. 2011. Conversando com a clínica e com a gestão. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Comunicação oral em mesa redonda.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 1998. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

OKI, N. 2011. Palestra de abertura. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Comunicação oral em mesa redonda.

PACHECO, R.A. 2011. Conversando com a história: ano 2001 a 2011. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Comunicação oral em mesa redonda.

PACHECO, V. 2015. Hospitais psiquiátricos devem iniciar ‘desinternação’ até dia 30. **Globo.com**. Postado em 14 de julho. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/presidente-prudente-regiao/noticia/2015/07/hospitais-psiquiatricos-devem-iniciar-desinternar-pacientes-ate-dia-30.html>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

PREFEITURA DE CAMPINAS. 2010. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/publicacoes/censo-2010.php>>. Acesso em: 12 jul. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS; CASA DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA. 1990. **Convênio que entre si celebram a Prefeitura Municipal de Campinas e a Casa de Saúde Dr. Cândido Ferreira, para estabelecimento de um funcionamento e gerenciamento comum de suas atividades**. 23 de julho de 1990, 4p. Disponível em:

<[http://www.candido.org.br/dmdocuments/2013/09/convenio\\_sscf\\_1990.pdf?sscfdt=1386070844029](http://www.candido.org.br/dmdocuments/2013/09/convenio_sscf_1990.pdf?sscfdt=1386070844029)>. Acesso em: 12 de jun. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS; SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA. 2012. **Termo de convênio**. Campinas: PMC, maio. 18p. (mimeo)

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. 2010. **Valores e desenvolvimento humano 2010**. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. 310p. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/hdr/arquivos/rdh\\_brasil\\_2009\\_2010.pdf](http://www.pnud.org.br/hdr/arquivos/rdh_brasil_2009_2010.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2015.

ROMANELLI, R. 2011. Conversando com a história: ano 1991 a 2001. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Debate em mesa redonda.

SEIDINGER, F.M. 2011. Conversando com a clínica e com a gestão. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Comunicação oral em mesa redonda.

SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA. 2012a **Plano de trabalho do programa de parceria na assistência em saúde mental**. 43p. Disponível em: <[http://candido.org.br/dmdocuments/2013/09/convenio\\_74-12\\_plano\\_trabalho.pdf](http://candido.org.br/dmdocuments/2013/09/convenio_74-12_plano_trabalho.pdf)>. Acesso em: 11 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2012b. **Relatório de atividades 2011 e plano de ação e metas das atividades a serem desenvolvidas durante o ano de 2012**. 159p. Sosas: Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. (mimeo)

\_\_\_\_\_. 2013a. **Apresentação do balanço econômico-financeiro 2012**. Sosas: SSCF. (mimeo)

\_\_\_\_\_. 2013b. **Relatório de atividades 2012 e plano de ação e metas das atividades a serem desenvolvidas durante o ano de 2013**. 304p. Disponível em: <[http://www.candido.org.br/files/2013/relatorio\\_final\\_atividades\\_candido\\_ferreira\\_2012.pdf](http://www.candido.org.br/files/2013/relatorio_final_atividades_candido_ferreira_2012.pdf)>. Acesso em: 11 jun. 2015.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. 2002. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. 213p. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf)>. Acesso em: 17 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 2010. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. 210p. Disponível em: 290

<[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf)>. Acesso em: 4 fev. 2015.

VIANA, V. 2011. Conversando com a história: ano 2001 a 2011. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs. Comunicação oral em mesa redonda.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1996. **Psychosocial rehabilitation: a consensus statement.** Genebra: WHO. 9p. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/60630>>. Acesso em: 13 jun. 2015.

YASUI, S. 2011. Conferência. In: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza. 5 DVDs.