

## ***Reabilitação psicossocial e produção de sujeitos: etnografia em um Serviço Residencial Terapêutico***

Lecy Sartori<sup>21</sup>

**Resumo:** Um convênio produzido em 1990, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas, destinou recursos para o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) iniciar a sua reforma institucional e a reabilitação dos internos que viviam em seu hospital psiquiátrico. Em 2011, após 20 anos da inauguração da primeira moradia assistida do SSCF, a equipe do Serviço Residencial Terapêutico (SRT), em um evento, apresentou os saberes construídos e as perspectivas das práticas de cuidado executadas no acompanhamento dos moradores. De acordo com a problematização dos profissionais (psicólogos, psicanalistas, médicos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais), as moradias não são apenas espaços de habitação, mas um *dispositivo de saúde* ao oferecer a assistência da *clínica do detalhe* que aciona tanto os cuidados referentes aos problemas crônicos da velhice (diabetes, hipertensão, dificuldades de locomoção) como as intervenções que promovem a reabilitação psicossocial (manutenção de relações familiares; acompanhamento das relações de consumo; monitoramento das relações entre os moradores; estímulo à participação em atividades de lazer, esporte, arte e educação). A partir dos dados da pesquisa etnográfica com os profissionais do SRT, apresento o funcionamento de uma tecnologia de cuidado que combina saberes (clínicos, psicológicos e assistenciais), operacionaliza práticas de intervenção no território e produz sujeitos que participam da fabricação de seus projetos terapêuticos.

**Palavras-chave:** Serviço Residencial Terapêutico; reabilitação psicossocial; tecnologia de cuidado; produção de sujeitos.

---

21 Doutora em antropologia pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Pós-doutoranda do Instituto de Saúde e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). E-mail: lecysartori@gmail.com



## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

### Introdução

Cerca de 7.000 pessoas são assistidas hoje (abril de 2017) por uma *Rede*<sup>22</sup> de saúde mental administrada pela instituição filantrópica Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF). Essa *Rede* (que segue as normatizações do Ministério da Saúde prescritas em portarias que sustentam o modelo da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS) é financiada (desde 1990) por um Convênio de Cogestão<sup>23</sup> com a Prefeitura de Campinas. Sua constituição como uma *Rede* de assistência foi decorrente das ações da reforma institucional do SSCF, iniciada no final da década de 1980, que empreendeu mudanças em sua forma arquitetônica (o hospital psiquiátrico torna-se uma *Rede* de serviços) e em suas práticas de *cuidado*. São consideradas práticas de *cuidado* os procedimentos de *acolhimento*, a *escuta terapêutica*<sup>24</sup>, a relação de *vínculo*, a elaboração do Projeto Terapêutico Individual (PTI), o *manejo terapêutico* em ações que buscam prevenir os riscos e promover a segurança dos *usuários*<sup>25</sup> no Serviço Residencial Terapêutico (SRT). A prática do *manejo* refere-se a ações *calculadas* para dirigir e orientar o comportamento dos *usuários*, a vida destes em liberdade.

Na década de 1980, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) questionou a forma de assistência psiquiátrica que se configurava em grandes instituições de confinamento. Esse movimento foi o estopim para o processo de humanização, que implicava na reforma dos espaços manicomial para proporcionar um local de habitação, e mesmo de morte, que fosse higiênico e

---

22 Rede e profissionais, em itálico, são termos utilizados para se referir respectivamente, aos serviços gerenciados pelo SSCF e às pessoas que neles trabalharam/trabalham. A Rede, em 2011, era composta por: 3 centros de Atenção Psicossocial (CAPS III), 2 CAPS Álcool e Outras Drogas, 3 centros de convivência, o Núcleo de Oficinas e Trabalho, o Núcleo de Retaguarda (unidade de internação), o Núcleo de Comunicação (Rádio Online Maluco Beleza, jornal impresso C@ndura), o Cândido Fumec (unidade de formação dos profissionais e alfabetização dos usuários), 2 CAPS infantil e o SRT.

23 A palavra “cogestão” era usada pelos meus interlocutores para nomear o Convênio de financiamento e no sentido de uma relação de parceria ou cogestão. Para distinguir os dois acionamentos, a partir daqui utilizo em itálico e inicial minúscula quando se tratar do Convênio de Cogestão.

24 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. 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.

25 Os substantivos usuário, morador, paciente, em itálico, referem-se às pessoas cuidadas em serviços da Rede de assistência do SSCF.



## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

confortável para os *internos* (pessoas que residiam nos hospitais psiquiátricos); na extinção progressiva de práticas violentas (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.

De forma geral, para que a reforma em seu modelo assistencial fosse possível, os profissionais do SSCF investiram em ações de *reabilitação*. O processo de *reabilitação*, por vezes denominado de ressocialização, configura-se por ações que buscam auxiliar, prevenir ou reduzir as incapacidades e/ou dificuldades que são associadas à desordem mental. Investido sobre os *internos* do hospital psiquiátrico do SSCF na década de 1990, o processo de *reabilitação* em seus efeitos ocasionou a produção de subjetividade tanto daqueles como dos *profissionais*. No caso dos *profissionais*, a intenção foi capacitá-los para a ação nesse novo contexto de práticas externo ao hospital. No caso dos *internos*, o objetivo foi transformá-los em sujeitos ou *moradores*, ensinando as atividades de vida diárias, o cuidado com a higiene pessoal, responsabilizando-os por sua saúde e pela administração de suas medicações e, assim, elaborando um contexto de possibilidade para que eles produzissem a sua *autonomia* ou a independência dos *cuidados* intensivos e da instituição para viver nas moradias assistidas.

Ao problematizar a disciplina hospitalar e a autoridade médica, os *profissionais* do SSCF colocaram em prática a *tecnologia de cuidado*. O termo *tecnologia* ou a expressão *tecnologia de cuidado* 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>26</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.

---

26 Refiro-me à noção de governo de Foucault (2011a: 53; 2011b: 9), como um procedimento estrategicamente formulado para conduzir a conduta dos indivíduos.



## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

Em 2011, a equipe do SRT era composta por 156 profissionais, em sua minoria técnicos graduados (3 psicólogos, 2 terapeutas ocupacionais, 7 enfermeiros, 3 médico clínico) e em sua maioria técnicos (28 auxiliares de moradia, 7 auxiliar de enfermagem, 40 técnicos de enfermagem, 42 monitores, 8 copeiras, 4 roupeiras, 2 assistentes administrativos, 2 gerentes, 6 empregadas domésticas) que assistiam 29 moradias. Os *profissionais* foram os interlocutores de minha pesquisa de campo realizada (entre os meses de março de 2011 a maio de 2012) no SRT, na Comissão de Moradias e na Comissão de Acompanhamento do Convênio. A partir da fala dos meus interlocutores, procuro detalhar o processo de *reabilitação*, a *tecnologia de cuidado* e a *clínica do detalhe*. Explorando o modo como os *profissionais* fabricam as intervenções terapêuticas individualizadas e produzem sujeitos capazes de permanecer nas moradias. Com o investimento do processo de *reabilitação* os *internos*, resultado da passividade hospitalar, tornaram-se sujeitos ou *moradores*. Os *profissionais* avaliam continuamente suas ações a partir das respostas ou efeitos na singularidade dos sujeitos.

Este texto está dividido em quatro partes. Na primeira, apresento o contexto de possibilidades e as mudanças arquitetônicas que tornaram possíveis o deslocamento dos *internos* para as moradias assistidas. Na segunda parte, detalho as mudanças técnicas que permitiram o processo de *reabilitação*. A *tecnologia de cuidado* será o tema explorado na terceira parte. Na última parte, descrevo a *clínica do detalhe* e a constituição das moradias como um *dispositivo de saúde*.

### Do hospital ao Serviço Residencial Terapêutico

Na década de 1990, a ideia de “*acabar com o hospital*” foi, nas palavras dos meus interlocutores, *ressignificada*. Isso é o mesmo que dizer que o hospital não tinha, mais, o papel de abrigar as pessoas. Sua nova função era acolher a *crise*<sup>27</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

---

27 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).



## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

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), em 1995, e abrigou nove *internos* menos autônomos ou que precisavam de *cuidados* intensivos ou um acompanhamento contínuo. Localizada longe do hospital, essa última moradia 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.

Segundo os *profissionais*, o recurso do Convênio de Cogestão 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 foram criadas para os *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.

Dentre tantas modificações institucionais do processo de reforma do SSCF, aqui descrevi as mudanças espaciais e/ou arquitetônicas. Apresento, a seguir, as mudanças nas práticas de *cuidado* que foram condições de possibilidade para a instauração do processo de *reabilitação* e para a criação do SRT, sem que existissem normatizações ministeriais que proporcionassem o seu respaldo financeiro.

### O processo de *reabilitação*

Para os *profissionais* que trabalhavam no SSCF na década de 90, a reforma institucional tinha por finalidade a desospitalização dos *internos* que moravam no hospital, o que aconteceria por meio



## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

do processo de *reabilitação*. 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, 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, 2004: 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 (2004: 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.

Com a reforma, o SSCF promoveu o deslocamento do *cuidado* do hospital para as residências. Esse deslocamento resultou no investimento dos *profissionais* em ações que tinham o objetivo de preparar os *internos* para a experiência de viver em uma moradia. Dito de outra forma, os *profissionais* elaboraram intervenções que visavam transformar os *internos* (consequência da passividade hospitalar) em sujeitos (*usuário* ou *morador*) participativos da formulação do seu projeto terapêutico.



## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

Um dos meus interlocutor de pesquisa (fisioterapeuta, na década de 1990 foi gestor da URM, após essa experiência foi assessor do Ministério da Saúde, pós-graduado em saúde coletiva pela unicamp e, atualmente, professor do Instituto de Saúde e Sociedade da unifesp) afirmou que os *internos* do hospital não precisavam se preocupar com algumas atividades da vida diária e com algumas responsabilidades como a compra e o preparo de alimentos que eram feitas no hospital e nem com sua higiene pessoal realizada com ajuda dos *profissionais*. Outra interlocutora (enfermeira e psicanalista que trabalhou na URM, no CAPS Esperança e foi gestora do CAPSi Carretel) me contou que os *internos* eram obrigados a viver em um situação de ócio por estarem em um espaço fechado e sem muita atividade para realizar.

Os *internos*, sem a perspectiva de sair do hospital, eram sujeitados aos horários institucionais (horário de levantar, de dormir, de comer, de tomar banho) e as disciplinas do hospital. Na década de 1990, a disciplina hospitalar foi se afrouxando, algumas alas do hospital não permaneciam mais trancadas durante o dia, os *internos* começaram a circular nos espaços institucionais do SSCF, algumas medidas disciplinares como a administração de medicação anticonceptiva em todas as *internas* foram revistas, foram institucionalizadas as assembleias para que os *internos* pudessem participar e expor as suas ideias acerca do seu processo de *reabilitação* e desospitalização.

O objetivo dos *profissionais* era ensinar os *internos* a organizar a casa, a preparar os alimentos, a gerenciar o dinheiro do benefício<sup>28</sup>, a tomar a medicação, a cuidar da higiene pessoal e das 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 calculado 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* (ou apenas *referência* é o *profissional* responsável pelas ações de *cuidado* e monitoramento do *usuário*). O *referência* é escolhido a partir da relação de *vínculo* (ou de confiança

---

28 Refiro-me ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário mínimo (Brasil, 1993); e ao benefício “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.



## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

e de proximidade) que permite ao *profissional* elaborar um saber individual que é operado na formulação do *cuidado* (Sartori, 2015).

Institucionalizada em 1997, a relação de *vínculo* permitia ao *profissional* produzir um saber acerca da singularidade do *usuário* e convertê-lo em informações registradas em seu PTI. Esse documento dispõe e especifica as metas elaboradas em *cogestão* 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*. A partir de uma reorientação ética, os *profissionais* vão conduzir os *usuários* a serem ativos e interessados pela sua própria saúde, a exemplo, as ações e/ou os discursos que estimulam as práticas de exercícios físicos, ou procuram fazer com que eles se preocupem com a alimentação, orientam a observar os efeitos da medicação e a buscar ajuda quando necessário.

O *usuário* como um sujeito é orientado/ensinado a reivindicar as suas necessidades e autonomia, a se posicionar de maneira ativa, participativa, solicitando ajuda dos *profissionais* para realizar suas vontades, desejos e escolhas para melhorar a sua “qualidade de vida”. Conferindo significado a sua existência por meio do seu projeto de vida, o mesmo que suas realizações, a exemplo, manter contato com seus familiares, construir uma ONG para abrigar pessoas em situação de rua, fazer um curso de desenho na unicamp ou ser um locutor da rádio Maluco Beleza<sup>29</sup>. Como sujeitos, os *usuários* manipulam ou “burlam” alguns *combinados* negociados com seu *profissional de referência*, a exemplo, deixar de tomar a medicação, comer alimentos não indicados, fazer uso de substâncias psicoativas e álcool. Em contrapartida, os *profissionais* não repreendem os *usuários*, mas orientam sobre os efeitos de determinados comportamentos e “se colocam à disposição” para atendê-los se precisarem de ajuda. Os *profissionais* vão intervir diretamente quando julgarem que o *usuário* está em uma situação de risco, a exemplo, o caso de uma senhora que se perdia pelas ruas de Sousas, a equipe resolveu manter o portão de sua residência trancado e a chave com outra moradora da casa.

A transformação que em seus efeitos torna o paciente um sujeito ativo foi descrito por Nikolas Rose como “cidadania ativa” (2013: 41), o mesmo que um discurso que considera a saúde como um

---

29 Rádio online criada em 2010 e localizada no SSCF, em Sousas. Participam desse projeto os usuários da saúde mental, alguns familiares, os profissionais e as pessoas da comunidade.





## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

valor ético a ser reivindicado. Os pacientes, atravessados por esse discurso, são incentivados a assumir o interesse em sua saúde. Ao invés de receptores passivos do saber médico, eles se tornam consumidores dos médicos, dos fármacos e de ‘medicinas alternativas’. Trata-se de modos de produção de subjetividade biomédica dos pacientes. Paul Rabinow em sua etnografia com familiares e pacientes diagnosticados com distrofias (mobilizados em uma Associação Francesa contra as Miopatias) analisou as suas atuações em busca do tratamento e da cura. Segundo o autor, a “biossocialidade” (Rabinow, 1999: 143) é uma nova forma de identidade que resulta em novos modos de atuação dos pacientes em ações como o financiamento, o apoio e a colaboração com as pesquisas genômicas produzindo, assim, novas formas de ativismo e buscando apoio de políticos para custear a produção de novos saberes. O fenômeno da “cidadania biológica” (Petryna, 2011: 149) observado por Adriana Petryna (em sua etnografia com as pessoas atingidas pelo desastre de Chernobyl, na Ucrânia) mostra como os cidadãos reivindicavam os seus direitos à indenização pelos danos causados em sua biologia.

No Brasil, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) impulsionou o Movimento Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Os participantes desses movimentos questionam a atuação do saber médico como a única forma de tratar o sofrimento psíquico, o uso de conceitos e instrumentos inapropriados como o seu sistema diagnóstico (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais) que resultam na estigmatização e que justificam o controle psiquiátrico por meio do confinamento hospitalar. No SSCF, ao menos 8 *usuários* participam intensamente dos encontros nacionais do movimento da luta antimanicomial. Como afirmei anteriormente, o movimento da RPB influenciou os desdobramentos da reforma institucional. Meu foco está na análise dos efeitos de mudança provocados pela reforma do SSCF. Diferente das práticas da psiquiatria biológica, que medica e produz um controle social específico sobre o *interno* confinado, aliado à perda de autonomia e de responsabilidade individual (Lakoff, 2008: 14), mostro como a *tecnologia de cuidado* no SRT, além de administrar os aspectos psiquiátricos, clínicos, sociais e subjetivos tem por objetivo produzir condutas autônomas, relações de responsabilidade, formas de circulação e a conquista de direitos sociais como benefícios, moradia e lazer.

## 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 experiência de *cuidado* é individual executado pelos *profissionais* e registrado no PTI. Pode-se afirmar que a *tecnologia de cuidado* é uma forma de assistência singularizada, além de ser uma prática de *cuidado* é uma técnica de registro. 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) ou “tecnologia de informação” (Schiocchet, 2015: 7), 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.

A *tecnologia de cuidado* não tem como fim a cura nem é prescrita a partir de protocolos diagnósticos, seu objetivo é 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. Pode-se afirmar que essa racionalização da efetividade do *cuidado* é uma forma de auditoria. Isso quer dizer que a avaliação, não tem por objetivo apenas otimizar as práticas e a organização institucional, mas compõe uma política de controle gerencial e de regulação das novas experiências de *cuidado* nas moradias.

Segundo Marilyn Strathern, os estudos antropológicos sobre a “cultura de auditoria”<sup>30</sup> (Strathern, 2000) 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

---

30 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).



## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

conjunto de técnicas gerenciais” (2009: 48) disseminados em diferentes contextos e utilizados para “medir e monitorar virtualmente todos os aspectos da vida social e profissional” (2009: 29). 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.

No SRT, a tecnologia é um processo de trabalho que combina os saberes e práticas clínicos, psicológicos e de assistência. Emerson Merhy (médico sanitarista, professor aposentado da unicamp e supervisor do Colegiado Gestor do SSCF) descreve a tecnologia de cuidado em saúde como uma forma de produzir 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 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>31</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

---

31 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, na Política de Saúde da Família (PSF) e na Política de Redução de Danos.

incitar espaços micropolíticos<sup>32</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 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, 2010: 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 analítica 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).

---

32 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).



## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

Segundo diziam os meus interlocutores, a *tecnologia de cuidado*, no SRT, tem por objetivo possibilitar ao *usuário* “*estar no mundo*” e gerenciar as suas idiossincrasias, os seus desejos e os seus projetos de vida. Além disso, ao considerar os *usuários* como sujeitos que participam da formulação de seu *cuidado*, os *profissionais* escutam as suas necessidades, demandas e vontades para pensar e elaborar as intervenções. 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 (via e-mail, aparelho de rádio como o “Nextel”, celular, whatsApp) 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). A clínica, em suas ações, deve ser articulada a outros setores (como a assistência social). Vê-se a necessidade de outros conhecimentos para compor as ações da tecnologia em saúde. A *clínica do detalhe* produz a articulação entre esses diferentes saberes.

### A clínica do detalhe

Apresento, nesta parte, os fragmentos das explicações de meus interlocutores, sobre a *clínica* praticada nas moradias, apresentadas no evento comemorativo dos 20 anos do SRT, realizado entre os dias 9 e 10 de novembro de 2011 na Associação Síndrome de Down, em Campinas. Em sua fala, a médica clínica Vanessa Nascimento explicou que a clínica em saúde mental é mais ampla que a clínica de procedimentos psiquiátricos: “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 [ensinamentos introdutórios de uma disciplina] e que olha para o sujeito” (Nascimento, 2011). Segundo a médica, 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 palavras dela, sujeito seria aquele “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



## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

cuidado” (Idem, 2011). Para Vanessa, há uma interação constante entre a clínica do cuidado e a clínica da reabilitação, que possibilitam ao “sujeito estar no mundo” (Idem, 2011).

Pode-se afirmar que a *clínica do detalhe* é composta pela interação da *clínica do cuidado* e da *clínica da reabilitação* psicossocial. De forma geral, os *profissionais* 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* que possibilite ao *usuário* viver na comunidade, produzir relações e circular em espaços exteriores ao hospital psiquiátrico.

Flávia Seidinger (psicóloga do SRT, psicanalista lacaniana e mestre em ciências médicas pela unicamp) explicou que a *clínica do detalhe* opera a *tecnologia de cuidado* e produz, entre outras coisas, um *cuidado* com a vida. Os *profissionais* 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. 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* (documento que concentra os dados institucionais do *usuário*), 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*, acompanham e administram 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



## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

terapêuticas e construindo projetos de vida 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, ou como afirmam meus interlocutores um *dispositivo de saúde*.

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 prática 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 do detalhe*, e que em suas práticas procuram criar uma mediação entre os *usuários* e o serviço de referência, um 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



## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

*sufrimentos* e as *crises*. De acordo com os *profissionais*, quando um *usuário* está em *crise*, outro *morador* 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. 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. Os *profissionais* do SRT afirmavam que o *cuidado* intensivo nas residências evita, por vezes, a internação psiquiátrica.

A *clínica do detalhe* se aproxima 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* 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 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) benefício(s) (“de volta para casa” e/ou Loas). Enfim, os *profissionais* estão sempre atentos para acionar a prática da *clínica do detalhe* em todos os lugares.

### Considerações finais

Mais do que apresentar uma conclusão, pretendi com este artigo expor como se constituiu o processo de *reabilitação* dos *internos* do SSCF e a transferência deles para as moradias assistidas. Destaquei as condições de possibilidades para reforma institucional do SSCF que foi, em certa medida, sustentada economicamente por investimentos financeiros do Convênio com a Prefeitura, que promoveu as mudanças institucionais arquitetônicas e técnicas, o surgimento de uma *tecnologia*





## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

*de cuidado* e a elaboração de da *clínica do detalhe*. Descrevi como as mudanças institucionais que, aos poucos, deixaram de investir sobre a reprodução do tratamento que seguia o modelo da ala hospitalar para ações de uma *tecnologia de cuidado* que buscavam identificar a singularidade dos *usuários*. A inversão das ações terapêuticas, da passividade hospitalar para a produção de sujeitos atuantes, foi efeito das intervenções dos saberes psi (psicologia, psicanálise, psicoterapias e psiquiatria). O acionamento de saberes psi não em seu 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.

Práticas como a *escuta terapêutica*, *acolhimento*, *acompanhamento terapêutico* eram acionadas para se aproximar dos *internos*, para operar uma relação de *vínculo* como o *profissional de referência*. A relação de *vínculo* é a forma de acesso à singularidade deles, que permite ao *profissional* descobrir as suas dificuldades, necessidades e vontades que são problematizadas, racionalizadas e transformadas em informações. Essas informações são codificadas em uma linguagem e apresentadas para a equipe que ao ouvir as informações sobre o *sofrimento* (decorrentes não apenas de sintomas psiquiátricos mais de questões sociais) dos moradores se responsabilizavam por refletir e elaborar um *cuidado* singular. Com as intervenções da *clínica do detalhe* no SRT, as moradias deixaram de ser apenas um espaço de habitação para se transformarem em um *dispositivo de saúde*.

### Referências bibliográficas:

BARIONI, P.M. 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. 2011.

BRASIL. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2007.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.708**, de 31 de julho. (Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.). 2003.



## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.742**, de 7 de dezembro. (Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.). 1993.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2. **A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial direito à cidadania**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208IIncsmr.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2015. 1992.

COSTA, M.A. 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. 2011.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. p.99-111. 2004.

\_\_\_\_\_. 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. 2010.

\_\_\_\_\_. **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. 2011a.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da biopolítica**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes. 2011b.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N.A. (org.). 2012. **Cuidados e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Ed. Atlas. p.236.

LAKOFF, A. 2008. **La raison pharmaceutique**. Paris: Les Empêcheurs de penser en round.

LEMKE, R.A.; SILVA, R.A.N. 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. 2010.

MARQUES, A.L.; MÂNGIA, E.F. 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. 2012.



## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

MATAS, J. Introduction. **Revue des Sciences Sociales, Université de Strasbourg** - Vers une société du care?, n.52, p.8-11. 2014.

MERHY, E.E. **Engravitando as palavras: o caso da integralidade**. 14p. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2014. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 106/GM**, de 11 de fevereiro. (Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.). 2000.

NASCIMENTO, V. 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. 2011.

PETRYNA, A. Experimentalidade: ciência, capital e poder no mundo dos ensaios clínicos. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 17, n. 35, p. 127-160, 2011.

RABINOW, P. Antropologia da Razão. Ensaios de Paul Rabinow. Rio de Janeiro: Relume Dumará.1999.

ROLIM, M.G. 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. 2013.

\_\_\_\_\_. *et al.* 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. 2000.

ROSE, N. Como se deve fazer a história do eu?. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.26, n.1, p.33-57, jan.-jul. 2001.

\_\_\_\_\_. **Inventando nossos selfs: psicologia, poder e subjetividade**. Petrópolis: Vozes. 2011.

\_\_\_\_\_. **A política da própria vida. Biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus. 2013.



## VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

ROSE, N.; MILLER, P. **Governando o presente: gerenciando a vida econômica, social e pessoal.** São Paulo: Paulus. 2012.

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

\_\_\_\_\_. **O manejo da cidadania em um Centro de Atenção Psicossocial.** 158f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - UFSCar, São Carlos. 2010.

SCHIOCCHET, T. Prefácio. In: Fonseca, C. e Machado, H.(org.) **Ciência, identificação e tecnologias de governo.** Porto Alegre: Editora UFRGS/CEGOV, p. 7-8. 2015.

SEIDINGER, F.M. 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. 2011.

SHORE, C. 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. 2009.

SHORE, C.; WRIGHT, S. Audit culture and anthropology: neo-liberalism in British higher education. **The Journal of the Royal Anthropological Institute**, v.5, n.4, p.557-575. 1999.

SILVA, M.B.B. 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. 2013.

STRATHERN, M. “Melhorar a classificação”: avaliação no sistema universitário britânico. **Novos Estudos**, São Paulo, n.53, p.15-31, mar. 1999.

\_\_\_\_\_. **Audit cultures: anthropological studies in accountability, ethics and the academy.** London/New York: Routledge/Taylor & Francis e-Library. (ed.) 2000.

ZELIZER, V. A economia do care. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N.A. (org.) **Cuidados e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care.** São Paulo: Ed. Atlas. p.15-28. 2012.