

lead us to understand the dynamics of governmentality. I describe the bureaucratic procedures of measurement, evaluation and calculations in health management, without which it would be impossible to managing lives and to produce services within the designs of freedom. Therefore, I describe the flowcharts, these simplified schemes that let you see the extent of the network and the potential partners. I will also describe the protocols for pregnant drug users. Thus raising up more calculation sand strategies to solve the impasses that do not cease to arrive.

KEY-WORDS: Public Health; Governmentality; Bureaucracy; Documents.

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa tem como ponto de partida a reflexão sobre os modos de produzir cuidados em usuários de drogas em diversos e simultâneos aparatos, cuja ideia de intersectorialidade, tão desafiadora na Saúde Pública, remete à noção de *redes* de cuidado. Minha proposta é investigar o modo como os documentos, tais como artefatos etnográficos, materializam a administração de casos, pessoas e objetos, e ainda corroboram para construir uma ideia de que é a própria saúde que está sendo produzida nessas amarrações.

As *redes* de cuidado emergiram como política de Estado no Brasil no início dos anos 1990, junto à reivindicação de um novo projeto de Saúde Pública. O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu da exigência da saúde tornar-se um assunto governamental, ela passou a ser “dever o Estado e direito de todos os cidadãos” (art. 196). Neste grande projeto nacional, concebido no período de redemocratização do país, associou-se a ideia de expansão dos serviços públicos a uma estratégia de reorganização política e de modernização do Estado. O novo projeto assistencial da saúde foi também pautado nos debates trazidos pelos movimentos da reforma psiquiátrica e trabalhadores da saúde (cf. Amarante, 1995; Paim, 1992), pois eles já traziam alguns dos enunciados fundamentais dos discursos ideológicos do SUS, como a ideia da *universalidade, igualdade e equidade*, os princípios basilares da Saúde Pública (cf. Neves & Massaro, 2009). Essas reivindicações por um sistema de saúde “para todos”, em épocas de grande debate sobre o que seria a função do Estado, ajudaram a compor uma imagem muito difundida atualmente de que o Estado é provedor de serviços. Outras pesquisas mostram uma concepção de Estado próxima à ideia que se formou por aqui (em Botswana cf. Chabrol, 2012; no Senegal

cujo projeto político que baliza todos os serviços municipais é inspirado nos desígnios de uma saúde *humanizada e universal*.

Há muito na antropologia, desde Barnes (1988) que estava interessado em analisar os processos políticos transinstitucionais, rede é um instrumento analítico para pensar as conexões interpessoais. Foi Barnes quem inaugurou a ideia de que redes são boas para pensar relações instáveis, temporárias, ou um tecido de ações, mais densas em certos pontos e menos densas em outros. Embora suas recomendações sejam válidas, o autor tece uma teoria da ação focalizada nos indivíduos. Já numa *rede* de saúde⁵ (doravante em itálico) participam do campo de ação sujeitos, não-humanos e artefatos. As ações na *rede* engendram uma gestão do tipo *intersetorial*, numa associação entre aparatos tecnológicos e burocráticos de governo, relações entre pessoas e artefatos.

Em antropologia, os usos do conceito de rede mais recentes estão ligados ao que se denomina de “antropologia da modernidade”, de onde tirei parte da inspiração metodológica para dar conta de descrever e analisar as naturezas distintas das matérias que compõem a *rede* de saúde. A esta maneira, Latour (1994, 2005) recoloca o lugar da natureza e das coisas, bem como dos humanos, não-humanos e artefatos, desfazendo a divisão recalcitrante entre sujeito e objeto. Ele reencontra nos vínculos uma solução para *associações* de elementos heterogêneos capazes de produzir amálgamas, ou *híbridos*. Resgataríamos, numa perspectiva simétrica, a historicidade dos enunciados dentro de um compósito complexo de mediadores humanos e não humanos, ambos considerados com agência real e transformando-se mutuamente. O sobreaviso de Latour, portanto, é de estender “a lista de atores e agência” (2005: 87).

Vale alertar que rede não será tomada aqui como um instrumento analítico para pensar as relações entre grupos, como há muito tem sido feito na Antropologia. Seguindo os termos formulados pelos interlocutores de pesquisa, como o fez a antropóloga Catarina Vianna (2010) sobre

na Rua, ao Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD), também fizeram parte da investigação seguir o movimento das pessoas e dos documentos pela rede de saúde. Para tanto, participei das reuniões intersetoriais, acompanhei os apoiadores, investiguei os documentos que produzem as parcerias e os *softwares* utilizados para enxergar as matérias das quais a *rede* é composta.

5 Optei por diferenciar a elaboração conceitual feita pelos trabalhadores da saúde para reforçar a abordagem antropológica que pretendo desenvolver, ou ainda, para seguir uma teoria nativa da rede.

sobre tal premissa. Como cuidar de pessoas em seu aspecto mais amplo, de forma *articulada*, sem que elas se percam na *rede*? Como incitar a circulação entre diversos setores de modo ordenado? Como cuidar de pessoas fora dos ambientes institucionais?

INVESTIMENTOS PARA ATAR OS NÓS DA REDE: CÁLCULOS ESTABILIZADOS NOS FLUXOGRAMAS

Com grande frequência gestores ligados à coordenação das secretarias municipais, cujo encargo é majoritariamente administrativo, exigem dos demais trabalhadores de saúde a “abertura dos *fluxos*”. Sobre tal tarefa recai a importância fundamental de construir pouco a pouco aparatos em *rede*, de modo que são pequenas e meticulosas iniciativas que entrelaçam os serviços. Foi deste modo que chegou à equipe do Consultório na Rua a ordem de “abrir os *fluxos*” dos usuários de drogas atendidos pelos redutores de danos. Muitos esforços são exigidos para alcançar tal propósito.

Um *fluxo* é um canal de escoamento por onde coisas são transportadas de um lugar a outro e relações são firmadas. Por um *fluxo* passam as pessoas *encaminhadas*, mas não apenas, também o *caso* dela deve ser passado de uma equipe a outra, os exames também devem circular. Com isso, os profissionais devem ficar atentos para que nada se perca nesta movimentação. Estes canais não são dotados de uma materialidade em si, apenas as trocas de muitas coisas feitas sempre na mesma direção e com um espectro mais ou menos calculável de parceiros são o que caracterizam a noção de *fluxo*.

Como o trabalho de interligação dos canais institucionais é artesanal, uma das formas que os trabalhadores da saúde utilizam para conectar os serviços é registrar o movimento das coisas. Tais inscrições tornam visíveis os *fluxos* de tal forma que um desenho da *rede* é estabilizado nos documentos. A representação gráfica das trocas e das parcerias ajuda a compor um plano estratégico das movimentações. Por outras palavras, são as estratégias que se tornam visíveis. Prática tão comum no mundo empresarial, essas figuras da contabilidade tornaram a economia visível e o mercado mensurável, segundo o que nos mostram Hopwood & Miller (1994). A arena dos sistemas de saúde também foram alvos de sucessivos procedimentos para torná-la uma entidade calculável, é o que discutem Kurunmaki & Miller (2008).

A *rede* é composta por muitos *fluxos* já que eles são as vias de transporte

deste aparato. Para não perder de vista que caminhos são possíveis serem tomados em determinadas circunstâncias, os profissionais da *rede* de saúde elaboram mapas mentais das *ações* a fim de projetarem o movimento das coisas para conduzir os *casos*, porque entendem que são programações como essas que efetivam o trabalho em *rede*.

Na ponta da *rede*, em seus tentáculos, encontra-se a equipe do Consultório na Rua. Cabem a eles mapear as cenas de uso de drogas, identificar os riscos, *abordar* os usuários, *escutar* as queixas deles, calcular a melhor *intervenção* a ser feita, oferecer alguns serviços; caso o oferta seja aceita, *encaminhá*-los para o cuidado. O trabalho não acaba por ai. Depois do *encaminhamento*, cabe também a equipe fazer contato com os parceiros necessários para que o sujeito seja acompanhado. Vale lembrar que pessoas em situação de rua não costumam aderir ao atendimento, seja porque não possuem os documentos para efetivação dos cadastros, seja porque sofrem hostilização por estarem sujos, ou também porque desistem dos tratamentos antes da conclusão. É pensando nesses entraves que a equipe empreende muitos esforços, não apenas para trazer esse público para a *rede*, mas garantir que o *fluxo* correto do atendimento não seja interrompido por negligência profissional, ou porque o usuário foi impedido de ter acesso ao serviço por conta de uma burocracia que o desfavoreceu.

No escritório central do Consultório na Rua, uma das paredes é coberta por cartazes enormes com *fluxogramas* desenhados à canetões hidrográficos. O diagrama da *Abordagem/Encaminhamento* ocupava um espaço considerável da parede, composto muitas operações diferentes que foram dispostas graficamente de tal forma que possibilitasse os profissionais visualizarem a dinâmica daquelas duas *ações*, o movimento gerado por cada uma delas e, importante notar, enxergar a repercussão destas operações na *rede*.



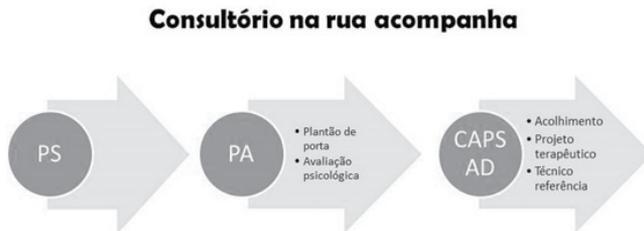


Figura 1. Fluxograma Abordagem/Encaminhamento

Os *fluxogramas* são esquemas simplificados para serem estudados até que sejam memorizados pelos funcionários. É entendido que para tecer uma *rede* é necessário conhecer os pontos a serem entrelaçados, os serviços com os quais trabalharão em parceria. Essa compilação lhes serve como mapas mentais para direcionar as pessoas abordadas na rua para dentro da *rede* de acordo com a queixa pronunciada. Por exemplo, no caso de ser identificada uma queixa de tuberculose, qual seria o *fluxo* ideal? Ainda na rua, no momento da *abordagem*, o profissional deve saber que para o tratamento da tuberculose alguns parceiros da *rede* devem ser acionados: 1) o laboratório de análises clínicas para a realização do exame; 2) a equipe do Programa Municipal de Controle de Tuberculose; 3) os agentes de saúde das equipes do Programa Saúde da Família para acompanhar a medicação; 4) se o sujeito quiser fazer o tratamento em abrigo, é preciso ativar a parceria do Albergue Noturno; 5) para encaminhar para o Albergue a equipe deve antes fazer contato com o Centro Pop, da Secretaria de Assistência Social. Os redutores de danos devem reconstruir mentalmente esses *fluxos* para fazerem uma *intervenção* adequada. Os processos de trabalho devem ser arquitetados de um modo rápido e automatizado.

Muitas vezes acompanhando a ação destes profissionais na rua, no momento em que uma queixa era feita e a partir dela o agente de saúde deve reconstruir mentalmente aqueles *fluxos* para fazer uma *ação* correta, causava-me espanto ver como arquitetavam rapidamente os processos de trabalho, algo que para mim era uma tarefa quase impossível. Ter em mente a projeção dos movimentos através dos quais as pessoas irão deslocar-se no emaranhado é fundamental para mensurar a *ação* no presente e projetá-la no futuro, sem isso não haveria como fazer parceria, nem a articulação da *rede* seria imaginada como um objetivo a ser alcançado.

Cabe dizer, ainda, que os *fluxogramas*, na simplificação que os configuram, são depuração dos demais processos envolvidos nas *ações*, de maneira que ao final de um procedimento de purificação parece restar apenas o elementar. A objetividade ganha o sentido de neutralidade, pois fogem dos diagramas dos *fluxos* e das práticas calculistas os interesses políticos e as intrigas, os debates e as disputas, conservando apenas a ideia de que das *ações* foram enxugadas as impurezas. Mas a objetividade científica, esse ideal de verdade para os modernos, é consequência de processos que Latour entende como purificação; é através da dissociação e do estabelecimento de fronteiras claras, “*separando cuidadosamente a parte que pertence às coisas em si e a parte devida à economia, ao inconsciente, à linguagem ou aos símbolos*” (Latour, 1994: 41). O objetivo percorrido para a plena realização da modernidade, que nunca se realizou, diz o autor, seria a obtenção da máxima purificação ontológica (a natureza dissociada por completo da cultura).

Dentro da proposta de uma clínica ambulante que se presta mais a intermediar relações do que solucionar problemas clínicos, as intervenções contribuem menos para tratar da saúde e mais para criar elos com demais serviços, por isso estes profissionais são como “*artesãos da rede*”: costuram, ligam, fazem pontes, atam os nós de um emaranhado.

Com os redutores vimos que ao pensarem suas estratégias para atender e levar os serviços de saúde em cenários de uso de drogas, estes profissionais mobilizam elementos importantes para pensar sua própria teoria da *rede*. Eles nos mostram que *rede* é arquitetura, não estrutura. Isto quer dizer que este aparato possibilita uma nova forma de organização do trabalho e não uma configuração rígida que moldure as instituições ou os postos de trabalho. *Redes* não estão prontas de antemão, o processo de sua construção é amplo e trabalhoso, tarefa a qual procurei seguir com os redutores.

As *ações* minuciosas, amplamente debatidas e planejadas pelos profissionais do Consultório na Rua colocam à mostra os modos de funcionamento e os propósitos das *ações* no campo da Saúde Pública. Revela-se, portanto, a lógica que impele os trabalhadores a fazerem suas *intervenções*: por um lado, o propósito de difundir um direito (o da saúde) e, com isso, produzir cidadania; por outro, manifesta uma lógica de gestão na qual quase tudo se governa – pessoas, território, desejos, micróbios, documentos–.

importantes no Ministério da Saúde. Segundo Kurunmaki e Miller, uma nova linguagem passou a ser elaborada nos sistemas de saúde em todos os Estados de bem-estar social, “*tornou-se o sonho de sucessivos governos fazer uma medicina calculável*” (2008: 9). Já Aldred mostra que o campo da medicina foi invadido pela lógica do mercado e do empreendedorismo, justificando inclusive novas formas de envolvimento do setor privado nos serviços públicos de saúde. No “negócio do risco”, como ela entende esse campo híbrido, o risco é “*normalizado como parte do planejamento organizacional, e desta perspectiva o estado parece gerenciá-lo*” (Aldred, 2008: 26).

Em São Bernardo do Campo a *demand*a das gestantes emergiu por exigência do Ministério da Saúde para implantar estratégias de combate à mortalidade materna e infantil, organizando a chamada *Rede Cegonha* (Portaria Nº 1.459/2011). Trata-se da padronização de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento. A diretriz ministerial fez surgir o *fluxo* das gestantes no município, compactuado por diversos serviços, discutido e estudado pelos trabalhadores até que a articulação dos equipamentos fosse tão operante que uma imagem da *rede* pudesse ser formulada. Para garantir a atenção obstetra e infantil no SUS, as estratégias da *Rede Cegonha* é concatenar o maior número de parceiros possíveis, desde a Atenção primária à Especializada. O objetivo, segundo consta na Portaria 1.459/11, é “*organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade*”.

A *rede* que se espera formar para dar conta de todos os processos exigidos no acompanhamento das gestantes é extensa, convoca grande parte dos equipamentos de saúde. Torna-se tão difusa nos territórios e cujas malhas são tão apertada que a *Rede Cegonha*, diferente da formulação da *rede* de saúde para casos gerais, funciona muito próxima às redes de cerco para pesca. A técnica do cerco consiste em lançar uma rede que, presa por bóias na superfície d’água e afixada no fundo do mar com âncoras, rodeia o cardume, formando um grande cerco. Seu princípio de funcionamento é pescar o tempo todo, capturando e mantendo vivos os peixes que entram no aparelho e não conseguem mais sair.

As malhas desta *rede* para gestantes são finas, por entre os fios ficam retidas muitas mulheres porque quando evadem, com elas escapam também a possibilidade de garantir o cumprimento da meta de redução

no banco da frente e pede pro motorista seguir: ‘Ela não quer falar com a gente. Ela não quer nenhum serviço, o redutor dá o recado à equipe’. O companheiro de Tatiane, do lado de fora, gritava com ela, puxando-a pelo braço em direção ao veículo. Ele bateu na porta e pede pra parar o carro. A enfermeira e a médica saíram do carro num sobressalto. Elas conversaram com a gestante e seu companheiro. Voltaram minutos depois com Tatiane. Ela aceitou fazer os exames pré-natais. A sós com a menina, as duas técnicas, conversaram com ela e aproveitaram para colher uma amostra de sangue para os exames. Depois da consulta clínica, Tatiane saiu do carro. Todos os profissionais, inclusive eu, nos juntamos em volta dela. A médica disse que os resultados dos primeiros exames pré-natais seriam entregues na segunda-feira da próxima semana, ali mesmo, às 9h da manhã. E ainda pediu para que o companheiro se lembrasse do compromisso: a entrega dos exames”. (Diário de campo 04/05/2013)

Sem exigir que as mulheres entrem nos serviços de saúde para fazerem o acompanhamento médico da gravidez, a estratégia dos redutores de danos de levar até elas uma equipe que faça, com poucas exigências burocráticas, os cuidados médicos (como a *consulta clínica*, a coleta para exames e a entrega dos resultados) é um desses empreendimentos para alcançar tal público. O monitoramento é bastante importante embora seja apenas o primeiro passo de uma cadeia de procedimentos que o sucedem.

Qual seria o planejamento para aproximar os parceiros e prepará-los para não deixar passar despercebida a gestante Tatiane? Que empreendimentos fariam para afinar as malhas daquela *rede*? De imediato, foi acordado que um dos técnicos do Consultório na Rua teria que ligar para a UBS do Ferrazópolis informando aos profissionais que foi identificada uma *demand*a de gestante naquele território. E os profissionais da UBS levariam o *caso* para a equipe do Programa Saúde da Família, no qual um agente comunitário de saúde faria o acompanhamento de Tatiane no território da gestante. O coordenador aproveitou para dizer quais seriam os próximos passos a serem feitos: a) acompanhar a gestante semanalmente (retornar ao Ferrazópolis); b) marcar reunião com gestores da UBS daquele território para discutir as possíveis *ações conjuntas*; c) informar à maternidade do Hospital Municipal Universitário (HMU), quando o momento do parto estiver próximo; d) informar também ao Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (CAISM).

As estratégias de *articulação* das parcerias são tomadas por uma ambigüidade: a *rede* que cobre territórios inteiros tanto acolhe quanto cerca. Também aqui a imagem da *rede* pode ser aquela que conecta muitos

em cujas reuniões mensais fossem elaborados *projetos terapêuticos singulares* em conjunto. Foram envolvidos profissionais do Programa Saúde da Família, HMU, CAISM, Consultório na Rua, CAPS AD e República Terapêutica; todos os parceiros possíveis para a *articulação* de uma *rede* densa na qual a gestante tenha diversos pontos de apoio.

Outros empreendimentos feitos pelo Consultório na Rua também seguiram em direção ao aprimoramento da *Rede Cegonha*, tal como a ampliação do acesso nas UBS, com a flexibilização dos horários de atendimento, isto quer dizer que para priorizar o atendimento às gestantes em situação de rua não era necessário exigir a documentação para abertura de cadastro, nem o agendamento para consultas, coleta de exames, realização de ultrassonografia e outras ações necessárias ao acompanhamento de pré-natal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que as diretrizes políticas enrijeçam em grande medida o processo criativo da arte da governar, esses enunciados não são como pacotes da governamentalidade, esse conjunto de medidas e manuais aplicáveis em qualquer lugar. Muito embora a governamentalidade abarque a ideia de processos múltiplos e variados de governo, e o neoliberalismo seja expressão contemporânea de uma gestão embasada em preceitos de economia política, ainda padece em muitos estudos de antropologia uma concepção uniforme e global destes processos. O potencial antropológico para o qual o termo governamentalidade aponta é desvanecido, nos dizeres de Kipnis o liberalismo é reificado à medida que deixa de ser multivalente, porque “*no uso de um único termo emocional e politicamente carregado para referir-se a diversos fenômenos, a análise antropológica do liberalismo arrisca reificá-lo, obstruindo mais do que revelando*” (2007: 384). Não busquei tecer teorizações acerca dos modos de governo neoliberais, mas antes, procurei mostrar num contexto etnográfico como a ideia de gestão pode ser elaborada a depender dos empreendimentos políticos (quando se escolhe uma gestão mais *humanizada* ou mais securitária), os técnicos (ao recorrer aos artefatos documentais, aos *softwares*, os saberes que irão compor o corpo de trabalhadores) e pessoais (todos os afetos e motivações pessoais envolvidos nos processos de trabalhos).

Busquei mostrar que há algum espaço para a inventividade e o reconhecimento de que tais esforços são soluções que podem servir mais como inspiração do que arquétipo. Em São Bernardo do Campo, para o

Couderc, Mathilde

2011. *Enjeux et pratiques de la recherche medical e transnationale en Afrique: analyse anthropologique d'un centre de recherche clinique sur le VIH à Dakar (Senegal)*. Thèse pour le grade de docteur de l'Université Aix-Marseille III.

Deleuze, Gilles

1992. “Post-Scriptum sobre as sociedades de controle”. En: *Conversações*. Trad. de Peter Pál Pelbart. SP: Editora 34.

Foucault, Michel

2008a. *Segurança, Território e População*: curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes.

2008b. *Nascimento da Biopolítica*: curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes.

2005. *Em Defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes.

1999. *História da Sexualidade I – a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Ed. Graal.

Fromm, Deborah

2014. *Deus e o Diabo na Terra do crack: uma etnografia da “cosmopolítica” batista*. Monografia apresentada ao Departamento de Sociologia, UFSCar.

Giovanni, Mirian

2013. *Rede Cegonha: da concepção à implantação*. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública – ENAP.

Goffman, Erving

1987. *Manicômios, prisões e conventos*. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva.

Hacking, Ian

1982. “Biopower and avalanche of printed numbers”. En: *Humanities in society*, Nº5, pp. 279-95.

Hopwood, Anthony & Miller, Peter

1994. “Accounting as social and institutional practice”. En: *Cambridge studies in management*, Nº 24. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Kipnis, Andrew

2007. “Neoliberalism Reified: Suzhi Discourse and Tropes of Neoliberalism in the People's Republic of China”. En: *The Journal of the Royal Anthropological Institute*, Vol. 13, No. 2 (Jun., 2007), pp.383-400.

Kurunmaki, Liisa & Miller, Peter

2008. “Counting the costs: the risks of regulating and accounting for health care provision”. En: *Health Risk and Society*, Vol.10, Nº1, pp.9-21.

Latour, Bruno

1994 [1991]. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Editora 34 (Coleção TRANS).

2005. *Reassembling the Social – An Introduction to Actor-Network-Theory*. New York: Oxford University Press.

Miller, Peter & Rose, Nikolas

2008. *Governing the present: Administering Economic, Social and Personal Life*. Cambridge: Polity Press.

- Neves, Claudia & Massaro, Altair
2009. "Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo". En: *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Vol.13, Nº1, pp.503-14.
- Paim, Jairnilson
1992. "A reforma sanitária e a municipalização". En: *Saúde e Sociedade*, Vol.01, Nº 02, São Paulo.
- Perin, Vanessa
2013. *Um campo de refugiados sem cercas: etnografia de um aparato de governo de populações refugiadas*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Sociologia, UFSCar.
- Porter, Theodore
1995. *Trust in numbers: the pursuit of objectivity in science and public life*. Princeton University Press
- Raynault, Claude
1997. "L'Afrique et le sida: questions à l'anthropologie, l'anthropologie en question". En: *Sciences sociales et santé*, Vol. 15, Nº 4. Sida: nouvelles perspectives en anthropologie et emsociologie? pp. 9-38.
- Reed, Adam
2006. "Documents Unfolding". En: Riles, Annelise (org) *Documents: artifacts of modern knowledge*. Michigan: The University Michigan Press.
- Riles, Annelise
2006. [Deadlines]: "Removing the bracket son politics in bureaucratic and anthropological analysis". En: Riles, Annelise (org) *Documents: artifact sof modern knowledge*. Michigan: The University Michigan Press.
- Rose, Nikolas
1999 [1989]. *Governing the soul: the shaping of the private self*. 2ed. London/New York: Free Association Books.
- Rui, Taniele
2012a. *Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack*. Tese de doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas: Universidade de Campinas.
2012b. "Vigiar e cuidar: notas sobre a atuação estatal na 'cracolândia'". En: *Revista Brasileira de Segurança Pública*, Vol. 6, Nº 2, PP. 336-351 Ago/Set. São Paulo
- Scott, James
1998. *Seeing like a state: how certain schemes to improve the human condition have failed*. New Haven and London: Yale University Press.
- Vianna, Catarina
2014. "Lições em engenharia social: a lógica da matriz de projeto na cooperação internacional". En: *Horizontes Antropológicos*, Ano 20, Nº 41, pp. 87-115, jan./jun. Porto Alegre.
2010. *Os Enleios da Tarrafa: Etnografia de uma parceria transnacional entre ONGs através de emaranhados institucionais de combate à pobreza*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade de São Paulo.