

# Práticas de Governo e Política de Financiamento<sup>1</sup>

*Lecy Sartori (UNIFESP)*

## **Resumo:**

Esta comunicação 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). Meu objetivo é expor o modo como a fabricação do convênio foi atravessada por normatizações ministeriais que visam fazer a gestão por meio de práticas de auditoria que direcionam o investimento do recurso para a saúde mental. A etnografia foi realizada (entre os meses de março de 2011 e maio de 2012) na Comissão de Acompanhamento do Convênio, na Comissão de Moradias e nas reuniões da equipe do Serviço Residencial Terapêutico (SRT). O recurso do convênio foi investido na reforma do modelo psiquiátrico do SSCF que produziu a *reabilitação* dos *internos*, o Projeto Terapêutico Individual e uma *Rede* de serviços. Analiso a política como uma forma de experimentação prática no espaço intermediário entre a população e o Governo, que tem por função garantir que as situações sociais problemáticas, verificadas por meio de avaliações, impulsionem ações de regulamentação política. O ponto de partida será expor o modo como o Estado é constituído por relações individuais e por ações experimentais de reformas institucionais. Trata-se de considerar o Estado como um compósito de experiências cotidianas dos agentes, dos grupos, das instituições e que opera estratégias de ação no interior dos mecanismos sociais. Para isso, destaco como as atualizações normativas prescritas em portarias incidiram sobre a instituição modificando a relação contratual por meio da escrita do projeto do convênio. Descrevi como as práticas de avaliação foram acionadas pelos profissionais da Comissão de Moradias para justificar a inclusão de demandas no texto do convênio, formalizado em 2012. Interessa-me destacar as estratégias institucionais, o acionamento de brechas jurídicas no texto do convênio, as práticas criativas e experimentais que foram operadas antes das regulamentações ministeriais. Minhas reflexões atuais expõem as formas de governo do Estado que direciona o financiamento e, ao mesmo tempo, promove adequações institucionais como condição para o repasse do recurso para o SSCF.

**Palavras-chave:** Antropologia do Estado; Política de Financiamento em Saúde Mental; Regulamentação estatal das práticas da Reforma Psiquiátrica.

## **Introdução**

Esta comunicação tem por objetivo expor os dados de minha pesquisa etnográfica no emaranhado burocrático da política de financiamento estabelecida na parceria entre o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade de Campinas. A etnografia foi realizada (entre os meses de março de 2011 e maio de 2012) na Comissão de Acompanhamento do Convênio, na *Comissão de Moradias*, nas reuniões da equipe do Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

---

<sup>1</sup> V ENADIR, Grupo de Trabalho 9 – Antropologia do Estado.

O SSCF é uma *Rede*<sup>2</sup> de serviços de saúde mental, que assiste cerca de 7 mil pessoas, financiada por um Convênio com a prefeitura de Campinas, desde 1990. 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*) e em suas práticas de cuidado. São consideradas práticas de cuidado as práticas de acolhimento, de escuta terapêutica, a relação de vínculo, a elaboração do Projeto Terapêutico Institucional (PTI), o manejo terapêutico em ações que buscam prevenir os riscos e promover a segurança dos *usuários*. A prática do *manejo* refere-se a ações calculadas para dirigir e orientar o comportamento dos *usuários*<sup>3</sup>, a vida destes em liberdade. A *Rede* é composta por serviços como 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 C@ndura), o Cândido Fumec (unidade de formação dos *profissionais* e alfabetização dos *usuários*), 2 CAPS infantil e o Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

O ponto de partida para a análise do material empírico foi a identificação da demanda de *cuidado* para investigar os seus desdobramentos nas práticas, no funcionamento dos serviços e em suas formas de financiamento. Para explicitar o emaranhado burocrático, nesta comunicação descrevo como a equipe da *Comissão de Moradias* racionaliza, avalia e registra a demanda em documentos que justificam a necessidade do recurso público. Com isso, apresento o modo como as informações sobre as práticas de cuidado são transformadas em códigos burocráticos que permitem a demanda local ser financiada pelo Estado.

Desse modo, minha pesquisa interage com a produção da antropologia que reflete sobre como determinadas necessidades individuais são acionadas, visualizadas e/ou percebidas pelo Estado. Biehl (2013) em suas análises acerca do 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. 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

---

<sup>2</sup> Todas as palavras e expressões que estão em itálico se referem a termos nativos, e se seguirão, no corpo do texto ou em nota, da explicação de sua significação. *Rede* e *profissionais*, em itálico, referem-se, respectivamente, aos serviços gerenciados pelo SSCF e às pessoas que neles trabalharam/trabalham.

<sup>3</sup> 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.

lacuna burocrática na execução e na própria formulação das políticas. Inspirada em suas análises, penso as experiências que estabelecem conexões entre as necessidades individuais de *usuários* da Rede de saúde mental em Campinas 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.

Para isso, procuro mostrar como o Estado é constituído, também, por 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 (Trussart, 2007: 173). Essa formulação se aproxima da definição que considera o Estado como “um complexo instável de gente e de funções” (Herzfeld, 2008: 20) composto por experiências individuais e institucionais.

Ao negociar os seus interesses com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), 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 observei como as normatizações de financiamento produzem modificações e 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. Em outras palavras, a lógica da auditoria<sup>4</sup> 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.

A auditoria ou as formas de avaliação contínua não são apenas o aperfeiçoamento de técnicas gerenciais que procuram otimizar as relações de *cuidado* e a organização institucional, mas ações de uma política de controle gerencial e de regulação das novas

---

<sup>4</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).

experiências de Reforma Psiquiátrica. Faço essa problematização a partir dos estudos antropológicos sobre a “cultura de auditoria” (Strathern, 2000), 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. 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) 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* examinam as demandas de *cuidado* e a necessidades de moradias.

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, 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. 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.

No SSCF, os *profissionais* são capacitados para codificar a demanda 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>5</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 SMS, que consideraram o recurso muito

---

<sup>5</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.

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* sobre as demandas sociais.

De acordo com Collier (2005: 376), o orçamento, além de ser uma tecnologia (ao operar uma racionalização que apresenta o contexto social de forma calculável), é um mecanismo biopolítico<sup>6</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 SMS 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.

### ***Comissão de Moradias***

A pesquisa de campo do doutorado foi realizada entre os meses de março de 2011 e maio de 2012. Durante esses 14 meses eu pude acompanhar o cotidiano institucional do SSCF. Depois da aprovação do Comitê de Ética da prefeitura de Campinas fui autorizada a participar da equipe do SRT, da *Comissão de Moradias*, da Comissão de Acompanhamento do Convênio, de um curso de capacitação oferecido para a equipe do SRT e do evento comemorativo dos 20 anos do SRT.

Em 2012, os trabalhadores, que já estavam preocupados em relação à renovação do Convênio, foram surpreendidos pela proposta da SMS. 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<sup>7</sup> e a criação de outras, para incluir as quinze

---

<sup>6</sup> Segundo Foucault (2011: 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...”.

<sup>7</sup> 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*.

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. Os *usuários* do SRT eram, em sua maioria, egressos de hospitais psiquiátricos, que viveram por anos (ou décadas) em instituições de confinamentos e foram transferidos para as moradias que começaram a ser institucionalizadas na década de 1990, no SSCF <sup>8</sup>.

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>9</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*, instância de grupo que avalia a solicitação de vaga nas moradias feita por profissionais dos diferentes serviços em que o *usuário* está habitando. A *Comissão de Moradias* é formada por profissionais de instituições como CAPS (exceto CAPSi), Núcleo de Retaguarda (unidade de internação do SSCF), Secretaria de Assistência Social (abrigo Renascer), Coordenação Municipal de Saúde Mental e da *equipe* do SRT. Suas reuniões aconteciam, na época da pesquisa de campo, quinzenalmente, às quartas-feiras de manhã, no prédio do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), no centro de Campinas.

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* (o mesmo que *profissional* responsável por acompanhar o *usuário*).

---

<sup>8</sup> Para uma análise do processo de *reabilitação* dos *internos* que viviam no hospital psiquiátrico do SSCF e que foram transferidos para as moradias, ver Sartori (2015).

<sup>9</sup> Havia algumas moradias ou repúblicas de *usuários* autônomos, que eram monitoradas por *profissionais* dos CAPS em visitas domiciliares.

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 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.

### **O fluxograma do Serviço Residencial Terapêutico**

Na reunião que contou com a presença de Alice, representante da SMS, havia dez profissionais. 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 Projetos Terapêuticos Individuais (PTI). 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>10</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.

[s/d] Ana tem como antecedente depressão grave, Síndrome de Addison<sup>11</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 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>12</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

---

<sup>10</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>11</sup> Doença rara que atinge o sistema endócrino causando insuficiência na glândula adrenal e provocando diminuição da produção de hormônios.

<sup>12</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.



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. 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.

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 internações 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 planejaria 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. 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.

Collier (2005: 373) 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 conselhos 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. Na carta estava registrada 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.

Não foi à toa que Alice argumentou que esperava a publicação de uma portaria para resolver a questão das vagas nas moradias. Em um e-mail<sup>13</sup> encaminhado a *Comissão de Moradias*, Alice afirma que segundo a política nacional 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>13</sup> Tive acesso a esse e-mail em uma reunião da *comissão*.

fosse incluída no convênio. Alice 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.

### **Considerações Finais**

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 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>14</sup> (caso dos *usuários* do SRT que não eram egressos de hospitais psiquiátricos,

---

<sup>14</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.

como preconiza a portaria). 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 (2010: 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 da assistência.

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 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.

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*.

## **Bibliografia**

BIEHL, J. 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: 15 junho 2017.

BRASIL. 2011. **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: 14 jul. 2017.

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.

BOURDIEU, P. 1996. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. São Paulo: Papirus.

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.

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)

FOUCAULT, M. 2006. 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.

\_\_\_\_\_. 2010. Michel Foucault: a segurança e o Estado. Entrevista. In: \_\_\_\_\_. **Ditos e escritos VI: estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. p.170-175.

\_\_\_\_\_. 2011. O nascimento da biopolítica. In: \_\_\_\_\_. **Ditos e escritos VII: arte, epistemologia, filosofia e história da medicina**. São Paulo: Forense Universitária. p.459-466.

HERZFELD, M. 2008. **Intimidade cultural. Poética social no Estado-Nação**. Lisboa: Edições 70.

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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 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].)

MITCHELL, T. 2002. **Rule of experts: Egypt, techno-politics, modernity**. Berkeley: University of California Press.

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.

POWER, M. 1994. **The audit explosion**. London: Demos.

SARTORI, L. 2017. Reabilitação psicossocial e produção de sujeitos: etnografia em um Serviço Residencial Terapêutico. In: Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia - ReACT, São Paulo. Disponível em: <<https://www.vireact.org/>>. Acesso em: 16 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. 2015. **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) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA. 2013. **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.

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.; 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.

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

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

TRUSSART, N. 2007. Publics et expérimentations. **Multitudes**, n. 23.