



Sociedade e Cultura. Revista de Pesquisa e Debates em Ciências Sociais

ISSN: 1415-8566

ISSN: 1980-8194

UFG - Universidade Federal de Goiás

Sartori, Lecy

Antropologia da política e "cultura de auditoria": Etnografia da Política de Financiamento em Saúde Mental

Sociedade e Cultura. Revista de Pesquisa e Debates em Ciências Sociais, vol. 22, núm. 1, 2019, Janeiro-Junho, pp. 196-217

UFG - Universidade Federal de Goiás

DOI: <https://doi.org/10.5216/sec.v22i1.47646>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70361437012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Antropologia da política e “cultura de auditoria”: etnografia da política de financiamento em saúde mental

Lecy Sartori

Pós-doutoranda pela Universidade Federal de São Paulo,
Santos, São Paulo, Brasil
lecsartori@gmail.com

Resumo Este texto pretende apontar como o material etnográfico sobre o financiamento em saúde mental conduz a uma revisão bibliográfica acerca do modo de produção da política e da cultura de auditoria. Mais especificamente, tratará da forma como os interlocutores da pesquisa fabricam a política de financiamento por meio de um Convênio de Cogestão. Para essa discussão lançarei mão dos estudos da antropologia *da* política. De forma complementar, apresento as contribuições de Marilyn Strathern e Cris Shore para o debate na medida em que elaboram reflexões para entender a cultura de auditoria. A ideia do artigo é apresentar o modo como discussões teóricas e bibliográficas emergem desse campo de pesquisa etnográfico.

Palavras-chave: Etnografia, financiamento em saúde mental, antropologia *da* política, cultura de auditoria.

Introdução

Este artigo apresenta a discussão bibliográfica sobre a fabricação de política e cultura de auditoria presente em minha etnografia sobre a parceria entre o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) e a prefeitura de Campinas - SP. O SSCF, localizado em Sousas (Campinas/SP), foi atravessado pelas diretrizes do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). No Brasil, no final da década de 1970, a Reforma Psiquiátrica resultou das denúncias contra ações desumanas (mortes não esclarecidas, estupros, agressões) e a comprovação de que instituições manicomiais eram semelhantes a depósitos de pessoas em precariedade social (sem condições financeiras ou suporte familiar para

viver na comunidade). A RPB¹, formalizada pela lei nº 10.216, assinada somente em 6 de abril de 2001 (Brasil, 2001), foi inspirada no modelo da reforma italiana e no modelo da psiquiatria de setor, que, durante a década de 1960, institucionalizou-se na França. No SSCF, as mudanças mais visíveis tiveram início no final da década de 1980 e foram efetivadas de maneira mais intensa na de 1990, e se referem ao processo de humanização, que implicava na reforma dos espaços de confinamento manicomial para proporcionar um local de habitação, e mesmo de morte, que fosse higiênico e confortável para os internos; na extinção progressiva de práticas violentas (cela forte, camisa de força, lobotomia e eletrochoque).

A lei municipal nº 6.215/1990 autorizou o Convênio de Cogestão entre o SSCF e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e assegurou o financiamento de sua reforma institucional. Em seu estatuto, o SSCF é descrito como uma associação de assistência de caráter público regida pelo direito privado, o que quer dizer que oferece atendimento gratuito orientado pelos princípios de controle social do SUS, mas não se submete às normas jurídicas do direito público. Os serviços formalizados em portaria ministeriais estão inscritos no Ministério da Saúde e recebem o financiamento federal. No caso do SSCF, a prefeitura repassa o recurso dos serviços regulamentados e financia com verba municipal os serviços não regulamentados, como, a exemplo, os Centros de Convivência e Arte (Cecos).

Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SSCF é composta por instituições como: 6 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 3 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), 2 Equipes Consultório na Rua, 2 Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), 5 Cecos, 2 Projetos de Inclusão Social pelo Trabalho e 20 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). A rede de serviços atendia mais de sete mil usuários, em 2012. Em 2017, o último convênio foi acordado no valor mensal de cinco milhões, novecentos e dez mil reais.

A etnografia explora o modo como as ações políticas são fabricadas na relação de parceria. Interessava-me explorar como algumas normatizações ministeriais da assistência psiquiátrica foram formuladas a partir de experiências exitosas do processo da Reforma Psiquiátrica. Impulsionada por essa ideia, procurei analisar como os *profissionais* (interlocutores de minha pesquisa) avaliavam suas necessidades locais e as descreviam no texto do Convênio de Cogestão da saúde mental, ou seja, como as demandas dos *usuários* e dos serviços eram negociadas e incluídas nesse documento, ou descartadas dele. A palavra “cogestão” era usada pelos meus interlocutores para nomear o Convênio de financiamento e para se referir à relação de vínculo de parceria com o *usuário*. Para

1 A Reforma Psiquiátrica foi analisada por antropólogos que destacaram o processo de desinstitucionalização na década de 1980 (Lougon, 1987; Canesqui, 2003; Carvalho, 2014), a experiência de um hospital-dia (Vennâncio, 1990), a assistência psiquiátrica em um Centro de Saúde (Cardoso, 1999) e estudos clássicos sobre o sofrimento (Duarte, 1986). Além de etnografias sobre o processo de reabilitação psicossocial (Sartori, 2015), os novos serviços como os CAPS (Silva, M., 2013; Dias, 2007; Carvalho, 2014), o CAPS Ad (Policarpo, 2013) e o Centro de Convivência (Monnerat, 2011). Há também pesquisas etnográficas recentes que analisam políticas sociais (Maluf, 2018) e análise crítica da reforma psiquiátrica (Camargo, 2017).

distinguir os dois acionamentos, a partir daqui, utilizo com inicial maiúscula quando se tratar do Convênio de financiamento.

Centrar minha pesquisa de campo na *equipe* do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) do SSCF me permitiu observar como ela avaliava as necessidades dos *usuários* e as transformava em informações, que eram transmitidas para as autoridades do município de Campinas. Outro ponto que atravessava essa linha de conexão entre o *usuário* e a prefeitura era a Comissão de Acompanhamento do Convênio (CAC).

Definidos esses dois pontos para o acesso ao campo de pesquisa, previamente negociados com os *profissionais*, o discurso de um dos meus interlocutores levou-me a querer investigar como algumas experiências locais antecederam as normatizações ministeriais: segundo disse o superintendente do SSCF, o médico psiquiatra Nobusou Oki, na abertura do evento sobre as moradias, em 9 de novembro de 2011, as experiências de *reabilitação* dos *pacientes* e a criação das moradias assistidas foram avaliadas como “boas experiências” e/ou “um bom exemplo” do processo de *reabilitação* por um assessor do Ministério da Saúde, em uma visita que este fez à instituição, no final da década de 1990. Na época, quinze casas estavam funcionando, sustentadas com o recurso do leito de internação dos *internos*, que, em vez do hospital, moravam nelas. Essa experiência de moradia, considerada efetiva, atestava a necessidade da regulamentação, já discutida por agentes do Ministério da Saúde, e foi apresentada nas discussões que resultaram na formulação da portaria GM/MS nº 106/2000, que regularizou os SRTs (Ministério da Saúde, 2000). Essa constatação produziu uma inflexão em minha suposição inicial, de que toda inovação institucional era formalizada em um documento ministerial, e me impulsionou a explorar outras maneiras de fazer política e de acessar o financiamento público para implementar e sustentar as mudanças no SSCF.

O ponto de partida de minha investigação foi compreender, a partir das reflexões dos *profissionais*, o que eles entendiam quando acionavam, em seu discurso, a palavra política. Essa perspectiva de análise procura examinar os fenômenos políticos a partir “do ponto de vista nativo” (Geertz, 1997, p. 86), ou seja, na análise, procurar captar os conceitos a partir da elaboração teórica daqueles que vivenciam a experiência, através de suas explicações e destacando aquilo que eles pensam e fazem. Ao apresentar o que era a política, eles me detalhavam as suas práticas de *cuidado*, que não estavam desvinculadas do discurso das normatizações ministeriais.

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

de Assistência Social, a Política Nacional de Direitos Humanos (PNDH) e o sistema público de educação.

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

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

Este artigo está dividido em quatro partes. Na primeira, apresento uma breve revisão bibliográfica sobre as reflexões da antropologia da política, para em seguida, na segunda parte, descrever o modo como a política de financiamento é operada em meu campo pesquisa. Na terceira parte, apresento, de forma resumida, os estudos da “cultura de auditoria” e sua forma de funcionamento no SSCF. Na última parte, destaco a forma como os meus interlocutores fabricam o Convênio de financiamento na relação de parceria com a prefeitura de Campinas.

Antropologia da política

As duas noções de política (da “prática clínica” e da “política de financiamento”) me permitiram dialogar com uma produção da antropologia que analisa documentos e com as produções teóricas da antropologia *da* política.

Os estudos de antropologia *da* política (que começaram a ser produzidos na década de 1990 no Brasil) investigam objetos e temas que normalmente são associados à ciência política e à sociologia. Esses estudos se diferem das reflexões da antropologia política (elaborados entre os anos 1940 e 1960) que analisam como a política, em algumas sociedades, aparece em atividades movidas por escolhas pessoais e rituais coletivos. Antes da delimitação da antropologia política como subdisciplina da antropologia social, as relações de poder, em sociedades consideradas sem Estado, já eram analisadas pelos evolucionistas. A antropologia britânica (nas décadas de 1930 e 1940) refletiu sobre o “sistema político” (constituído por instituições sociais como o sistema de linhagens) e descreveu as funções políticas em sociedades segmentares, em que o Estado era ausente (Fortes; Evans-Pritchard, 1940).

Já na década de 1960, os estudos processualistas da antropologia política britânica deslocam a política dos sistemas e das instituições para a análise das interações sociais concretas. Ao mostrar como a política era operada nas relações interindividuais, as análises processualistas reduziram suas reflexões aos aspectos micro, locais ou intersticiais (Leach, 1964). As análises processualistas e sistêmicas da antropologia política produziram uma oposição entre indivíduos e a sociedade localizando a política em sistemas sociais ou presente em todas as relações sociais. Outros deslocamentos atravessaram os estudos de antropologia política promovendo crises e novas análises que reconhecem a política como imbricada ao tecido social e em princípios da sociedade; problematizam as fronteiras e os domínios sociais; questionam a hierarquia entre as dimensões macro e micro da política; indicam como a autoridade tradicional e religiosa mantêm os vínculos; descrevem a política e o Estado do ponto de vista nativo; mostram como os rituais constituem a política em contextos sociais.

Diferente da antropologia norte-americana e europeia, que historicamente se destinou ao estudo de sociedades localizadas geográfica e culturalmente distantes daquela do antropólogo, no Brasil a alteridade (ou o “outro”) faz parte da mesma sociedade (Peirano, 2006). Desse modo, os estudos de antropologia da política no Brasil, produzidos pelo Núcleo de Antropologia da Política (NUAP)², acionaram o conhecimento da antropologia política para analisar a política no contexto nacional. Em outras palavras, a antropologia da política investiu em análises etnográficas sobre o que é concebido como política a partir do ponto de vista nativo. Esses estudos teceram reflexões acerca de eventos, rituais, contextos e dramas sociais a partir de três dimensões: (1) o estudo dos rituais da política, (2) de representações da política e (3) da violência como um modo de “fazer

2 O NUAP, criado em 1997, articulou pesquisadores de diferentes universidades brasileiras para a execução de um projeto intitulado “Uma antropologia da política: rituais, representações e violência”.

política”. Além dessas dimensões do projeto do NUAP, outros interesses surgiram a partir das pesquisas etnográficas que analisaram os processos eleitorais (Barreira, 1998; Barreira; Palmira, 1998; Heredia; Teixeira; Barreira, 2002; Kuschnir, 2000; Palmeira; Goldman, 1996; Palmeira; Heredia, 2010), os agentes e as instituições políticas (Borges, 2003; Góes Filho, 2003; Goldman, 2006; Miranda, 1999; Scotto, 2004; Souza Lima, 2002), as relações pessoais (Bezerra, 1999; Marques et al. 2007; Palmeira; Barreira, 2006), os movimentos sociais (Chaves, 2000; Leite Lopes, 2004), e a família e o parentesco (Comerford, 2003; Marques, 2002; Villela, 2009).

Diferente da antropologia política, a antropologia *da* política em suas análises aciona uma abordagem etnográfica, a comparação como método produz reflexões a partir das categorias e explicações nativas (Comerford; Bezerra, 2013, Goldman, 1999). Trata-se de mostrar a política como ela é feita, a política que as pessoas afirmam fazer ou que afirmam ser feita por outros. Nesse sentido, a política deve ser investigada empiricamente, contextualizada e analisada a partir das classificações, formulações, experiências e relações dos agentes sociais.

Para a minha reflexão, interessavam-me as discussões sobre a “política local” (Palmeira; Heredia, 2010, p. 126). Não desconsiderando a crítica sobre a sua redução geográfica, procurei descobrir as articulações das relações pessoais no interior do SSCF e os canais de acesso dos *profissionais* ao poder público municipal. Com isso, quis explorar as articulações e as *estratégias* políticas que os agentes, em seu cotidiano, acionavam para renovar o Convênio de financiamento. Os *profissionais* têm um saber produzido na experiência de anos de parceria com a prefeitura: têm habilidade para negociar; sabem quem acionar para resolver determinado problema; conhecem as leis, a forma como opera a burocracia municipal e os funcionários da prefeitura; sabem elaborar documentos; têm instrução sobre como utilizar a escrita - enfim, a partir da sua experiência, sabem “fazer política”.

A possibilidade de “fazer política” por meio da elaboração de documentos é uma maneira técnica de expor o seu ponto de vista (ao escolher a forma de argumentar) e de dispor as informações apresentadas. Como analisou Munhoz (2013), em sua etnografia sobre o atendimento aos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas, a produção de documentos expõe um modo de fazer política de uma forma técnica. A política é uma forma técnica de tornar visível o seu ponto de vista ao juiz, que investiga os atendimentos acionando outra escala (Munhoz, 2013).

De acordo com Palmeira e Heredia (2010), o saber fazer a política é uma aptidão para gerir diferentes conflitos. No SSCF, observei como os *profissionais* inventavam *estratégias* para administrar os conflitos que apareciam durante o processo de negociação para a renovação do Convênio, que transcorreu do segundo semestre de 2011 até maio de 2012. Cabe destacar que o conflito era intrínseco à relação de negociação. Nessa perspectiva, a noção de “tempo da política” de Palmeira e Heredia (2010, p. 170) me ajudou a refletir sobre o tempo de produção da política por meio do texto do Convênio. O tempo da política, aqui, não se refere ao período eleitoral. Aciono essa noção de tempo para destacar como ele funciona na política de financiamento, marcada pela regularidade

dos processos burocráticos no caso da validade anual do convênio, nas *estratégias* de prorrogação, no prazo de entrega, no cronograma de execução. A ideia de tempo indica, além dos processos burocráticos, os compromissos públicos de apresentação do texto do Convênio ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) e assinala as *estratégias* para renová-lo.

Para os meus interlocutores, a política não é entendida como uma atividade realizada apenas por pessoas que ocupam o poder municipal. A política é uma forma de *atuação* dos *profissionais* em espaços públicos (entre outros, no CMS), uma técnica argumentativa da escrita do texto do Convênio de Cogestão, uma *estratégia* de negociação para cumprir os acordos dele, a gestão dos conflitos e uma técnica de governo, avaliação e administração dos *usuários*. Em síntese, refere-se a uma relação que compreende ações dos *profissionais* em sua experiência cotidiana. Por entender a política como dispositivo histórico que possibilita articular de maneiras diversas as práticas e experiências vividas (Goldman, 2006), eu a analiso a partir da descrição das ações dos *profissionais*, da atualização de suas práticas e da reforma no modelo de assistência psiquiátrica no SSCF.

Política de financiamento

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

No livro-ata da CAC, em suas páginas iniciais, estava descrito a composição da comissão: três representantes da Secretaria Municipal de Saúde (caso da coordenadora de Saúde Mental), quatro do SSCF (incluindo o presidente do Conselho Diretor) e dois integrantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS). As reuniões *abertas* tinham como *estratégia* informar e esclarecer os conselheiros de saúde acerca dos impasses e decisões nas negociações dos convênios, e seu objetivo era convencê-los ou mantê-los favoráveis, principalmente ao Convênio de Cogestão da saúde mental – como afirmou uma interlocutora, “é preciso manter o Conselho do nosso lado”. Em outras palavras, a participação de dois deles nas reuniões era importante para manter os demais (que, segundo o *site* da Secretaria de Saúde de Campinas, eram 44) informados sobre as ações que visavam renovar a proposta do Convênio de Cogestão.

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

Apesar de existirem, na época, outras instâncias de discussão coletiva sobre o Convênio de Cogestão da saúde mental (assembleias de funcionários, por exemplo), as decisões sobre ele eram tomadas por administradores da prefeitura e por representantes do SSCF. No convênio cujas discussões acompanhei em campo, mesmo que tenha havido a participação da população, como foi o caso dos conselheiros que votaram a favor da sua renovação, estes não participaram da sua redação. Assim, a institucionalização da participação da população por meio do controle social realizado nos conselhos locais de Saúde e no CMS permitia que os *atores* indicassem os problemas enfrentados na comunidade. De forma resumida, a demanda da população deveria ser exposta e registrada na reunião do Conselho Local de Saúde e encaminhada por *profissionais* e/ou gestores dos serviços para a reunião do distrito. Era tarefa do *apoiador*³ encaminhar as demandas para a Coordenação de Saúde Mental, que as avaliava e, considerando as prioridades em conformidade com as portarias, decidia quais seriam contempladas – e, portanto, escritas no texto do convênio. Essa é a forma de organização da participação no SUS, arquitetada para permitir que a demanda da população seja ouvida, percebida, quantificada e discutida no Colegiado Ampliado.

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

3 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.

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

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

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

Essa forma de construir o documento, considerando possíveis brechas (*gap, lacunas*), foi analisada por Hull (2012) não como deficiência dos sistemas operacionais, e sim como intrínseca à forma de fazer política, à sua composição, mas tais inserções podem ser extirpadas em razão de políticas inflexíveis. Segundo a autora, os documentos são mediadores entre as políticas normativas e as práticas locais, e podem, da mesma maneira, tornar implícita ou explícita determinada informação, dependendo dos objetivos e das situações sociais de seu uso. Os procedimentos de auditoria, por sua vez, acarretam em concentração de informações em documentos compostos por conteúdos normativos, o que produz mais lacunas que podem ser ajustadas ou utilizadas de diferentes formas.

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

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

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

Cultura de auditoria

O discurso sobre a transparéncia e a estrutura de funcionamento participativa do SUS que a Coordenadora de Saúde Mental destacava estava em consonância com uma recente atualização da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/1990 (Brasil, 1990): em 28 de junho 2011 foi validado o decreto nº 7.508, que trouxe a inovação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde para a gestão do SUS, o qual dispõe sobre as atribuições, metas e responsabilidades do financiamento público (Brasil, 2011a). Seu objetivo é possibilitar, ao Ministério da Saúde, o monitoramento da prestação de serviços e regulamentar a sua forma de avaliação. Através daqueles contratos, o Ministério pode conceder:

estímulos financeiros aos municípios e estados que tiverem bom desempenho nos programas e ações da saúde, dando mais transparéncia à estrutura do SUS e garantindo maior segurança jurídica para que municípios, estados e União atuarem de forma harmônica e integrada” (Brasil, 2011a, p. 11).

A transparéncia, da mesma forma como disse Carla, evidencia os processos de funcionamento do SUS, permitindo a avaliação da instituição, e, no caso de um “bom desempenho”, um bônus financeiro. Ao acionar a *estratégia* da transparéncia, meus interlocutores apresentavam os dados exigidos pelas normatizações ministeriais, e seu objetivo era expor o bom funcionamento institucional para afirmar que o SSCF era *confiável* e estava apto a receber recurso público.

Vê-se como o Ministério da Saúde governa ao conduzir as ações da Reforma Psiquiátrica: monitorando a gestão dos recursos através da avaliação do desempenho institucional e acionando práticas de *cálculo* a partir dos indicadores de desempenho com o objetivo de mensurar e, ao mesmo tempo, de reformar organizações de saúde pública. Assim, ele intensifica a produtividade institucional e direciona a conduta dos trabalhadores em saúde mental, que são legitimadas por ações de transparéncia e de responsabilização. Vemos, aqui, o funcionamento do que alguns antropólogos chamam de “cultura de auditoria” (Strathern, 2000a; Shore, 2009).

Os estudos da “cultura de auditoria” produziram reflexões sobre as práticas acadêmicas e o sistema de *accountability* (responsabilidade e prestação de contas) que avalia as universidades (Fonseca, 2001; Adler et al. 2009; Gama, 2009; Silva, A., 2009; Yuni; Catoggio, 2009). Como observou Strathern (1999), a avaliação não recai mais sobre os alunos, mas sobre as instituições, que devem funcionar de forma eficiente. Para isso, as instituições necessitam transformar suas intenções em objetivos; e as diferentes possibilidades, em projetos de ação, minimizando as contradições e os processos de criatividade, já que esses não podem ser calculados em termos de produtividade. A autora mostrou como a forma de avaliação e auditoria do sistema educacional britânico, implementado na década de 1980 no governo de Margareth Thatcher, direcionava a distribuição do financiamento, ao mesmo tempo em que colocava em funcionamento uma racionalidade de governo que orienta os indivíduos para a produção de uma autoavaliação e autorregulação ao

medir e calcular as suas ações a partir de critérios externos, que são predeterminados pelos sistemas de auditoria.

Fonseca (2001) apresentou o modo como as auditorias produzem efeitos nos sistemas de ensino e pesquisa que resultam na diminuição do tempo necessário para a reflexão e para o desenvolvimento de novas ideias, além da redução dos espaços criativos imprescindíveis para a produção teórica. A autora destaca como o processo de avaliação resulta em uma reação de desconfiança que é nociva às relações da comunidade acadêmica. Ao privilegiar a quantidade dos alunos que adquirem títulos e o número de publicações, o sistema de avaliação prejudica a formação de pesquisadores. Assim como apontam as reflexões sobre auditoria (empreendidas por autores como Shore e Durão [2010]; e Radomsky [2013]), a subjetividade dos pesquisadores, atravessada por sistemas de avaliações acadêmicas, é direcionada para uma autorregulação que em seus efeitos produz sujeitos ativos, responsáveis e que procuram aperfeiçoar o seus desempenhos. No processo de autorregulação os sujeitos internalizam normas de gerenciamento e comportamentos competitivos.

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

De fato, acionar o documento de auditoria era atestar a transparência das ações éticas referentes às demonstrações contábeis - e os *atores* da CAC o acionavam como *estratégia* política para certificar que o SSCF cumpria com aquilo que estava combinado no convênio. Segundo André Fonseca, diretor financeiro em 2012, era importante destacar que as dívidas acumuladas pelo SSCF foram resultado de atrasos no repasse do recurso que levaram a instituição a fazer empréstimos privados para sustentar o seu funcionamento. Percebe-se a importância, para o SSCF, de afirmar que suas dívidas foram causadas pela prefeitura, de expor como o recurso do convênio era repassado e o fato de que a prefeitura não cumpria o que estava combinado no contrato de financiamento. Para André Fonseca a transparência nos processos da política de financiamento da instituição explicitava que ela era confiável e cumpria com suas responsabilidades. O mais interessante, e aqui eu utilizo as análises de Shore (2009), está em observar o processo de auditoria, que nas práticas de transparência une responsabilidade e contabilidade. Ao responder às cobranças

públicas com índices de eficiência no uso do recurso, o SSCF sujeita-se ao novo sistema de gerenciamento municipal, que mede as ações da reforma a partir da responsabilidade em prestar contas. Nesse caso, portanto, o objetivo da auditoria era produzir um documento que reconhecesse a dívida, para que a instituição pudesse continuar investindo nos projetos futuros (cf. ata da reunião do Colegiado Gestor do SSCF, 20/06/2011).

O Termo do Convênio de 2012 afirmava que o Convênio estava sujeito às regras do Sistema Nacional e Municipal de Auditoria do SUS. Em 2011, o Ministério da Saúde publicou *Auditoria do SUS: orientações básicas*, em que explicita uma nova contribuição da prática da auditoria em sua função social de gestão estratégica e participativa em saúde pública (Brasil, 2011b). A auditoria é descrita como um instrumento de gestão do SUS que possibilita a adequada distribuição e utilização do recurso, garantindo, assim, uma assistência de qualidade. Quanto ao objetivo da sua prática, este é avaliar a eficiência, a economicidade das ações e serviços de saúde, oferecer cooperação técnica e corretiva, monitorar o planejamento, e verificar se as informações são confiáveis.

A definição do Ministério da Saúde destacava a atualização da função da auditoria, que não apenas avalia a qualidade das ações de promoção, prevenção e assistência, mas procura minimizar as iniquidades, garantir o acesso, a eficiência da assistência e o controle social. Os gestores são conduzidos a produzir um orçamento eficiente ou capaz de melhorar os indicadores epidemiológicos e de bem-estar social. O modelo de auditoria propõe um modo de funcionamento preparado para resolver os problemas do SUS por meio de ações que promovam a qualidade de vida e a cidadania. Além disso, a auditoria opera ações de cooperação técnica, ou planejamento estratégicos de ações, entre os conselhos municipal, estadual e nacional de saúde. A intenção é produzir uma forma de comunicação entre os gestores para formular ações de reparação das impropriedades, de controle das irregularidades, de avaliação da gestão para consolidar uma rede que melhore a qualidade de vida da população.

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

No entanto, as práticas de auditoria nem sempre são democráticas ou de empoderamento, como assinalam Shore e Wright (1999) em suas análises sobre o ensino superior britânico:

elas podem ser acionadas como um instrumento de restrição, no sentido de que ocultam um esquema de vigilância, minimizam as relações trabalho a dados quantificáveis de fácil inspeção, e adotam mecanismos disciplinares que operam novas formas de coerção neoliberal. Segundo os meus dados de campo, os mecanismos de avaliação e controle utilizados no SSCF não estão em oposição ao Estado, pois conectam as informações sobre as necessidades locais (quantificadas por *professionais*) aos objetivos políticos. Esse rearranjo político destinado à formalização da reforma institucional promoveu (e promove) no SSCF, entre outras coisas, uma função reguladora das experiências, do planejamento de ações futuras, da capacitação dos *professionais* para esse novo *cuidado* que deve ser registrado, e da responsabilidade pela gestão da vida dos usuários.

No SSCF, as ações políticas estavam conectadas de forma *estratégica* às recentes medidas regulatórias do Ministério da Saúde, que governa as instituições por meio de contratos, indicadores, projetos de metas, cálculos de desempenho, avaliação e auditoria. Isso era ainda mais evidente quando a instituição recorria aos indicadores do Ministério da Saúde para produzir o relatório contábil de uma forma auditável, ou seja, mesmo sabendo que os seus indicadores eram mais efetivos para medir a complexidade de sua realidade local. Atrás da aparente neutralidade e objetividade da análise dos números, o Governo Federal verifica se as instituições estão seguindo as normatizações das portarias e controla a sua experiência com a reforma psiquiátrica. Do mesmo modo, as técnicas contábeis utilizadas na avaliação dos custos demonstram os gastos que são verificados por mecanismos de controle social no CMS. O sistema de auditoria, por exemplo, foi criado por autoridades políticas que pensaram a maneira de fazer a gestão dos gastos públicos através de mecanismos de cálculo criados a partir das intenções do Ministério da Saúde. Assim, vemos este “governando ‘a distância’ através da instrumentalização de uma autonomia regulada” (Rose; Miller, 2012, p. 255) dos *professionais*.

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

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

financiamento como uma instituição pública. Aqueles tinham a preocupação de expor que este era um ente público, não uma forma de terceirização. Para afirmar isso formalmente, o SSCF atestava a sua relação contratual com a Secretaria de Saúde explicitando o seu funcionamento em consonância com os parâmetros de auditoria do SUS.

Convênio de Cogestão: entre as negociações e a política de financiamento

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

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

Em minha pesquisa de campo, em uma reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de 11 de janeiro de 2012, o diretor do Departamento de Saúde do município de Campinas explicou a importância da criação de um novo Convênio, necessário para “formatar os planos de trabalho e para responder às formalidades jurídicas com relação ao Convênio PSF, que estava irregular”. Por mais de seis meses, os *atores* da CAC trabalharam na formulação de uma proposta para integrar os 1.308 trabalhadores contratados de forma irregular pelo Convênio PSF à rede de assistência à saúde de Campinas. A proposta não foi aceita, e a prefeitura comprometeu-se, por meio da assinatura do Termo de Ajustamento de Conduta, a realizar concurso público para suprir os *profissionais* que seriam exonerados. Além disso, um novo Convênio era necessário, para adequar a formatação do Plano de Trabalho e *facilitar a prestação de contas*.

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

Em 16 de setembro de 2011, em uma reunião dessa comissão, Carla Machado, que acabara de participar de uma reunião da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em Brasília, havia afirmado que o novo sistema não serve apenas para avaliar os dados, também é uma forma de controle do Governo Federal. Ela se referia ao decreto nº 7.508/2011, que descreve o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde, considerado um acordo de colaboração com o objetivo de organizar e definir “responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros [...], forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde” (Brasil, 2011a). De fato, o discurso que acompanhou a implantação desse novo sistema explicitava, por um lado, o objetivo dos gestores estatais de avaliar os pedidos de recursos públicos, e, por outro, a maneira de produzir uma análise comparativa entre a demanda da realidade e a efetividade das portarias. Segundo disse o diretor financeiro André Fonseca, na mesma reunião, esse processo direcionava a instituição para a construção de indicadores de assistência.

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

Com a publicação da portaria GM/MS nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, o SSCF foi impelido a adequar o SRT, a fim de inscrevê-lo em um cadastro nacional para receber o financiamento do Governo Federal (Brasil, 2011). Segundo uma interlocutora, “a sistematização dos dados é um controle que está sendo produzido, e não apenas um instrumento avaliativo da gestão”. Esse controle externo do Estado provoca, ao mesmo tempo, a sujeição da instituição a se adequar às novas regularizações ministeriais para receber o financiamento mensal e uma sujeição individual, porque os *profissionais* são impelidos a constituir-se conforme as normas pelas quais são governados.

Considerações finais

Apresentei as análises etnográficas sobre a política de financiamento em saúde mental no SSCF. Expus as concepções dos meus interlocutores sobre a ideia de política operada nas relações de cuidado e na relação de parceria firmada no Convênio de Cogestões entre o SSCF e a prefeitura de Campinas. Para compor a análise da noção nativa de política, tecí uma breve revisão bibliográfica sobre os estudos de antropologia *da* política. Além de expor como se configurava a fabricação técnica da política no SSCF por meio da produção de documentos, destaquei como os meus interlocutores sabem fazer a política por meio de um saber experimental e estratégico de negociação com os agentes da burocracia municipal.

Para os profissionais do SSCF, a política é uma forma de *atuação* em espaços públicos e em suas experimentações cotidianas. A política pode ser identificada nas práticas de escrita do texto do Convênio de Cogestão, nas estratégias de negociação, na administração dos conflitos, nas práticas de governo, avaliação e gestão dos *usuários*. Ao escrever o texto do Convênio, os *profissionais* do SSCF procuram criar brechas burocráticas para assistir determinadas demandas que não estão previstas em portarias. Os profissionais, nesse caso, produzem ações criativas que são consideradas como experimentações políticas capazes de justificar as ações de cuidado e seu financiamento. A política, nesse caso, é pensada como uma experimentação prática, e o Estado composto pelas *atuações* e ações das pessoas em suas experiências cotidianas com a equipe e as instituições, que operam estratégias e práticas no interior dos mecanismos sociais.

A partir dos meus dados etnográficos, posso afirmar que os mecanismos de avaliação e controle utilizados no SSCF não se opõem ao Estado, uma vez que eles conectam as informações (sobre as necessidades e demandas locais) registradas pelos *profissionais* aos objetivos políticos formalizados em portarias ministeriais. Esse rearranjo político, que objetiva normatizar a reforma psiquiátrica no SSCF, promove uma função reguladora das experiências, do planejamento de ações, da otimização do trabalho, dos registros e da responsabilidade pela gestão da vida dos *usuários*.

Uma das partes mais importantes do artigo é o acionamento da noção de “tempo da política” para analisar o funcionamento da política em seus processos burocráticos,

como as *estratégias* de prorrogação, os prazos de entrega de documentos, o cronograma de execução dos projetos. Os compromissos públicos que atestam a transparência institucional e as táticas de negociação para conseguir renovar o convênio de financiamento foram analisados a partir dos estudos da “cultura de auditoria”.

Minha ideia foi evidenciar como a “cultura de auditoria” se materializa em práticas de avaliação que impõem uma lógica de funcionamento gerencial e de controle dos investimentos públicos em saúde. As práticas de auditoria direcionam as ações dos *professionais* para resolução dos problemas do SUS, ao mesmo tempo em que produzem um orçamento eficiente. Além disso, essas práticas são formas de governo do Ministério da Saúde sobre os acordos da política de financiamento em saúde mental. A forma de governo operada por meio de auditorias, indicadores e metas expõe a realidade social em uma linguagem que pode ser inspecionada, vigiada e planejada.

Trata-se de explicitar o modo de controle do Estado por meio de avaliações e pela publicação de novas normativas. Em outras palavras, as tecnologias de governo acionadas pelo Estado visam, por um lado, adequar as instituições (fabricadas no processo de Reforma Psiquiátrica) às novas regularizações ministeriais para receber o financiamento mensal. Por outro lado, as tecnologias de governo produzem *professionais* que calculam a realidade a partir de normas administrativas ao interiorizar as normas pelas quais são governados, ao mesmo tempo em que fabricam outros indicadores e metas que acabam por fixar suas condutas e ações de cuidado.

Referências

- ADLER, Robert; EWING, John; TAYLOR, Peter. Estatísticas de citações. *Revista Mediações* - Dossiê: C&T – Análises sobre a cultura da avaliação na produção acadêmica, Londrina, v. 14, n. 1, p. 69-100, 2009.
- BARREIRA, César. *Crimes por Encomenda*. Violência e Pistola no Cenário Brasileiro. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/nuap, 1998.
- BARREIRA, Irlys; PALMEIRA, Moacir (Org.). *Candidatos e Candidaturas*. Enredos de Campanha Eleitoral no Brasil. São Paulo: Annablume/nuap, 1998.
- BEZERRA, Marcos Otávio. *Em Nome das “Bases”*. Política, Favor e Dependência Pessoal. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/nuap, 1999.
- BEZERRA, Marcos Otávio; HEREDIA, Beatriz; PALMEIRA, Moacir. Introdução. In: _____. *Política, governo e participação popular: conselhos, orçamento participativo e outras experiências*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2012. p. 11-43.
- BORGES, Antonádia. *Tempo de Brasília*. Etnografando Lugares-eventos da Política. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/nuap, 2003.
- BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 11 mar. 2019.
- _____. *Decreto no 7.508, de 28 de junho*. 2011a. 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 dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 11 mar. 2019.

- _____. *Auditoria do SUS: orientações básicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 48 p.
- _____. Ministério da Saúde. *Temário Oficial*. Ementas dos Eixos e Sub-Eixos Elaborados pela Comissão Organizadora. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010. 46 p.
- _____. *Portaria n. 106/GM, de 11 de fevereiro, 2000*. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2009.
- _____. *Portaria n. 3.090/GM, de 23 de dezembro de 2011*. 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].). 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 05 abr. 2019.
- CAMARGO, Michelle. *Dentre Muros: uma etnografia sobre um hospital psiquiátrico*. 2017. 104 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.
- CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. *Lei Municipal n. 6.215, 9 de maio de 1990*. Autoriza o poder executivo a celebrar convênio com o sanatório “DR. Cândido Ferreira”, visando o funcionamento e gerencialmente comum de suas atividades. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/sp/c/campinas/lei-ordinaria/1990/622/6215/lei-ordinaria-n-6215-1990-autoriza-o-poder-executivo-a-celebrar-convenio-com-o-sanatorio-dr-candido-ferreira-visando-o-funcionamento-e-gerencialmente-comum-de-suas-atividades>>. Acesso em: 05 abr. 2019.
- CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Casa de saúde Dr. Cândido Ferreira. 1990. Convênio que entre si celebram a Prefeitura Municipal de Campinas e a Casa de Saúde Dr. Cândido Ferreira, para estabelecimento de um funcionamento e gerenciamento comum de suas atividades. 23 de julho de 1990. 4p.
- CANESQUI, Ana M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 109-124, 2003.
- CARDOSO, Marina D. *Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade*. São Carlos: Fapesp/EdUFSCar, 1999.
- CARVALHO, Emílio N. A malha nervosa da reforma psiquiátrica no Brasil: limites e impasses do atendimento aos grupos populares urbanos. *Ciências Humanas e Sociais em Revista*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 38-54, 2014.
- CARVALHO, Marcos. Dilemas na/da Reforma Psiquiátrica: notas etnográficas sobre o cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (Org.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 79-104.
- CHAVES, Christine Alencar. *A Marcha Nacional dos Sem Terra. Um Estudo Sobre a Fabricação do Social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/nuap, 2000.
- COMERFORD, John Cunha. *Como uma Família. Sociabilidade, territórios de parentesco e sindicalismo rural*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/nuap, 2003.
- COMERFORD, John Cunha; BEZERRA, Marcos Otávio. Etnografias da política: uma apresentação da Coleção Antropologia da Política. *Análise Social*, Lisboa, v. 207, n. 2, p. 2182-2999, 2013.
- DIAS, Marcelo K. *Centros de Atenção Psicossocial: do modelo institucional à experiência social da doença*. 2007. 262 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas brasileiras*. Rio de Janeiro: JZE/CNPq, 1986.
- FONSECA, Claudia. Avaliação dos programas de pós-graduação: do ponto de vista de um nativo. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 7, n. 16, p. 261-275, 2001.
- FORTES, Meyer; EVANS-PRITCHARD, Edward E. *African Political Systems*. Oxford: Oxford University Press, 1940.
- GAMA, Zacarias Jaegger. Textos de avaliação na web: para uma política de incentivo às publicações virtuais. *Revista Mediações*, Londrina, v. 14, n. 1, p. 101-116, 2009.

- GEERTZ, Clifford. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- GÓES FILHO, Paulo de. *O Clube das Nações. A Missão do Brasil na ONU e o mundo da diplomacia parlamentar*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/nuap, 2003.
- GOLDMAN, Marcio. *Alguma Antropologia*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/nuap, 1999.
- _____. *Como funciona a democracia: uma teoria etnográfica da política*. Rio de Janeiro: 7letras, 2006.
- HEREDIA, Beatriz; TEIXEIRA, Carla; BARREIRA, Irlys (Org.). *Como se fazem eleições no Brasil*. Estudos Antropológicos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.
- HULL, Elizabeth. Paperwork and the contradictions of accountability in a South African hospital. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, N.S., v. 18, n. 3, p. 613-632, 2012.
- KUSCHNIR, Karina. *Eleições e representação no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/nuap, 2000.
- LEACH, Edmund Ronald. *Political Systems of Highland Burma: A study of Kachin social structure*. London: The Athlone Press Ltd, 1964.
- LEITE LOPES, José Sérgio (Coord.). *A Ambientalização dos Conflitos Sociais. Participação e controle público da poluição industrial*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/nuap, 2004.
- LOUGON, Maurício. *Os caminhos da mudança: alienados, alienistas e a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica pública*. 1987. 198 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1987.
- MALUF, Sônia W. Biolegitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil. In: MALUF, Sônia W.; SILVA, Erica Q. (Org.). *Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde. Etnografias comparadas*. Florianópolis: Editora UFSC, 2018.
- MARQUES, Ana Claudia. *Intrigas e questões. Vingança de família e tramas sociais no sertão de Pernambuco*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/nuap, 2002.
- MARQUES, Ana Claudia et al. *Conflitos, política e relações pessoais*. Fortaleza: UFC-Funcap_cnpq; Campinas: Pontes Editores, 2007.
- MIRANDA, Júlia. *Carisma, sociedade e política. Novas linguagens do religioso e do político*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/nuap, 1999.
- MONNERAT, Silvia B. Sociabilidade como tratamento: estudo etnográfico de um centro de convivência para pacientes psiquiátricos. *Revista Tempus*, Brasília, v. 5, n. 2, p. 143-159, 2011.
- MUNHOZ, Sara R. A elaboração dos documentos na medida. *Revista de Antropologia da UFSCar*, São Carlos, v. 5, n. 2, p. 70-78, 2013.
- PALMEIRA, Moacir; BARREIRA, C. (Org.). *Política no Brasil. Visões de antropólogos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/nuap, 2006.
- PALMEIRA, Moacir; GOLDMAN, Marcio (Org.). *Antropologia, voto e representação política*. Rio de Janeiro: Contracapa, 1996.
- PALMEIRA, Moacir; HEREDIA, Beatriz. *Política ambígua*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/nuap, 2010.
- PEIRANO, Mariza. *A teoria vivida e outros ensaios de antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.
- POLICARPO, Frederico. *O consumo de drogas e seus controles: uma perspectiva comparada entre as cidades do Rio de Janeiro, Brasil, e de San Francisco, EUA*. 2013. 207 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.
- RADOMSKY, Guilherme Francisco Waterloo. Pós-desenvolvimento, indicadores e culturas de auditoria: reflexões críticas sobre governança e desenvolvimento. *Ciências Sociais Unisinos*, São Leopoldo, v. 49, n. 2, p. 155-163, 2013.
- RILES, Annelise. *The network inside out*. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2001.



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

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

SCOTTO, Gabriela. *As (difusas) fronteiras entre a política e o mercado*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/nuap, 2004.

SHORE, Cris. 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, 2009.

SHORE, Cris; DURÃO, Susana. From a political anthropology to an anthropology of policy: interview with Cris Shore. *Etnográfica*, v. 14, n. 3, p. 595-614, out. 2010.

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

SILVA, Antonio Ozaí. A sua revista tem Qualis?. *Revista Mediações - Dossiê: C&T – Análises sobre a cultura da avaliação na produção acadêmica*, Londrina, v. 14, n. 1, p. 117-124, 2009.

SILVA, Martinho 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.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos de. (Org.) *Gestar e Gerir. Estudos para uma Antropologia da Administração Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/nuap, 2002.

STRATHERN, Marylin. Melhorar a classificação: avaliação no sistema universitário britânico. *Novos Estudos*, São Paulo, v. 1, n. 53, p. 15-31, 1999.

_____. (Ed.). *Audit cultures: anthropological studies in accountability, ethics and the academy*. London/New York: Taylor & Francis e-Library, 2000a. p. 279-303.

_____. The tyranny of transparency. *British Educational Research Journal*, Londres, v. 26, n. 3, p. 309-321, 2000b.

STREET, Alice. Seen by the state: bureaucracy, visibility and governmentality in Papua New Guinean Hospital. *The Australian Journal of Anthropology*, Sydney, Austrália, v. 23, n. 1, p. 1-21, 2012.

YUNI, J. e CATOGGIO, M. La cultura de la auditoría como praxis disruptiva de las prácticas universitarias. *Praxis Educativa*, Ponta Grossa, Paraná, v. 13, n. 3, p. 25-33. 2009.

VENÂNCIO, Ana T. A. *Sobre a “nova psiquiatria” no Brasil*: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. 1990. 216 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

VILLELA, Jorge Mattar. Família como grupo? Política como agrupamento? O Sertão de Pernambuco no mundo sem solidez. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 201-246, 2009.

Anthropology of politics and “audit culture”: ethnography of mental health finance policy

Abstract

This text intends to describe how the ethnographic material on mental health financing leads to a bibliographical review about the way the policy and audit culture are produced. More specifically, I will discuss how the research interlocutors produce funding policy through a co-management agreement. For this discussion, I will use studies on anthropology of politics. Moreover, I will present contributions from Marilyn Strathern and Cris Shore to the debate, as they develop reflections to understand the auditing culture. This article's idea is to examine the way theoretical and bibliographic discussions emerge from this ethnographic research field.

Keywords: Ethnography, mental health funding, anthropology of politics, audit culture.

Antropología de la política y “cultura de auditoría”: etnografía de la política de financiamiento en salud mental

Resumen

Este texto pretende apuntar cómo el material etnográfico sobre la financiación en salud mental conduce a una revisión bibliográfica acerca del modo de producción de la política y de la cultura de auditoría. Más específicamente, tratará de cómo los interlocutores de la investigación fabrican la política de financiamiento a través de un Convenio de Cogestión. Para esa discusión sacaré de los estudios de la antropología de la política. De forma complementaria, presento las contribuciones de Marilyn Strathern y Cris Shore para el debate en la medida en que elaboran reflexiones para entender la cultura de auditoría. La idea del artículo es presentar el modo como discusiones teóricas y bibliográficas emergen de ese campo de investigación etnográfico.

Palabras clave: Etnografía, la financiación en salud mental, antropología de la política, cultura de auditoría.

Data de recebimento do artigo: 30/06/2017

Data de aprovação do artigo: 02/09/2018