

Digitalização e gestão de dados sobre a política de financiamento em saúde mental infantil, em Campinas¹

Lecy Sartori²
Unifesp/Unimes³

A partir de minha pesquisa etnográfica sobre o emaranhado burocrático da política de financiamento em saúde mental, descrevo o modo como os meus interlocutores de pesquisa, os profissionais do Centro de Convivência e Arte (Ceco) e do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), acionam e alimentam uma plataforma digital de gestão municipal, em Campinas. O ponto de partida é apresentar quais ações e práticas de cuidado são escritas em formato digital para serem disponibilizados na plataforma. Em seguida, exponho como esses dados são analisados por gestores municipais que verificam as metas, analisam os indicadores e disponibilizam ou inviabilizam o financiamento. A ideia principal é mostrar os efeitos da transposição dos contextos institucionais em formato digital para angariar o repasse do recurso público.

Palavras-chave: Digitalização, gestão de dados, política de financiamento, saúde mental infantil.

Introdução

Em minha pesquisa de pós-doutorado, etnografei o 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), em Campinas - SP. Minha intenção foi descrever o modo como a demanda de cuidado identificada nos atendimentos era registrada, escrita e codificada de forma burocrática em documentos que permitiam aos gestores municipais e federais produzirem ações e políticas de intervenção para uma parcela da população que necessita de assistência em saúde mental infantil. Realizei a pesquisa de campo em dois serviços que atendem crianças e

¹ Trabalho apresentado na 32ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 30 de outubro e 06 de novembro de 2020.

² Gostaria de agradecer as coordenadoras do GT-20 (Big data e thick data: pensando o lugar da antropologia digital) Débora Krischke Leitão (UQAM - Université du Québec à Montréal) e a Laura Graziela F. de F. Gomes (UFF - Universidade Federal Fluminense) pela possibilidade de apresentar uma parte da minha pesquisa de pós-doutorado.

³ Pós-doutoranda na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e Docente da Universidade Metropolitana de Santos (Unimes).

seus familiares, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) Carretel e o Centro de Convivência e Arte (Ceco) Espaço das Vilas.

O material etnográfico apresenta o modo como as informações sobre as práticas de cuidado são transformadas em uma linguagem burocrática que é digitalizada em uma plataforma federal e em um site municipal. Essas informações codificadas virtualmente são analisadas por gestores federais e municipais que liberam ou não a destinação do recurso.

A pesquisa mostrou que os dados da população assistida digitalizados em plataformas virtuais não são utilizados para pensar estratégias de ações de políticas de saúde mental infantil, mas para realizar a gestão do recurso e para a normatização das atividades institucionais acordada no convênio de financiamento. Essa forma de gestão do recurso que direcionam as intervenções de assistência nos serviços apresenta um modo de operar práticas de avaliação e auditoria do Estado.

Este paper está dividido em três partes. Primeiro, apresento o campo de pesquisa, os documentos produzidos para prestar contas da política de financiamento. Em seguida, exponho a avaliação do Estado e a necessidade de conhecer a população para fazer a gestão da destinação do dinheiro público. Por fim, na última parte, descrevo os indicadores de metas e desempenho para analisar o direcionamento das práticas de cuidado nos serviços estudados.

Pesquisa de Campo, Documentos e Política de Financiamento

A pesquisa de campo foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2016⁴ no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) Carretel e o Centro de Convivência e Arte (Ceco) Espaço das Vilas. Em campo, observei o modo como a demanda de assistência é transformada em informações que são utilizadas na elaboração de ações e estratégias de cuidado. Essas informações são registradas em documentos individuais dos usuários (prontuário, encaminhamentos, Projeto Terapêutico Individual, caso clínico) e documentos institucionais (os relatórios, os indicadores de metas, os ofícios e os orçamentos). Os registros das informações são utilizados tanto para a

⁴ Estava prevista um retorno ao campo, em 2018, que foi impossibilitado pela falta de financiamento à pesquisa.

elaboração das intervenções de cuidado como para compor documentos que justificam o financiamento federal e municipal.

O CAPSij e o Ceco recebem financiamentos diferentes. O CAPSij, por ser um serviço de saúde mental formalizado em portarias ministeriais, recebe o financiamento do governo federal. O Ceco, por sua vez, não está regulamentado e depende do financiamento municipal.

O repasse do financiamento federal, de aproximadamente trinta e três mil reais mensais, para o CAPSij é garantido pela portaria n. 3.089 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a), que institui o recurso para o custeio das ações da assistência psicossocial. Além disso, há o repasse variável do recurso financeiro para o custeio de ações de média e alta complexidade. Garantido e calculado a partir do preenchimento do documento de Registros das Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS). O Ministério da Saúde calcula o repasse variável por meio da soma das ações de alta complexidade realizadas, como os acolhimentos (diurno, noturno, terceiro turno das 18h às 21h); os atendimentos (individuais, em grupo, familiar e domiciliar); as práticas corporais; as práticas expressiva e comunicativa em Centro de Atenção Psicossocial; a atenção à crise; as ações de reabilitação psicossocial e a promoção de contratualidade no território⁵.

Além da RAAS, o governo federal normatizou mais dois documentos. O Boletim de Produção Ambulatorial – Dados Individualizados (BPA-I) e o Boletim de Produção Ambulatorial – Dados Consolidado (BPA-C). O BPA-I é preenchido com os dados sobre a identificação do serviço, do profissional, do paciente e do “procedimento realizado” (acolhimento inicial em CAPS, alimentação, pernoite de paciente e acompanhante). O BPA-C é preenchido com os dados de identificação e dos procedimentos (como: ações de articulação de redes; fortalecimento do protagonismo de usuários de CAPS e seus familiares; matriciamento; ações de redução de danos; acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico; apoio à Serviço Residencial de caráter transitório, Matriciamento de equipes de Pontos de Atenção de Urgência e Emergência e Serviços hospitalares que assistem pessoas em sofrimento, ou transtorno mental, ou necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas).

⁵ O mesmo que acompanhar o usuário em sua vida cotidiana, em sua casa ou trabalho; em iniciativas que visam produzir rendas por meio de empreendimentos solidários; em relações sociais com os seus familiares, vizinhos e amigos.

O financiamento municipal é negociado por meio de um convênio entre o SSCF e a Secretaria Municipal de Campinas. No convênio votado em junho de 2017, o SSCF assinou um novo contrato de financiamento. Considerando que os Cecos não estão normalizados em portarias, a justificativa de sua existência está no discurso formulado sobre a eficácia do cuidado preventivo realizado em seu espaço por meio de atividades educacionais, culturais, musicais, de arte, lazer e esporte.

Tanto no CAPSij como no Ceco as profissionais de administração digitalizam os dados descritos no BPA-I, BPA-C e na RAAS em uma planilha do *Excel* (encaminhada para o SSCF) e no site do Ministério da Saúde por meio da plataforma do DATASUS. O DATASUS é o sistema que administra as informações de saúde promovendo a coleta, processo e disseminação de dados (assistenciais, epidemiológicos, socioeconômicos, geográficos, da rede de assistência e do financiamento). O sistema do DATASUS integra a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde que tem por objetivo aperfeiçoar a gestão e o controle social (feito por meio de mecanismos de participação como os Conselhos e Conferências de Saúde). O acesso à informação está vinculado à ideia de aprimoramento da gestão, controle social sobre os recursos públicos, descentralização das atividades e democratização da saúde.

Em outro contexto da pesquisa de campo, em uma conversa Júlia (secretária do Ceco Espaço das Vilas, que trabalha no SSCF há mais de oito anos) explicou a forma como contabiliza os indicadores em uma planilha no *Excel*. Segundo Júlia, as planilhas são encaminhadas para o SSCF para compor o relatório de metas que fica disponibilizado em um sistema que pode ser acessado pelo Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional (DGDO) da Prefeitura de Campinas. Além do DGDO, a Central de Avaliação e Controle (CAC) da Prefeitura analisa os indicadores atualizados na plataforma mensalmente. A CAC analisa três indicadores do Ceco Espaço das Vilas. São eles: o número de usuários, o número de oficinas e o número de voluntários. Se a instituição não atingir a meta prevista no orçamento, o DGDO não repassa a verba.

Segundo Júlia, o número de usuários não indica a frequência, ou seja, não quantifica a frequência em que uma pessoa foi ao Ceco. Em outras palavras, se uma pessoa foi ao Ceco uma vez ao mês e se outra foi vinte é quantificada uma única vez. Isso indica que o DGDO não contabiliza o número de usuários em sua regularidade, necessidade e acesso ao espaço do Ceco. Esse cálculo, que apresentaria de forma qualitativa a

regularidade da assistência no Ceco, segundo minha interlocutora, deveria ser realizado por meio de outros indicadores.

Pode-se afirmar que esse processo que transforma os usuários/sujeitos/cidadãos em números objetivos passíveis ao cálculo, suprime os dados subjetivos e apresenta uma realidade segmentada⁶ (Rouvroy; Berns, 2010). Vale ressaltar que os cálculos elaborados a partir de dados de um segmento da realidade apresentam uma reconfiguração do contexto (Gillesp, 2014). Além de expor a relação entre a dimensão técnica da produção de dados e suas implicações políticas, ou seja, o repasse do recurso que permite o funcionamento institucional e a assistência dos usuários. Pode-se afirmar que a relação entre técnica e política impactam diretamente a vida dos cidadãos (Latour, 1994; Silveira, 2017) assistidos.

Podemos observar como as diferentes maneiras de repasse dos recursos públicos compõem a política de financiamento em saúde em Campinas. Além de jogar luz para as formas de registro de informações sobre a população assistida e sua digitalização em forma de dados em plataformas que são acessadas pelo governo municipal e pelo governo federal.

Financiamento Municipal e Financiamento Federal

Na pesquisa de campo observei como os profissionais do CAPSij e do Ceco produzem o cuidado avaliando as demandas e problematizando a forma de financiamento de suas práticas destinadas às crianças e adolescentes assistidos. A escolha por essas duas instituições me pareceu rentável, uma vez que o CAPSij está normatizado em portarias ministeriais e recebe o financiamento federal. Ao contrário do Ceco que depende do financiamento do Convênio do SSCF. O Ceco, por não estar regulamentado em portarias, justifica o seu financiamento por meio do discurso formulado sobre a eficácia do cuidado produzido em suas atividades educacionais, culturais, musicais, de convivência, de arte, lazer e esporte para as pessoas da comunidade e para os usuários da rede de saúde mental. Os serviços são avaliados por meio dos indicadores de metas disponibilizados mensalmente em uma plataforma da Prefeitura.

⁶ O funcionamento de uma prática estatística que evita os aspectos individuais mostrando uma parte da realidade foi descrito, por Rouvroy; Berns (2015), como elementos que também compõe a governabilidade algorítmica.

Sabe-se que o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira recebe recursos do governo federal e do governo municipal. O recurso do governo federal é denominado de recurso pré-fixado que corresponde ao valor destinado para as instalações, mobiliária e equipamentos que são considerados imprescindíveis para o cumprimento do objetivo descrito no contrato do Convênio. O recurso do governo municipal é denominado de pós-fixado, uma vez que serão repassado mediante ao cumprimento das metas.

Valor Pré Fixado	Recurso Federal	R\$	2.323.000,00
Valor Pós Fixado	Recurso Municipal	R\$	3.587.000,00
TOTAL		R\$	5.910.000,00

1. Tabela (SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA. 2018: 45).

Pode-se afirmar que o recurso é repassado se o serviço cumprir as metas físicas e de desempenho. Os indicadores de metas físicas copreendem 70% e os indicadores de desempenho representam 30% do total dos recursos pós-fixados. Conforme descrito no texto do Convênio, os valores foram estabelecidos a partir da quantidade, da relevância e do tipo de serviços que compõe a Rede de Atenção Psicossocial.

Segue uma tabela com os valores de referência dos recursos pré-fixados e pós-fixados:

SERVIÇO	UNITÁRIO	Indicadores Físicos 70% do pós-fixado	Indicadores Desempenho 30% do pós-fixado	TOTAL por tipologia	Indicadores Físicos 70% do pós-fixado	Indicadores Desempenho 30% do pós-fixado
CAPS III	R\$ 300.000,00	R\$ 210.000,00	R\$ 90.000,00	R\$ 1.500.000,00	R\$ 1.050.000,00	R\$ 450.000,00
CAPS III ESPERANÇA*	R\$ 550.000,00	R\$ 385.000,00	R\$ 165.000,00	R\$ 550.000,00	R\$ 385.000,00	R\$ 165.000,00
CAPS AD III	R\$ 230.000,00	R\$ 161.000,00	R\$ 69.000,00	R\$ 690.000,00	R\$ 483.000,00	R\$ 207.000,00
CAPS i	R\$ 130.000,00	R\$ 91.000,00	R\$ 39.000,00	R\$ 260.000,00	R\$ 182.000,00	R\$ 78.000,00
Consultório na Rua	R\$ 85.000,00	R\$ 59.500,00	R\$ 25.500,00	R\$ 85.000,00	R\$ 59.500,00	R\$ 25.500,00
CECOS	R\$ 55.000,00	R\$ 38.500,00	R\$ 16.500,00	R\$ 275.000,00	R\$ 192.500,00	R\$ 82.500,00
Gera Renda	R\$ 100.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 140.000,00	R\$ 60.000,00
Ponto de Cultura	R\$ 27.000,00	R\$ 18.900,00	R\$ 8.100,00	R\$ 27.000,00	R\$ 18.900,00	R\$ 8.100,00
TOTAL				R\$ 3.587.000,00	R\$ 2.510.900,00	R\$ 1.076.100,00

* Inclui os 05 SRT de Alta Complexidade

2. Tabela (SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA. 2018: 45).

Destaco os valores unitários do CAPSij e do Ceco que receberam respectivamente R\$130 mil reais e R\$ 55 mil reais mensais. O CAPSij o valor unitário foi dividido em recurso pré-fixado (70%) R\$91 mil reais e pós-fixado (30%) R\$ 39 mil reais. Enquanto o Ceco recebeu como valor pré-fixado R\$38.500 (trinta e oito mil e quinhentos reais) e como valor pós-fixado R\$16.500 (dezesesseis mil e quinhentos reais).

Os dados que apresentam as metas e os indicadores, do CAPSij Carretel e do Ceco Espaço das Vilas, são disponibilizados no site da Prefeitura. Os gestores municipais analisam o cumprimento das metas. Caso algum serviço não consiga atingir a meta de atividades automaticamente o financiamento do mês seguinte não é encaminhado em sua totalidade. O serviço pode se organizar para cumprir as metas e voltar a receber o recurso de forma integral.

Auditoria de Dados, Indicadores e Metas

Segundo o texto do Convênio, os indicadores apresentam as informações sobre as características dos processos e os “resultados das ações realizadas” (SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA, 2018: 35). São dois tipos de indicadores monitorados durante a execução do Convênio: os indicadores de metas físicas e os indicadores de desempenho.

Os indicadores de metas físicas são monitorados em cada serviço e refere-se a 70% do recurso financeiro. Os indicadores de metas físicas são registrados em documentos institucionais como: BPA-I, BPA-C e RAAS. A Coordenadoria de Avaliação e Controle analisa todos os documentos. Em caso de não cumprimento das metas, o recurso não é repassado de forma integral. Segundo o texto do convênio o repasse é 100% se os registros indicarem a realização de 90% de metas, o repasse será de 95% se a instituição cumprir 85% a 89,9% da meta, o recurso será repassado de forma proporcional se o cumprimento da meta for inferior a 79,9%. Os dados são analisados pelo Ministério da Saúde e disponibilizados após três meses.

No texto do Convênio, firmado em 2018, apresenta o custeio total, que inclui custeio (R\$25.275,81) e recursos humanos (R\$167.587,46), mensal do CAPSij Carretel no valor de R\$192.863,27 reais (SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA, 2018: 35). Segue a tabela que apresenta os indicadores de metas físicas com os

respectivos números de procedimentos acordados para serem realizados no CAPSij, entre junho de 2018 e maio de 2019.

Total por Tipo de Registro		Espaço Criativo	Carretel	Valor total do Registro
Registro	BPAI-I	158	158	R\$ 16.546,00
	BPA-c	16	16	R\$ 8.273,00
	RAAS	1232	1380	R\$ 66.181,00
				R\$ 91.000,00

3. Tabela (SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA. 2018: 22).

Na figura (que visualizamos acima), observamos os valores repassados pelo número de procedimentos acordados como metas.

Além disso, no texto do Convênio encontramos o custeio total do Ceco Espaço das Vilas no valor mensal de R\$37.008,42 (trinta e sete mil e oito reais e quarenta e dois centavos) que inclui custeio (R\$ 2.791,05) e recursos humanos (R\$167.587,46) (SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA. 2018: 24). O Ceco Espaço das Vilas apresenta como meta física os registros documentais do atendimento de 180 pacientes por mês.

Os indicadores de desempenho são avaliados mensalmente por meio da inspeção de uma quantidade percentual dos serviços contratados. As metas de desempenho serão verificadas por meio das informações das metas físicas. Em caso de não cumprimento das metas, os valores acordados serão ajustados mensalmente conforme os critérios denominados de indicadores de qualidade. Os indicadores de qualidades, já descritos no texto do Convênio, são avaliados e monitorados durante a vigência do contrato de financiamento. Os indicadores qualitativos (são acionados para avaliar a utilização dos recursos municipais pós-fixado) estão organizados em três eixos (1. processo de trabalho, 2. qualificação da assistência, 3. pesquisa e ensino). Apresento os dados da “matriz de indicadores qualitativos para o monitoramento e avaliação da execução do convênio” (SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA, 2018: 40).

O primeiro eixo, “Processo de Trabalho”, é composto por quatro indicadores como: solicitação de internação psiquiátrica (atualização diária), números de leitos ocupados (atualização diária ou quando tiver alteração), projeto de reabilitação psicossocial,

número de pacientes atendidos em CAPS. A maioria dos indicadores são monitorados mensalmente. O SSCF recebe o recurso dos três primeiros indicadores (solicitação de internação psiquiátrica, números de leitos ocupados, projeto de reabilitação psicossocial) se encaminhar a solicitação de internação, o censo de leitos ocupados e o relatório de desempenho. Caso contrário, não recebe o financiamento. Sobre o último indicador, o serviço receberá o recurso compatível ao número de pacientes atendidos. Ou seja, se atender 100% recebe 100% do recurso, se atender 90% recebe 90% e se atender menos de 90% não recebe.

Os indicadores de qualificação da assistência, descritos no segundo eixo, estão vinculados à ideia de “boas práticas em saúde mental”. Essas “boas práticas” são medidas por oito indicadores, como: adequada ocupação de leitos em CAPSIII (taxa média de ocupação de 60%), adequada ocupação de leitos em CAPSADIII (taxa média de ocupação de 65%), adequada taxa de permanência em CAPSIII (média de permanência entre 4 a 12 dias), adequada taxa de permanência em CAPSADIII (média de permanência entre 4 a 10 dias), organização e transparência documental (prontuário único, informações da RAAS e do BPC-I devem constar no prontuário, rotinas de manuseio adequado de documentos para melhorar o processo de trabalho e a assistência), assistência médica (CAPSij – 60h semanais divididas entre psiquiatras, pediatras e/ou clínico). Os indicadores do eixo de qualidade da assistência são avaliados mensalmente, exceto o indicador de organização e transparência documental.

O recurso financeiro será destinado 100% no caso de ocupação dos leitos em CAPSIII ser superior ou igual a 60%. Se o serviço apresentar a taxa de ocupação inferior, o repasse será proporcional. Já o segundo indicador de taxa de ocupação de leitos em CAPSADIII, os serviços receberão 100% do recurso se a ocupação for de 65% ou mais, caso seja inferior a 65% receberá o valor proporcional. Sobre o indicador de permanência em CAPSIII, o recurso será destinado 100% se atingir a média de 4 a 12 dias, de 90% do repasse do recurso se a média de permanência for de 3 a 3,9 dias ou 12,1 a 14 dias, de 80% se a média de permanência for inferior a 3 dias ou superior a 14 dias. Sobre o indicador de permanência em CAPSADIII, o recurso será destinado 100% se atingir a média de 4 a 10 dias, de 90% do repasse se a média de permanência for de 3 a 3,9 dias ou 10,1 a 12 dias, de 80% se a média de permanência for inferior a 3 dias ou superior a 12 dias. Sobre o indicador de organização e transparência documental (avaliado anualmente), o serviço receberá 100% do recurso se os registros de

produtividade forem iguais aos dados presentes nos prontuários, em caso de incompatibilidade dos registros não será repassado o recurso. Sobre o indicador de assistência médica o CAPSij receberá 100% do recurso se cumprir a carga horária de 60h semanais, não receberá o recurso se a carga horária for inferior a 85% da acordada no Convênio.

O terceiro e último eixo denominado de “ensino e pesquisa” compreende os indicadores de qualidade do ensino-aprendizado no serviço (viabilizar preceptores capacitados para os residentes) e boas práticas de ensino-aprendizagem e segurança do paciente (avaliação semestral dos residentes, processos de ensino-aprendizagem considerando a segurança do paciente). Sobre o financiamento, para o indicador ensino-aprendizado no serviço será repassado 100% do recurso se apresentar um preceptor para no mínimo 4 alunos, se não apresentar o mínimo acordado não receberá o recurso. No caso do indicador ensino-aprendizagem e segurança do paciente, receberá 100% do recurso se apresentar o relatório semestral de avaliação da residência.

A partir do material etnográfico é possível observar a gestão e o controle das práticas assistenciais por meio da digitalização dos dados e da avaliação orçamentária. Vemos, assim, o que Power denominou de a “reinvenção das práticas de governo” (Power, 1994) operando por meio de práticas de avaliação de indicadores e metas. Observamos isso funcionando no processo de codificação e digitalização de dados expostos para as inspeções do contrato de metas estabelecido no convenio de financiamento entre o SSCF e a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Os estudos da “cultura de auditoria” (Strathern, 1999, 2000a, 2000b; Shore e Wright, 1999) apontam para a conexão entre os exames das atividades práticas, as formas de quantificação numérica dos resultados e a sua escrita como modos de materialização de contextos sociais em dados disponibilizados para a avaliação. De acordo com Shore (2009), a avaliação não é só uma prática, mas um *processo* e um conjunto de práticas gerenciais disseminadas em diferentes contextos e utilizadas para medir e monitorar os aspectos da vida social e profissional.

Pode-se afirmar que o monitoramento e a avaliação das metas são formas de gestão dos recursos financeiros e não apenas uma forma de otimização, normatização ou adequação das práticas de saúde (Sartori, 2019). De fato, o orçamento que compõe o Convênio é um “dispositivo de gestão” (Bezerra, 2012) do Estado, além de ser uma tecnologia (ao

operar uma racionalização que apresenta o contexto local de forma calculável), é um mecanismo biopolítico⁷ (Collier, 2005), uma vez que articula a produção do conhecimento sobre a população assistida e o direcionamento/adequação das práticas de cuidado por meio do repasse do recurso financeiro.

Considerações finais

Com esta comunicação, apresentei a minha pesquisa sobre o emaranhado burocrático da política de financiamento em saúde mental infantil. Destaquei a forma como funciona a política de financiamento em duas instituições, o CAPSij Carretel e o Ceco Espaço das Vilas, da Rede Atenção Psicossocial do Serviço de Saúde Cândido Ferreira (SSCF). Descrevi o processo de registro das informações pelos profissionais (do CAPSij e do Ceco), a digitalização realizada por técnicos administrativos e disponibilizado em plataformas do governo federal e municipal.

A disponibilização dos dados faz parte de uma política de transparência e controle social do SUS. O processo de análise dos dados digitalizados é realizado por gestores municipais que conferem o cumprimento das metas e confirmam repasse do recurso. Apresentei os efeitos da avaliação dos dados digitalizados no repasse ou não do recurso institucional.

O monitoramento constante das metas e o acionamento de práticas de avaliação não são apenas o aperfeiçoamento de técnicas gerenciais que procuram otimizar as relações de cuidado e a organização institucional. O acompanhamento do cumprimento das metas do convênio compõe a política de controle e regulação das novas experiências de assistência em saúde mental infantil. Desse modo, pode-se afirmar que a avaliação não analisa a qualidade do atendimento, mas a organização das práticas institucionais. A destinação do recurso, feita a partir dos dados digitalizados, produz um direcionamento e uma normatização das práticas ofertadas em cada serviço.

⁷ Segundo Foucault (2011b), 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...” (2006).

Referências

- 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.
- 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.
- GILLESPIE, T. 2014. The Relevance of Algorithmos. In: GILLESPIE, T.; BOCZKOWSKI, P. J.; FOOT, K. A. **Media technologies: essays on communication, materiality, and society**. Cambridge, MA: MIT Press.
- LATOURE, B. 1994. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro, Editora 34.
- POWER, M. 1994. **The audit explosion**. London: Demos.
- ROUVROY, A.; BERNS, T. 2010. “Le nouveau pouvoir statistique” Ou quand le contrôle s'exerce sur un réel normé, docile et sans événement car constitué de corps “numériques”..., *Multitudes*, 2010/1 n° 40, p. 88-103.
- _____. 2015. Governamentalidade algorítmica e perspectivas de emancipação: o díspar como condição de individuação pela relação? **Revista ECOPÓS**. Revista do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, n. 2, v. 18.
- SARTORI, L. 2019. Antropologia da política e “cultura de auditoria”: etnografia da política de financiamento em saúde mental. **Sociedade e Cultura**, v. 22, p. 196-217.
- SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA. 2018. **Plano de trabalho. Programa de parceria na assistência em saúde mental**. 53p. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/cms/textos/2018/Plano_Trabalho_S_Mental_SSCF_2018.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2020.
- 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.
- SILVEIRA, Sergio Amadeu Silveira. 2017. Governo dos Algoritmos. **Revista de Políticas Públicas**. São Paulo, n. 1, v.2, p. 267 - 282.
- STRATHERN, M. 1999. “Melhorar a classificação”: avaliação no sistema universitário britânico. **Novos Estudos**, São Paulo, n.53, p.15-31, mar.
- _____. 2000a. The tyranny of transparency. **British Educational Research Journal**, v.26, n.3. p. 309-321.
- _____. (ed.) 2000b. **Audit cultures: anthropological studies in accountability, ethics and the academy**. London/New York: Routledge/Taylor & Francis e-Library.