

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA UFMG**

GLAUCIA MARIA DE ARAÚJO RIBEIRO

**POLÍTICAS PÚBLICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS NA ÁREA DA SAÚDE
MENTAL: UMA RELEITURA DAS CAPACIDADES ESTATAIS TÉCNICAS,
BUROCRÁTICAS E POLÍTICAS, EM ESPECIAL NA REGIÃO DO AMAZONAS**

**Belo Horizonte
2022**

GLAUCIA MARIA DE ARAÚJO RIBEIRO

POLÍTICAS PÚBLICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL: UMA RELEITURA DAS CAPACIDADES ESTATAIS TÉCNICAS, BUROCRÁTICAS E POLÍTICAS, EM ESPECIAL NA REGIÃO DO AMAZONAS

Defesa de Tese apresentada, como requisito à obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Direito, Doutorado Interinstitucional (DINTER), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com a Universidade do Estado do Amazonas (UEA/AM), sob orientação do Professor Doutor Renato César Cardoso (PPGD/UFMG).

Área de Concentração: Direito e Justiça.

Linha de Pesquisa: História, Poder e Liberdade.

**Belo Horizonte
2022**

R484p Ribeiro, Glaucia Maria de Araújo

Políticas públicas baseadas em evidências na área da saúde mental [manuscrito]: uma releitura das capacidades estatais técnicas, burocráticas e políticas, em especial na região do Amazonas / Glaucia Maria de Araújo Ribeiro.-- 2023.

228 f.: il.

Orientador: Renato César Cardoso.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Direito, em parceria com a Universidade do Estado do Amazonas.

1. Direitos humanos - Teses. 2. Políticas públicas - Brasil. 3. Política de saúde mental. 4. Reforma psiquiátrica - Teses. 5. Saúde pública - Brasil - Teses. I. Cardoso, Renato César. II. Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Direito. III. Universidade do Estado do Amazonas. IV. Título.

CDU: 342.7:614



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

UFMG

ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA GLAUCIA MARIA DE ARAÚJO RIBEIRO

Realizou-se, no dia 30 de novembro de 2022, às 17 horas, no Centro de Convenções Vasco Vasquez, a defesa de tese, intitulada *POLÍTICAS PÚBLICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL: UMA RELEITURA DAS CAPACIDADES ESTATAIS TÉCNICAS, BUROCRÁTICAS E POLÍTICAS, EM ESPECIAL NA REGIÃO DO AMAZONAS*, número de registro 2019708277, graduada no curso de DIREITO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em DIREITO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Marcelo Maciel Ramos (UFMG), Prof(a). Ricardo Henrique Carvalho Salgado (UFMG), Prof(a). Pâmela de Rezende Cortês (UNISAN), Prof(a). Alcian Pereira de Souza (Universidade do Estado do Amazonas), Prof(a). Luziane de Figueiredo Simão Leal (UEA).

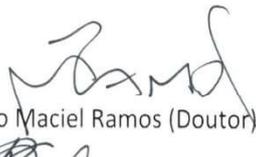
A Comissão considerou a tese:

Aprovada, tendo obtido a nota 100. (CEM)

Reprovada

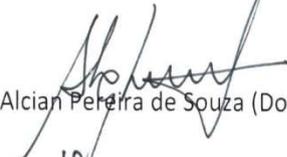
Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Manaus, 30 de novembro de 2022.


Prof(a). Marcelo Maciel Ramos (Doutor) nota 100,00


Prof(a). Ricardo Henrique Carvalho Salgado (Doutor) nota 100,0.


Prof(a). Pâmela de Rezende Cortês (Doutora) nota 100.


Prof(a). Alcian Pereira de Souza (Doutor) nota 100,0. (CEM)


Prof(a). Luziane de Figueiredo Simão Leal (Doutora) nota 10,0. (CEM)

AGRADECIMENTOS

José,

“É raro encontrar homens assim, mas os há e, quando se os encontra, mesmo tocados de um grão de loucura, a gente sente mais simpatia pela nossa espécie, mais orgulho de ser homem e mais esperança na felicidade da raça.” (Trecho de “Triste Fim de Policarpo Quaresma”. Lima Barreto)

Obrigada!

“O debate moral público deveria ser muito mais detalhista. Deveríamos nos forçar, e forçar uns aos outros, a conhecer não apenas as políticas que favorecemos ou às quais nos opomos, mas também seu suposto funcionamento. Deveríamos fornecer — e exigir — evidências sobre o que funciona ou não. E, se não soubermos como as coisas funcionam, em teoria ou na prática, deveríamos emular a sabedoria de Sócrates e reconhecer nossa ignorância.”

(from “Tribos morais” by Joshua Greene)

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo principal analisar como se procede a atenção à saúde mental no Estado do Amazonas. A diretriz hipotetizada, considerando o modelo de gestão e cuidados preconizados pela reforma psiquiátrica, buscou oferecer respostas a indagações como: A luta antimanicomial, baseada na estratégia de redução de danos, consolidou *in loco* uma política pública na área da saúde mental ou ainda é incipiente? O uso de políticas públicas baseadas em evidências, avançou significativamente de modo a influir na qualidade de assistência dos que padecem de transtornos psiquiátricos ou até então é inexistente? A tese está vinculada às hipóteses descritas e estruturada em três capítulos. O primeiro capítulo delinea o contexto histórico-cultural da loucura, os movimentos de contestação e o novo modelo institucional no Brasil, descrevendo a persistência do fenômeno de exclusão social diante de um aparato burocrático precário e ineficiente na área da política de saúde mental, em especial no Amazonas, tendo como referência o único hospital psiquiátrico da região, o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER). O segundo capítulo traça os aspectos geradores das políticas públicas, tanto no campo histórico e a sua relação com o Estado, quanto na definição do tema, o papel das instituições e atores sociais em suas etapas de elaboração, implementação, execução e avaliação, o pensamento científico e sua repercussão nos modelos e eixos analíticos, a linha do tempo com a descrição da evolução de marcos legais e administrativos sobre a construção de políticas públicas na área da saúde mental no Brasil. Já o terceiro capítulo estabelece a análise conceitual acerca de políticas públicas baseadas em evidências (PPBEs), o uso das evidências científicas e empíricas na formulação de políticas públicas, o conhecimento humano como processo dinâmico de adoção das evidências para a solução dos problemas, a epistemologia com vistas a julgar o valor das evidências no campo jurídico brasileiro. Esse escopo normativo do uso de evidências para criação de políticas públicas na área da saúde encontra respaldo no art. 198 da CRFB/88, na Portaria n. 2.690/2009 - Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), e no Decreto n. 9.191/2017. Finaliza a investigação indicando que as capacidades estatais não se restringem aos seus aspectos técnicos e burocráticos, mas vão além ao exigirem capacidades políticas para efetiva, eficaz e eficiente participação e integração de instituições, de agentes do Estado e da comunidade em geral na produção de políticas públicas baseadas em evidências na área da saúde mental.

Palavras-chave: Atuação governamental. Políticas públicas baseadas em evidências. Saúde mental. Saúde pública.

ABSTRACT

The main objective of this research was to analyze how mental health care is carried out in the State of Amazonas. The hypothesized guideline, considering the management and care model advocated by the psychiatric reform, sought to provide answers to questions such as: The anti-asylum struggle, based on the harm reduction strategy, has consolidated a public policy in the area of mental health or is still incipient? Has the use of evidence-based public policies advanced significantly in order to influence the quality of care for those suffering from psychiatric disorders, or is it still non-existent? The thesis is linked to the hypotheses described and is structured in three chapters. The first chapter outlines the historical-cultural context of madness, the protest movements and the new institutional model in Brazil, describing the persistence of the phenomenon of social exclusion in the face of a precarious and inefficient bureaucratic apparatus in the area of mental health policy, especially in Amazonas, having as a reference the only psychiatric hospital in the region, the Eduardo Ribeiro Psychiatric Center (CPER). The second chapter traces the generating aspects of public policies, both in the historical field and its relationship with the State, as well as in the definition of the theme, the role of institutions and social actors in their stages of elaboration, implementation, execution and evaluation, the and its impact on analytical models and axes, the timeline with the description of the evolution of legal and administrative frameworks on the construction of public policies in the area of mental health in Brazil. The third chapter establishes the conceptual analysis of evidence-based public policies (PPBEs), the use of scientific and empirical evidence in the formulation of public policies, human knowledge as a dynamic process of adopting evidence to solve problems, epistemology in order to judge the value of evidence in the Brazilian legal field. This normative scope of the use of evidence to create public policies in the health area is supported by art. 198 of CRFB/88, in Ordinance n. 2.690/2009 - National Policy for Health Technology Management (PNGTS), and in Decree n. 9.191/2017. The investigation concludes by indicating that State capacities are not restricted to their technical and bureaucratic aspects, but go further by demanding political capacities for effective, effective and efficient participation and integration of institutions, state agents and the community in general in the production of policies evidence-based public policies in the area of mental health.

Keywords: Evidence-based public policies. Government action. Mental health. Public health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem 1: Recepção com condicionador de ar sem boa climatização. Equipamento muito antigo e com funcionamento ruim. Ambiente quente:.....	65
Imagem 2: Banheiro da recepção	65
Imagem 3: Banheiro da recepção 02	66
Imagem 4: Cadeiras da recepção	68
Imagem 5: Enfermaria de observação	69
Imagem 6: Banheiro da Enfermaria de observação.....	70
Imagem 7: Enfermaria de observação 02	71
Imagem 8: Banheiro da Enfermaria de observação 02.....	71
Imagem 9: Enfermaria masculina. Ambiente cheio de infiltrações. Climatização precária, banheiro em péssimas condições, sujo devido à insuficiência de RH e de falta de água. Banheiro imundo.....	72
Imagem 10: Enfermaria masculina. Ambiente cheio de infiltrações. Climatização precária, banheiro em péssimas condições, sujo devido à insuficiência de RH e de falta de água. Banheiro imundo.....	74
Imagem 11: Área externa. Um pátio fechado	76
Imagem 12: Enfermaria feminina. Ambiente cheio de infiltrações. Climatização precária, banheiro em péssimas condições, sujo devido à insuficiência de RH e de falta de água. Banheiro imundo.....	78
Imagem 13: Roupa suja	80
Imagem 14: Roupa limpa	81
Imagem 15: Conforto dos técnicos de nível médio e enfermagem	82
Imagem 16: Banheiro do conforto dos técnicos de nível médio e enfermagem.....	85
Imagem 17: Refeitório dos pacientes	86
Imagem 18: Um paciente fugiu do hospital por esse buraco, após quebrar a grade.	89
Imagem 19: Sala de serviço social. O condicionador de ar foi retirado para lavar.....	90
Imagem 20: Corredores em péssimas condições.....	91
Imagem 21: Corredores em péssimas condições.....	92
Imagem 22: A ambulância foi entregue no final de março (2021). O automóvel tem 18 anos. A unidade só tem um motorista.....	93
Imagem 23: Lavanderia desativada. O serviço é terceirizado.	95

Imagem 24: Estrutura deteriorada	96
Imagem 25: Same. Serviço de atendimento médico e estatística.....	98
Imagem 26: Refeitório dos funcionários	105
Imagem 27: Como o espaço é muito grande a manutenção é muito onerosa e difícil. O pouco que se faz não aparece	106
Imagem 28: Momento de inspeção.....	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos Leitos Psiquiátricos SUS por UF e Hospitais Psiquiátricos	52
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição dos Leitos Psiquiátricos SUS por UF e Hospitais Psiquiátricos... Erro! Indicador não definido.	
Quadro 2: Distribuição de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS nas Regiões de Saúde – Amazonas 2015	53
Quadro 3: Relação Nominal dos hospitais com habilitação	64
Quadro 4: Relação Nominal dos hospitais por suficiência de equipe de saúde	64
Quadro 5: Periodicidade de fiscalização por órgãos externos	64
Quadro 6: Órgãos de controle do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	64
Quadro 7: Impulso Legiferante.....	199

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica em Saúde
ACP	Ação Civil Pública
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIL	Avaliação de Impacto Legislativo
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAF	Comitê de Articulação Federativa
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial III Álcool e Drogas
CAPS I	Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes
CAPS II	Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes
CAPS III	Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CDPD	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEMA	Central de Medicamentos
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIG	Comitê Interministerial de Governança
CMAP	Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNDH	Conselho Nacional de Direitos Humanos
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

COSO	Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission
CPER	Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro
CRFB/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
DIDPIE	Desenvolvimento, Implementação e Disseminação de Políticas Informadas por Evidências
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DPU	Defensoria Pública da União
EC	Emenda Constitucional
EGDI	E-Government Development Index
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPIE	Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências
EVIPNet	Rede de Políticas Informadas por Evidências
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
GT	Grupo de Trabalho
HSL	Hospital Sírio-Libanês
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICG	Índice de Competitividade Global
IDBS	Indicadores e Dados Básicos para a Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MJ	Ministério da Justiça
MPAM	Ministério Público do Estado do Amazonas
MPC/TCE	Ministério Público de Contas do Tribunal de Contas do Estado do Amazonas
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
MT	Ministério do Trabalho

MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NEv	Núcleo de Evidências em Saúde
NOAS-SUS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação do Desenvolvimento Econômico
OEI	Organização dos Estados Ibero-Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBPD	Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PIE	Políticas Informadas por Evidências
PL	Projeto de Lei
PLC	Projeto de Lei da Câmara
PLS	Projeto de Lei do Senado
PMBE	Prática Médica Baseada em Evidências
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNGTS	Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PPA	Plano Plurianual
PPBEs	Políticas Públicas Baseadas em Evidências
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PSI	Processo de Substituição de Importações
PTI	Projeto Técnico Institucional
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta Para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SDH	Secretaria de Direitos Humanos
SEPs	Serviços de Emergências Psiquiátricas
SIC	Sistema de Informação de Custos
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
SNPCT	Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SSRC	Social Science Research Council
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDENE	Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSAM	Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas
TCU	Tribunal de Contas da União
TDAH	Transtorno de Deficit de Atenção
TI	Tecnologia da Informação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEA/AM	Universidade do Estado do Amazonas
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
1.2 AS CONDIÇÕES HISTÓRICAS, OS PROCESSOS INSTITUCIONAIS MUNDIAIS E OS REFLEXOS CONTRADITÓRIOS DOS DESVALIDOS NO BRASIL	28
1.3 AMAZONAS, MANAUS: <i>BELLE EPOQUE</i> E LOUCURA DESVALIDA.....	45
1.3.1 A inspeção do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER)/ACP n. 785-09.2014.4.3200	54
2 O DESENVOLVIMENTO DA ÁREA DE POLÍTICAS PÚBLICAS	112
2.1 O ADVENTO DA POLÍTICA PÚBLICA NO PENSAMENTO CIENTÍFICO.....	112
2.2 EIXOS ANALÍTICOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	124
2.2.1 Modelos e análise das políticas públicas	125
2.3 LINHA DO TEMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL	152
3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS	163
3.1 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS	163
3.2 COGNIÇÃO HUMANA E A POLÍTICA DA EVIDÊNCIA	183
3.3 AS EVIDÊNCIAS NAS QUESTÕES EPISTEMOLÓGICAS DO DIREITO	190
3.4 O DIREITO E O MOVIMENTO DAS EVIDÊNCIAS NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	197
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	213
5. REFERÊNCIAS	217

INTRODUÇÃO

O presente estudo teve como objetivo principal analisar como se procede a atenção à saúde mental no Estado do Amazonas. A diretriz hipotetizada, considerando o modelo de gestão e cuidados preconizados pela reforma psiquiátrica, buscou oferecer respostas a indagações como: A luta antimanicomial, baseada na estratégia de redução de danos, consolidou *in loco* uma política pública na área da saúde mental ou ainda é incipiente? O uso de políticas públicas baseadas em evidências, avançou significativamente de modo a influir na qualidade de assistência dos que padecem de transtornos psiquiátricos ou até então é inexistente?

Sob a abordagem crítica do modelo hospitalocêntrico, ponto crucial da reforma psiquiátrica, era necessário, portanto, examinar como procedia a atenção à saúde mental dentro de um modelo de cuidados extra-hospitalares e promoção da reinserção social das pessoas acometidas de transtornos mentais no Estado do Amazonas.

Optou-se por incluir, no início da investigação, em breve síntese, a história da loucura no mundo, no Brasil e no Amazonas, assim como o suporte organizacional dispensado ao CPER pelo governo amazonense. Logo, era necessário demonstrar como o Poder Público realiza assistência em saúde àqueles que padecem de transtorno mental no Estado do Amazonas.

Nesse ínterim, o acesso à Ação Civil Pública (ACP) n. 785-09.2014.4.3200, cujo objeto é o CPER e fortemente relacionado às capacidades estatais técnicas e burocráticas, revelou, de forma contundente, a infraestrutura precária, a vulnerabilidade sanitária e a insuficiência de serviços de saúde do CPER. As condições insalubres do local e a realidade pouco convencional de assistência à saúde mental do único hospital psiquiátrico da região trouxe à tona um cenário pouco examinado, sendo importante entender, nesta etapa inaugural da pesquisa, como isso aconteceu e que até hoje conta com pacientes em regime de internação de longa permanência.

O CPER, enquanto hospital público e espaço destinado, historicamente, a cuidados de pessoas alijadas do convívio social, descortina, nessa perspectiva, a complexidade do objeto em estudo. As características asilares, o arcabouço constitucional e legal de direitos humanos do Estado brasileiro, as políticas públicas de saúde consagradas com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), demonstram a impossibilidade do estudo permanecer focado no CPER, diante dos desdobramentos temáticos do objeto em tela.

O entrelaçamento com o setor público, as políticas públicas no âmbito da saúde, o uso das evidências na formulação das políticas públicas e os atores sociais envolvidos nos processos destas (*policymakers*, gestores públicos, setor privado, comunidade em geral) impulsionou o

estudo a investigar o modelo de atenção psicossocial a partir da reflexão crítica do lugar que ocupa o doente mental no contexto sociocultural e político, dentro dos parâmetros estabelecidos pela Lei n. 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) e saberes científicos já existentes.

Desta feita, a pesquisa voltou-se ao estudo de políticas públicas baseadas em evidências no campo da saúde mental, fundada na vertente jurídico sociológica, considerando um ambiente social mais abrangente e buscando detectar através de ações sociais e análise de conhecimentos preexistentes descritos, quais dessas questões práticas e antecedentes cognitivos possibilitariam descobrir se de fato as relações direito/sociedade equivaleriam (i) à noção de eficácia como a “realização concreta de objetivos propostos pela lei, por regulamentos de todas as ordens e por políticas públicas ou sociais”¹, assim como identificar por meio deles se (ii) a efetividade confirmaria “a realização das condições de eficácia e eficiência, como também, a correspondência com as demandas da população ou de determinados estratos populacionais ou de grupos”.²

Desse modo, o caráter da abordagem científica considerou os fenômenos juridicamente relevantes como também os aspectos filosóficos e antropológicos de como são recepcionados pelos atores envolvidos em sua realidade social.

Buscou-se compreender o fenômeno de criação de políticas públicas de forma mais completa e impessoal possível, visto que as decisões baseadas em evidências podem melhorar/piorar e causar profundo impacto positivo/negativo na vida da sociedade envolvida, objeto mais específico da pesquisa. Afinal, os problemas debatidos pelas ciências sociais são complexos e muitas vezes não têm respostas, sejam corretas ou falhas. E de vez em quando essas respostas dependem de uma assimilação de diversos níveis de análises abordadas pelas evidências, uma vez que encontram dificuldades em avançar por deterem tendências que não oferecerem respostas e soluções fáceis. Isso ocorre porque as complexidades das ciências sociais refletem, com frequência, as dificuldades dos seres humanos em muitos patamares e dimensões.

O campo de estudo está relacionado à investigação científica/empírica das evidências, sua revisão, gestão e organização para avaliar e assimilar a questão especificada, quase sempre decorrente de um problema de política ou prática, empregando estudos já existentes no âmbito das ciências sociais, “envolvendo ciência política, sociologia, economia e outras disciplinas que fornecem tanto uma estrutura interdisciplinar de trabalho, quanto ferramentas para responder

¹ GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa, DIAS, Maria Tereza Fonseca e NICÁCIO, Camila Silva. *(Re)pensando a Pesquisa Jurídica: Teoria e Prática*. 5 ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Almedina. 2020. P. 66.

² *Idem*. P. 69.

questões referentes ao direito, às políticas e aos efeitos das normas no meio social”³, em busca de revelar e até demonstrar até que ponto o viés político, técnico ou de conteúdo, pode ser mitigado. A partir de então, era preciso observar acerca do uso das evidências na elaboração de políticas públicas e, sendo adotadas, averiguar se suas metas e resultados foram alcançados, com efetividade e eficiência, em período de curto/médio ou longo prazo.

A pesquisa buscou os aspectos de validade e confiabilidade das evidências detectadas e com elas “informar políticas, práticas e pesquisas futuras”,⁴ se baseando nas observações da sociedade, e em dados (i) técnicos, (ii) por assunto/conteúdo, (iii) quantitativos (numéricos), (iv) qualitativos (não numéricos), (v) precisos ou vagos, (vi) históricos ou contemporâneos, (vii) legais, judiciais e jurisprudenciais, (viii) fundados na sociologia, na política, na economia, na antropologia, na biologia, no direito comparado, e em (ix) dados coletados em fontes primárias e secundárias.

A escolha da metodologia, portanto, se deu pela possibilidade de proporcionar afirmações e traçar inferências fundadas em observações do mundo real num ambiente crítico, contextualizado e interdisciplinar sobre políticas públicas e práticas sociais baseadas em evidências para informar as prováveis consequências e impactos de programas públicos destinados à saúde mental. Ou seja, esse foi o ponto principal da inferência descritiva, qual seja, entender o que os dados/informações revelam sobre o processo de formação de uma política pública. Com relação às inferências causais, o alvo da pesquisa se deterá “no fator ou conjuntos de fatores que levaram a (ou causa) algum resultado”⁵, centrado nas etapas de uma política pública: formulação, implementação, execução e avaliação.

As fontes primárias, documentos de todas as espécies - livros, artigos, decisões operacionais, também denominadas de administrativas, e judiciais, entrevistas, notícias na mídia, teses, etc., aumentaram a percepção crítica do estudo com relação aos dados qualitativos, sem deixar de conjugar com dados quantitativos necessários à interpretação da situação em análise. Não se vislumbra incompatibilidade de abordagens, nem hierarquia entre elas, sendo possível aplicar uma ou outra, “vez que tratarão de forma diferente problemas que são diferentemente colocados.”⁶

³ *Idem.* P. 77.

⁴ DENYER, David and TRANFIELD, David. *The SAGE Handbook of Organizational Research Methods*. BUCHANAN, David and BRYMAN, Alan (Orgs.). In: *Producing A Systematic Review*. London: Sage Publishing. 2009. P. 672. (Tradução livre).

⁵ EPSTEIN, Lee e KING, Gary. *Pesquisa empírica em direito: as regras de inferência*. São Paulo: Direito GV, 2013. Coleção acadêmica livre. PDF. Título original: *The rules of inference* - Vários tradutores. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/11444> Acesso em: 18 jul.2022. P. 43.

⁶ *Idem.* P. 88.

O procedimento metodológico da investigação considerou não apenas as fontes formais ou diretas de produção do conhecimento jurídico - leis, doutrinas, obras literárias tratadistas, didáticas, comentaristas, etc., mas também durante o processo da pesquisa, de forma crítica, entrelaçou o estudo com ciências transdisciplinares que estudam as relações de poder, a percepção do Estado e suas relações com a sociedade/grupos sociais, a saber a filosofia, a ciência política, a sociologia e antropologia. Para uma análise mais aprofundada, o tema de discussão considerou a linguagem jurídica dos processos e relações sociais e também o fenômeno à luz da linguagem social, administrativa e político-econômica.

O estudo considerou a concepção política de justiça sob a ótica do princípio da utilidade nas relações entre a comunidade vulnerável e a organização estatal como estrutura básica de atendimento de seus direitos através de políticas públicas.

Trata-se de ponderação que não pretende dar uma resposta ou esgotar um tema tão complexo. Como dito acima, o estudo foi pautado na delimitação do objeto, e o Capítulo I traça, de forma sucinta, a contextualização histórica da loucura no mundo e no Brasil para indicar qual o lugar ocupado na comunidade por quem padece de transtorno mental. Era preciso saber como operacionalizar o princípio científico da busca da verdade, base da ciência jurídica, diante de um fenômeno multifacetado por observações sistemáticas de outras ciências, e assim demonstrar a dimensão das manifestações do Estado e da sociedade quando se trata de políticas públicas na seara da saúde mental.

Ainda neste Capítulo I, se apresenta a fotografia da realidade regional: a existência precária de políticas públicas na área da saúde mental no Estado do Amazonas e o completo sucateamento da infraestrutura hospitalar para abrigar o acometido de transtorno mental ou quem necessite de cuidados num quadro emergencial. O fato principal que motivou essa decisão foi a tramitação, na Justiça Federal/AM, de uma ação judicial interposta pelo Ministério Público Federal (MPF) e Ministério Público do Estado do Amazonas (MPAM) em parceria, cujo objeto era requerer providências da máquina estatal em relação às condições sub-humanas do CPER.

Não estando revestido de sigilo processual, o acesso aos autos transcorreu sem dificuldades. Buscou-se saber se o modelo de atenção psiquiátrica existente no CPER era compatível com a garantia dos direitos humanos e se este se articulava com as variáveis sociais, científicas, econômicas, políticas, e também com as relações familiares e comunitárias, o trabalho e a reorientação de práticas clínicas do paciente, buscando, desta maneira, analisar a relação do poder público com práticas e saberes de outras ciências e como elas convergiam na precária operacionalização de políticas públicas na área da saúde mental na região.

No Capítulo II, o campo de estudo tem como pressuposto analítico a definição de políticas públicas considerando que o conceito de saúde mental não sobrevive dissociado de áreas de políticas públicas como fonte de conhecimento e ferramenta de ações governamentais, uma vez que o Estado, ao desenvolver seu papel institucional através do governo, torna-se produtor, por essência, de políticas públicas.

O estudo perscruta encontrar respostas a questões desafiadoras sobre políticas públicas na área da saúde pública, especialmente a saúde mental. As indagações, em rol exemplificativo, não pretendem esgotar os desafios que, porventura, aparecerão no decorrer da pesquisa, mas a intenção é abordar as mudanças ocorridas no campo da saúde mental por meio das políticas públicas. São elas: O que são e como surgiram as políticas públicas? Quais as abordagens comunitárias de cuidado? Quais as teorias construídas acerca do seu conceito? Quais os modelos de elaboração e as diversas fases de seu processo decisório, o governo e grupos de interesse que envolvem sua formulação e influenciam seus resultados? Quais as relações de poder entre máquina estatal, burocratas e a sociedade, objetivo fim da ação governamental, seu papel na solução de problemas, sua influência em diversos campos multidisciplinares – medicina, ciência política, economia, etc., que se desdobram em programas sociais, projetos, planos, bases de dados? São pontos delineados que serão desenvolvidos para se entender como, por que e para quem o poder público desenvolve uma ação que influenciará na vida do cidadão.

No Capítulo III o conceito de políticas públicas baseadas em evidências foi pautado em sua evolução no tempo e no espaço. Partindo da premissa de que o uso das evidências é parte integrante de uma política pública com fatores multidimensionais e determinantes na formulação de uma política pública, é necessário observar uma série de peculiaridades sobre as evidências, os elementos constitutivos quanto aos dados científicos e empíricos, o grau de probabilidade epistemológica, avaliando-as e ponderando-as, para se chegar a vereditos factualmente consistentes.

Os contextos institucionais e sociais com a necessária integração entre tomadores de decisão e pesquisadores com o uso sistemático de evidências são efetivos na formulação e implementação de políticas públicas na área da saúde? A questão envolve pontos importantes que serão levantados oportunamente. Baseado na literatura, aspectos sobre a disseminação do conhecimento, a cognição humana como evidência, a epistemologia e o Direito, o movimento das evidências na legislação brasileira, com enfoque na saúde mental, são estratégias que proponho desenvolver nesta subseção.

1 O PROCESSO HISTÓRICO DA LOUCURA, OS MOVIMENTOS DE CONTESTAÇÃO E A NOVA TRAJETÓRIA INSTITUCIONAL

1.1 DA “LOUCURA” À “ALIENAÇÃO MENTAL”, DO “ASILO TERAPÊUTICO” À “COMUNIDADE TERAPÊUTICA” E A PERSISTÊNCIA DO FENÔMENO DE EXCLUSÃO SOCIAL NO MUNDO

A construção racional da loucura está relacionada a um momento do século XVII quando o saber pôde se desvincular das figuras do desatino, com a distinção entre razão e desrazão. A filosofia de René Descartes propõe construir uma nova ciência pelo mesmo gesto que reduz a loucura ao silêncio, uma vez que “ ‘a impossibilidade de ser louco’ passa a ser vista como condição essencial ao exercício metódico da dúvida na procura de uma base sólida para o pensamento”, preleciona Freud.⁷

Para Freud “o pensamento científico moderno organizou a convicção de que o problema do engano e do erro não se encontra na racionalidade concebida nela mesma, mas somente no seu uso indisciplinado”⁸, onde não se ataca mais a razão, mas “propõe-se sua reforma, num movimento cujo eixo se desloca do *ser* para o *conhecer*, da ontologia para a epistemologia”⁹, fenômeno esse encontrado não só no “*Discurso do método* elaborado por Descartes, mas também no *Ensaio acerca do entendimento humano* proposta por Locke, seja ainda na *Investigação acerca do entendimento* de Hume, a percepção da loucura como erro de percepção se torna objeto de questão recorrente: sob quais condições a razão delira?”¹⁰

Enfim, Freud salienta que “nesse longo processo de depuração da razão, a loucura não mais será tomada como experiência de lucidez”¹¹. A loucura perderá sua “dignidade de consciência trágica, para ser tratada como fonte de erro a partir do gesto não científico de exclusão moral que a separou da razão”¹².

Esse movimento intelectual privando o louco de sua palavra com práticas segregacionistas, não somente silencia sua fala. A autoridade científica também o exclui da comunidade, por intermédio de medidas de internação sistemática, com tratamentos desprovidos de metodologia científica e comungados com a ciência, perdendo assim sua

⁷ FREUD, Sigmund. *Neurose, Psicose, Perversão*. São Paulo: Autêntica. 2016. P. 356.

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Ibidem*.

representação social, “sendo a cura a restituição dessa adequação perdida através de um processo que visa estabilizar a doente numa representação reconhecida socialmente”¹³.

No fim do século XVII o “tratamento moral” predomina como meio de intervenção sobre o psiquismo dos doentes, em contraposição ao “tratamento físico”, que atua sobre o corpo através de remédios, meio de contenção. Após a morte da mulher de um *quaker*, em 1791, em condições suspeitas, no asilo do condado de York, William Turke (1732-1822) sugeriu a criação de um estabelecimento voltado ao acolhimento de membros da “Sociedade dos Amigos” acometidos de distúrbios mentais. Em 11 de maio de 1796, o *York Retreat*, hospital inglês que adotou o tratamento moral, isto é, com cuidados psicossociais humanitários, abre suas portas.¹⁴

Em 1816, John Haslam, boticário do Bethlehem Hospital em Londres, desenvolve os fundamentos do tratamento moral em suas obras.¹⁵ Na França, Philippe Pinel (1745-1826), adota o mesmo princípio em suas obras. Étienne Jean Georget (1795-1828), em 1820, estrutura os princípios desse tratamento e também François Leuret, em 1840.¹⁶

Michel Foucault assinala que a instância médica funciona como poder muito antes de funcionar como saber, lembrando que Fodéré dizia que o louco é aquele que se crê “acima de todos os outros”. É assim que aparece o louco no início do século XIX sob a perspectiva discursiva e da prática psiquiátrica. Até o final do século XVIII, com base nos “relatórios policiais, mandados de prisão, interrogatórios, dizer que alguém era louco, assinalar sua loucura, era sempre dizer que ele se enganava, em que, sobre que ponto, de que maneira, até que limite ele se enganava”¹⁷. Por conseguinte, é neste começo do século XIX que se sabe o que realmente acontece dentro do asilo, “o ato de que se trata, não mais de reconhecer o erro do louco, mas de situar o ponto em que a força desencadeada da loucura deflagra sua insurreição”¹⁸, alterando assim o comportamento do alienado.

¹³ *Idem*. Pág. 358.

¹⁴ FURTADO, Erikson F., CORRADI-WEBSTER, Clarissa M. *Assistência psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5044846/mod_resource/content/1/Texto%20de%20apoio%20-%20Artigo%20Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20Mental.pdf Acesso em: 30 dez.2019. P. 6.

¹⁵ Conforme Nota de Rodapé inserida em: FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico: curso dado no College de France (1973-1974)* / Michel Foucault; edição estabelecida por Jacques Lagrange, sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana; tradução Eduardo Brandão; revisão técnica Salma Tannus Muchail, Márcio Alves da Fonseca. Martins Fontes: São Paulo. 2006. Págs. 23/24.

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico: curso dado no College de France (1973-1974)* / Michel Foucault; edição estabelecida por Jacques Lagrange, sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana; tradução Eduardo Brandão; revisão técnica Salma Tannus Muchail, Márcio Alves da Fonseca. Martins Fontes: São Paulo. 2006. Págs. 5, 10/11.

¹⁸ *Ibidem*.

Foucault vai buscar em Pinel a definição terapêutica da loucura como sendo a forma de subjugar e de domar o alienado, “pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa das suas idéias”¹⁹. Nesse aspecto, Foucault destaca as dimensões do exercício de poder e da lógica da exclusão, visto que a instituição asilar e a internação hospitalar constituiriam expressão idêntica desse exercício de violência, legitimada pelo Estado e, posteriormente, pela medicina oficial.

Nesse ponto Philippe Pinel constitui um marco decisivo de um processo questionável de introdução da loucura no campo médico, cujo tratamento moral fundava-se na crença de que seria possível operar mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, mas firmes, da equipe técnica para com aqueles, embora passasse ao largo a preocupação humanitária no tratamento dos doentes. Seu método clínico sistemático para o estudo da alienação mental tinha por base a observação demorada dos pacientes, o emprego da força física, da violência, essa identificada por Foucault como uma espécie de poder físico, irregular, uma vez que “o bom poder ou o poder pura e simplesmente, aquele que não é atravessado pela violência, não é um poder físico”²⁰.

Para Pinel, precursor da psiquiatria contemporânea, a loucura é uma doença essencialmente mental e o tratamento moral supunha a possibilidade de interação efetiva com o louco, pois era preciso conceber a loucura como expressão das paixões do sujeito e de seus excessos emocionais²¹. É a institucionalização da psiquiatria com certo número de instituições concebendo o asilo terapêutico como forma mais importante de prática de poder psiquiátrico nesse início do século XIX, e a loucura passa a ser denominada como “alienação mental”.

Vale ressaltar que Freud defende a prática clínica, que o diagnóstico tenha incidência sobre o prognóstico, onde as classes sociais produzem efeitos consideráveis sobre os indivíduos que nelas se representam. A nosografia freudiana inova das práticas nosográficas que a antecederam. Foi justamente “por considerar a causa do desejo como resto irrepresentável da apresentação subjetiva que a perspectiva freudiana surgiu, intercedendo como resposta ao contexto de objetivação do mental pelas práticas disciplinares”²². Desta feita, Freud, ao invés de pensar o sofrimento no âmbito do saber científico, que emudece a palavra do louco, optou

¹⁹ *Idem*. Págs. 11/12.

²⁰ *Idem*. P. 18.

²¹ PEREIRA, Mário Eduardo Costa. *Pinel - a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea*. Revista. Latinoamericana de Psicopatologia. Clássicos da Psicopatologia. Ano VII. N. 3. Set/2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n3/1415-4714-rlpf-7-3-0113.pdf> Acesso em: 30 dez.2019. Págs 114/115.

²² *Idem*. P. 360.

por ouvir o que o seu paciente tinha a dizer: “a verdade irrepresentável do desejo somente pode ser tocada ao se dar à palavra um destino diverso das significações codificadas socialmente”²³, demonstrando assim, que sua fala “pode gerar efeitos significantes inéditos, reveladores de uma verdade que se apresenta no engano, alheia ao que se intenciona significar”²⁴.

A urgente necessidade do saber psiquiátrico como representante legítimo para descobrir e cuidar dos possíveis desvios mentais que escapavam à média social fez (somente) no século XIX a psiquiatria presente na história da medicina. “Tornou-se, no século XIX, a instância superior que, na sociedade, distingue, designa, nomeia e instaura a loucura como objeto”, afirma Michel Foucault²⁵. “Determinadas condições históricas permitiram a contínua psicopatologização do corpo, da diferença e do desvio na contemporaneidade”²⁶, a qual Foucault aponta a (a) medicina como uma das “instâncias de delimitação”²⁷, denominando-a de “instituição regulamentada, como conjunto de indivíduos que constituem o corpo médico, como saber e prática, como competência reconhecida pela opinião pública, a justiça e a administração”²⁸. A loucura e a diferença ganharão doravante “a marca patológica de uma instância científica que as rastreia, designa, distingue, nomeia e transforma em objeto científico”²⁹.

E Foucault não para por aí. Indica também outras instituições/grupos sociais a representar esse papel: (b) a Justiça, e especificamente a Justiça Penal “com as definições da escusa, da irresponsabilidade, das circunstâncias atenuantes e com o uso de noções como as de crime passional, de hereditariedade, de perigo social”³⁰; (c) a religião, aqui identificada a autoridade religiosa “na medida em que se estabelece como instância de decisão que separa o místico do patológico, o espiritual do corporal, o sobrenatural do normal, e na medida em que pratica a direção de consciência mais para um conhecimento dos indivíduos do que para uma classificação casuística das ações e das circunstâncias”³¹; (d) a crítica literária e artística “que, no curso do século XIX, trata a obra cada vez menos como um objeto de apreciação que deve

²³ *Idem*. P. 363.

²⁴ *Idem*. P. 363.

²⁵ FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. 7 ed. 3 reimpressão. Rio de Janeiro: Forense Universitária. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4070132/mod_resource/content/1/FOUCAULT.pdf Acesso em: 5 jan.2020. P. 47.

²⁶ RAUTER, Cristina e PEIXOTO, Paulo de Tarso de Castro. *Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo*. Revista Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 2, p. 267-275, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n2/v14n2a06.pdf> Acesso em: 5 jan.2020. Págs. 270/271.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ *Idem*. P. 270.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ *Ibidem*.

ser julgado, e cada vez mais como uma linguagem que deve ser interpretada e em que é preciso reconhecer os jogos de expressão de um autor”³². Enfim, o século XIX trouxe à tona nova percepção sobre a loucura.

1.2 AS CONDIÇÕES HISTÓRICAS, OS PROCESSOS INSTITUCIONAIS MUNDIAIS E OS REFLEXOS CONTRADITÓRIOS DOS DESVALIDOS NO BRASIL

Com relação ao Brasil, o tratamento da loucura como doença mental apresenta característica intervencionista modelando a patologia com o controle estatizado dos desvalidos.

A passagem do século XIX para o XX é o “momento de nascimento da psiquiatria no Brasil, alvo de formas diferentes de saber e de relações de força diferenciadas, os poderes”, elucida Yonissa Marmitt Wadi³³. Ou seja, desponta a história da psiquiatria como ramo autônomo da medicina. As questões sociais tornaram-se o principal foco de interesse médico, desvinculado do compromisso social, mas não livres das amarras das contradições. “As elites letradas referiam-se às imundícies físicas e morais, estas relacionadas às várias personagens urbanas, como 'leprosos, loucos, prostitutas, mendigos, vadios, crianças abandonadas, alcoólatras' ”³⁴.

Surgem os primeiros discursos sobre a loucura, como o de Antonio Luiz da Silva Peixoto, em 1837, acerca da alienação mental, com forte influência da produção do psiquiatra francês Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840)³⁵. “A medicina, ao estabelecer novas relações de poder, deve operar, lógica e historicamente, ao longo de uma série de modalidades de confronto com o governo, a população e o indivíduo”.³⁶

Em 1839, Luiz Vicente de Simoni publica artigo³⁷ reforçando sua posição de insistir “junto às provedorias da Santa Casa pela urgência de melhoras na sorte dos alienados”, relata

³² *Ibidem*.

³³ WADI, Yonissa Marmitt. *Quem somos nós, loucos!? Um ensaio sobre limites e possibilidades da reconstituição histórica de trajetórias de vida de pessoas internas como loucas*. Anos 90, Porto Alegre, v. 13, n. 23/24, p.287-319, jan./dez. 2006. P. 298

³⁴ ANTUNES, Mitsuo Aparecida Makino. *A Psicologia no Brasil: Um ensaio sobre suas contradições*. Psicologia: Ciência e Profissão. 2012 (num. Esp), 44-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/j6f3HznKpVNrwSKM3gcPGpy/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 5 jan.2020. P. 50.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ MACHADO, Roberto, LOUREIRO, Angela, LUZ, Rogério e MURICY, Katia. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal. 1978. Disponível em: <http://www.historiacultura.pro.br/cienciaepreconceito/agenda/danacaodanorma.pdf> Acesso em: 9 jan.2020. P. 158.

³⁷ “Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados”, republicado em: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 7, n. 1, p. 142-159, mar. 2004. (MOREIRA, Juliano. *Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905)*).

Juliano Moreira³⁸. O local reservado aos alienados, Hospital da Misericórdia, era insalubre e estreito descreve o autor: “os doentes lá estavam acumulados em 12 pequenas células (...) expostos por conseguinte os doentes à curiosidade dos que iam e vinham e, por vezes, às suas provocações”³⁹. As células que habitavam eram “sem janelas tinham dois leitos de madeira cada uma”⁴⁰, onde “o corredor com oito palmos de largo sobre vinte e dois de comprimento era o único passeio para os doentes”⁴¹. A violência sofrida também ocorria durante a noite, “os guardas sempre se utilizavam de tão aviltante meio de contenção para imobilizar os doentes em acessos de delírio, por força furioso, e aos quais também fustigavam com a pretensão ignara de acalmá-los”⁴². Por fim, Juliano Moreira arremata: “Se eram assim as coisas na Corte do Império, excusado é afirmar que não eram melhores no resto do país”⁴³.

Cria-se, no segundo reinado de D. Pedro II (1841), o Hospício D. Pedro II, sob a liderança de José Clemente Pereira, que continha um misto de poder disciplinar e uma pedagogia repressiva com emprego de ação terapêutica baseada no isolamento, vigilância permanente, com caráter repressivo e violento.⁴⁴

O Código Penal brasileiro de 1890 ao dirimir a responsabilidade criminal de loucos (artigo 27) determinava (artigo 29) que os loucos criminosos fossem devolvidos às famílias ou recolhidos ao hospital de alienados, se o seu estado mental assim exigisse, para fins de segurança da comunidade. Isto trouxe “o início de uma nova série de dificuldades: os hospícios não estavam preparados para garantir a reclusão de pessoas tidas como perigosas para o convívio social e os presídios eram incompetentes para despender atenção psiquiátrica”⁴⁵.

Essa prática estatal, privilegiando a internação hospitalar e acentuando a exclusão social invade o século XX, a saber: (i) o Código Civil de 1916 sacramenta o indivíduo louco como incapaz; e o (ii) Decreto n. 24.559 de 1934, de forma específica, define os novos enquadramentos no processo de classificação das doenças e os novos estabelecimentos psiquiátricos, ampliando o acervo legal no sentido da manicomialização.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400012 Acesso em: 9 jan.2020.

³⁸ MOREIRA, Juliano. *Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905)*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400012 Acesso em: 9 jan.2020.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² *Ibidem*.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁵ ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Medicina, leis e moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)*. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/up000024.pdf> Acesso em: 6 jan.2020. P. 38.

É preciso contextualizar esse processo histórico. Em meio a cortes no orçamento destinado ao hospital psiquiátrico e redução de pessoal de modo a prejudicar o serviço, assume, em 1902, a direção do Hospício D. Pedro II o médico psiquiatra Juliano Moreira. “As más condições das finanças do país levaram-no a pedir ao governo apenas as mais inadiáveis reformas no Hospício”⁴⁶. Sua luta pela melhoria dessa minoria desvalida resulta na reforma do hospital na capital federal. “A reforma das colônias existentes na Ilha do Governador tem que preocupar os poderes públicos”⁴⁷ e se engaja pela melhoria de condições de vida e de tratamento dos loucos por todo território nacional, enviando correspondência às autoridades médicas país afora em busca de dados oficiais sobre tal realidade. Sua preocupação é constante. Os Estados de São Paulo, Pernambuco, Bahia, Rio Grande do Sul, Pará, Maranhão, Ceará, Paraíba, Alagoas, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná, Goiás, Piauí, Mato Grosso, Amazonas, lhe respondem com informações acerca da consulta. Sobre o Amazonas percebe-se que o Poder Público era letárgico. Senão veja-se:

O Estado do Amazonas só em 1894 teve um hospício para seus alienados. Criou-o o governador Eduardo Gonçalves Ribeiro, pelo decreto n. 65 de 3 de outubro daquele ano. Esse hospício denomina-se Eduardo Ribeiro e até 31 de dezembro último deu asilo a 488 enfermos. Mantém-no provisoriamente a Santa Casa de Misericórdia. Se aquele riquíssimo estado tivesse adotado o plano elaborado pelo Dr. Braule Pinto, alienista das colônias da Ilha do Governador, teria hoje um manicômio que muito o honraria. A ida a Manaus do professor Marcio Nery faz-me esperar que dentro em pouco tempo lá será fundado um dos melhores do território nacional.⁴⁸

Vislumbra-se o descaso da máquina pública e as dificuldades enfrentadas pelos desamparados, englobando não só os doentes mentais, mas também os degenerados, os epiléticos, os criminosos, os sífilíticos e os alcoólatras.

A criação do manicômio judiciário e a figura legal de “louco criminoso” surge no bojo do Decreto Legislativo n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903, governo de Prudente de Moraes, ao criar uma seção especial no Hospício Nacional de Alienados⁴⁹/Rio de Janeiro para abrigar os “loucos criminosos”, após a grande repercussão do caso “Custódio Serrão”, jovem carioca

⁴⁶ *Ibidem.*

⁴⁷ *Ibidem.*

⁴⁸ *Ibidem.*

⁴⁹ O Hospício Nacional de Alienados, de acordo com o Decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911, passou a ser denominado Hospital Nacional de Alienados. Disponível em: <http://historiaeloucura.gov.br/index.php/hospital-de-pedro-ii> Acesso em: 9 jan.2020.

considerado alienado pela Justiça, que em 15 de abril de 1896 matou seu padraсто e a empregada do seu lar⁵⁰.

Por intermédio do Decreto n. 14.831, de 25 de maio de 1921, surge então o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, primeira instituição do gênero no Brasil, a qual passou a ser chamada de Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, na década de 50 do século passado, em homenagem ao seu primeiro diretor. No bojo das reformas da legislação penal, anos 1980, passou a ser chamado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho⁵¹, onde eram “mantidos, através de medidas de segurança, os indivíduos que, por sofrerem algum tipo de doença ou distúrbio psíquico, são considerados penalmente irresponsáveis por algum crime ou delito”⁵².

O Manicômio Judiciário Heitor Carrilho era uma instituição bastante complexa e polêmica no Brasil por ter natureza híbrida, deixando transparecer uma realidade degradante: de um lado, trata-se de um asilo para loucos, de outro, uma prisão para criminosos, concentrando um estigma social de duas classes minoritárias e excluídas da sociedade: os alienados e os infratores, cujos estudiosos vinham revelando que, “sob a fachada médica das instituições psiquiátricas, desenrola-se, na verdade, uma prática secular de contenção, moralização e disciplinarização de indivíduos socialmente desviantes”⁵³. Erving Goffman as denominava de “instituições totais”,^{54,55} elencando-as em cinco agrupamentos, cujo segundo grupo eram “locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também urna ameaça a comunidade, embora de maneira não-intencional; sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários”⁵⁶. A consequência básica desse tipo de organização social é ser composta por grupos com visão antagônica: (i) de

⁵⁰ CARRARA, Sérgio Luis. *A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil*. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2010; 20(1): 16-29. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/04.pdf> Acesso em: 9 jan.2020. P. 17.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² *Ibidem*.

⁵³ *Idem*. P. 18.

⁵⁴ GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva. 1974. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/Manicomios-prisoas-e-conventos.pdf> Acesso em: 8 jan.2020. P. 16.

⁵⁵ Erving Goffman em nota de rodapé de seu livro em comento, Manicomios, prisões e conventos, explicita a origem do termo “instituições totais”: “A categoria de instituições totais foi indicada, diversas vezes, na literatura sociológica, sob diferentes nomes, e algumas das características da classe foram também sugeridas, e isso talvez tenha sido feito de maneira mais notável num esquecido artigo de HOWARD ROWLANDO, ‘Segregated Communities and Mental Health’, em *Mental Health Publications of the American Association for the Advancement of Science*, N.º 9, organizado por F. R. MOULTON, 1939. Uma apresentação preliminar deste artigo é feita em *Group Processes, Transactions of the Third (1956) Conference*, organizada por BERTRAM SCHAFFNER, New York, Josiah Macy, Jr. Foundation, 1957. O termo “total” foi também usado, no contexto aqui aceito, por AMITAI ETZIONI, *The Organizational Structure of “Closed” Educational Institutions in Israel*, Harvard Educational Review, XXVII (1957), p. 115”. P. 16.

⁵⁶ *Idem*. Págs. 16/17.

um lado, a “equipe dirigente” tendente a se sentir superior e correta; (ii) doutra banda, os internados tendentes a se sentirem “inferiores, fracos, censuráveis e culpados”⁵⁷.

A mobilidade social, em suma, “entre os dois estratos sociais é bastante limitada; e na sua maioria dotada de uma grande distância social e esta frequentemente prescrita a num hospital para doentes mentais”⁵⁸, assevera o autor. A vida numa comunidade fechada é insólito, locais insanos e possíveis de um estudioso de hospitais psiquiátricos “descobrir que a loucura ou o ‘comportamento doentio’ atribuídos ao doente mental são, em grande parte, resultantes da distância social entre quem lhes atribui isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são, fundamentalmente, um produto de doença mental”⁵⁹. Praticar conduta que desagrade o ambiente de convivência traduz em rejeição social das comunidades que leva à “estigmatização como doente mental e a hospitalização involuntária são os meios pelos quais respondemos a essas ofensas contra a adequação”⁶⁰.

Afonso Henriques Lima Barreto (1881-1922), jornalista e grande escritor brasileiro, denunciava em seus textos as lacunas sociais e a fragilização de políticas públicas de saúde. Seus romances como ‘Triste fim de Policarpo Quaresma’ e ‘Clara dos Anjos’, são recheados de temas sobre racismo, corrupção na política, ostentação social, violência contra a mulher, depressão, loucura e outros. Durante sua segunda internação (dez/1919 a fev/1920) escreve “O Diário do Hospício” e “O Cemitério dos Vivos”, escritas autobiográficas, onde narra sobre os vigilantes e enfermeiros, a biblioteca e/ou os seus companheiros de dormitório, manifestando sua preocupação do filho herdar sua loucura. “Não havia ameaça, não havia afago, não havia promessa que o fizesse dar um pouco de atenção à cartilha. Eu não sabia o que fazer. ... e, quando me vinha a idéia que havia de ter um filho completamente analfabeto, eu amaldiçoava tudo.”⁶¹. De forma cristalina e em tom crítico, não se intimidou a escrever sobre o que via, o que sentia e vivenciava e esquadrinha a realidade dos alienados à época:

Tiram-nos a roupa que trazemos e dão-nos uma outra, só capaz de cobrir a nudez, e nem chinelos ou tamancos nos dão. (...) O enfermeiro antigo era humano e bom; o atual é um português (o outro o era) arrogante, com uma fisionomia bragantina e presumida (...) atiraram-me sobre um colchão de capim com uma manta pobre, muito conhecida de toda a nossa pobreza e miséria.

Não me incomodo muito com o Hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida. De mim para mim, tenho certeza que não sou louco, mas

⁵⁷ *Idem*. Págs. 18/19.

⁵⁸ *Idem*. P. 19.

⁵⁹ *Idem*. Págs. 113/114.

⁶⁰ *Idem*. P. 19 e 247.

⁶¹ BARRETO, Lima. “O Diário do Hospício” e “O Cemitério dos Vivos”. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204210/4101373/diario_hospicio_cemiterio_vivos.pdf Acesso em: 10 jan.2020. P. 146.

devido ao álcool, misturado com toda a espécie de apreensões que as dificuldades de minha vida material, há seis anos, me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura, delírio.

(...)

Estou seguro que não voltarei a ele pela terceira vez; senão, saio dele para o São João Batista, que é próximo.⁶²

Descreve assim o asilo prisão, processo social que apareceu quase que simultaneamente em diferentes países, embora as nuances sociais dependessem da estrutura institucional empregada no país que adotou esse sistema. Em solo nacional é visto em duas variáveis: “de um lado, o plano das discussões teóricas que, na passagem do século, versavam sobre as relações entre criminalidade e loucura; de outro, o plano da prática judicial concreta sobre as quais tais discussões incidiam e que se desenrolava então nos tribunais”⁶³.

A psiquiatria ganhou novas feições: “elétricas, químicas e outras contra excessos insanos. A lobotomia em 1936, o eletrochoque por volta de 1938 e os neurolépticos na década de 50, foram algumas dessas armas”⁶⁴.

Após internação no Hospital Nacional dos Alienados, Arthur Bispo do Rosário é transferido, no início de 1939, para a Colônia Juliano Moreira que abrigava doentes considerados crônicos. “Ter uma ficha preenchida na Juliano Moreira pontuava a trajetória de qualquer paciente. Um ponto final”, elucida Luciana Hidalgo⁶⁵. Bispo por lá ficou ao longo de cinquenta anos seguintes, sustentado por um laudo escasso que o descrevia como um indigente sobrecarregado de “delírios de grandeza”⁶⁶. “Um dia percebeu, por exemplo, que podia bordar em velhos tecidos, cobertores e lençóis da Colônia, e os usou como suportes para obras”. Bispo compôs uma obra que extrapolou o cotidiano e perpassou no tempo e “sua autoridade de xerife garantiu a preservação das peças”⁶⁷. Por lá também estivera internado (1933) o pianista/compositor Ernesto Nazareth, de onde fugiu em 1934, sido encontrado morto nas águas da represa, nas mediações da Colônia. “A Colônia sediaria a tribo de expurgados da sociedade, descritos numa linguagem oficial explicitamente tendenciosa (...). O discurso revelava a intenção clara de segregar (...)”⁶⁸.

⁶² *Idem*. P. 23.

⁶³ *Idem*. P. 20.

⁶⁴ DIAZ, Fernando Sobhie. *Os Movimentos Sociais na Reforma Psiquiátrica: O “Novo” na História da Psiquiatria do Brasil*. Disponível em: <http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/images/teses/tesefernandosobhie.pdf>. Acesso em: 9 jan.2020. P. 19.

⁶⁵ HIDALGO, Luciana. *Arthur Bispo do Rosário: O senhor do labirinto*. Edição revista. Rio de Janeiro: Rocco. 2011. P. 9.

⁶⁶ *Ibidem*.

⁶⁷ *Idem*. P. 11.

⁶⁸ *Idem*. P. 12.

Diante de tantas transgressões físicas e violência humana, a resposta da psiquiatria se apoia na arte. Em 1946, neste hospital psiquiátrico, a médica psiquiatra Nise da Silveira funda a Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação, “uma série de ateliês para os pacientes capazes de reordenar o burburinho do inconsciente em pinturas, desenhos, esculturas”⁶⁹. Os efeitos produzidos pela arte surpreenderam especialistas em saúde mental e críticos de arte. O “estímulo vinha da mestra Nise da Silveira, psiquiatra rebelde que literalmente morou no asilo da Praia Vermelha nos anos 1930, foi presa por subversão e, ao voltar à vida nos anos 1940, recusou-se a apertar o botão da máquina de eletrochoque”⁷⁰. Nise da Silveira esclarecia: “Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação”⁷¹.

A médica se insurgiu contra métodos psiquiátricos violentos, tais como choques e lobotomias, desenvolvendo uma terapia calcada na arte. A primeira exposição de suas obras, em 1947, ocorrera no Ministério da Educação. Em 1952, o Museu de Imagens do Inconsciente estava fundado com obras dos internos do Pedro II. “Cinco anos depois, uma mostra dos pacientes do hospício foi apresentada em Zurique, no II Congresso Internacional de Psiquiatria”, arrancando palavras de elogio de Carl Gustav Jung.⁷²

A partir da década de 1960, o modelo manicomial passa a sofrer críticas, devido à violação de direitos humanos e, mais precisamente durante o período ditatorial (1964/1980), é intensificado o terror estatal no campo da saúde mental. Nos hospitais psiquiátricos estavam não só os que padeciam de transtornos mentais, mas também minorias de excluídos sociais, opositores do regime político, etc. São os “naturalizados pelo cotidiano, e esquecidos pelo poder público tratados com displicência”⁷³.

O histórico da saúde mental pré Reforma Psiquiátrica brasileira, décadas de 60 e 70 do século passado, passa ao largo da dignidade da pessoa humana. Subsidiada por um fator social e, sob os ideais do regime militar, “houve um grande investimento na ampliação e manutenção da rede privada de assistência, o que ocasionou um aumento significativo na oferta de leitos

⁶⁹ *Idem*. P. 22.

⁷⁰ *Idem*. P. 23.

⁷¹ GOUVEIA PASSOS, Rachel. ALBUQUERQUE COSTA, Rosane de. GONÇALVES DA SILVA, Fernanda. *Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial*. 1 ed. Rio de Janeiro: Gramma Editora. 2017. P. 283.

⁷² FERNANDES, Sandra Michelle Bessa. *Nise da Silveira e a saúde mental no Brasil: um itinerário de resistência*. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/21426/1/NiseSilveiraSa%C3%BAde_Fernandes_2015.pdf Acesso em: 9 jan.2020. P. 92.

⁷³ Depoimento de Marilúcia Melo Meirelles na 137ª audiência da CEV “Rubens Paiva”, em 29 de agosto de 2014. Disponível em: http://comissaodaverdade.al.sp.gov.br/relatorio/tomo-i/downloads/I_Tomo_Parte_2_Ditadura-e-saude-mental.pdf Acesso em: 29 jun.2019.

psiquiátricos”⁷⁴, resultando em expressivo aumento da população internada, caracterizada por longos períodos de internações em asilos, “com pouca ou nenhuma perspectiva terapêutica e péssimas condições de vida”⁷⁵, descortinando os efeitos negativos da privatização de hospitais manicomiais, refletida pela precarização de infraestrutura hospitalar para prover e atender as necessidades desta comunidade.

Nesse ínterim, entre os anos 1960 e 1970, um movimento liderado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, cuja ideia é sintetizada pela frase “a liberdade é terapêutica”, se propaga pelo mundo afora. O foco principal é o fim da concepção do manicômio, local de práticas de exclusão, discriminação, violência e opressão para uma relação terapêutica de homens livres, trinômio entre médico, paciente e comunidade, como instrumento de cura e de cuidados, e aqui consagrado no III Encontro da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria em 1977⁷⁶. Franco Basaglia descrevia a desinstitucionalização dos manicômios em etapas: a primeira, chamada de “*welfare* de emergência” consistia em descortinar para a sociedade a miséria existente nos manicômios, e a segunda denominada de “*welfare* artesanal” que equivaleria a proporcionar aos pacientes condições mínimas de existência para exercer sua cidadania com dignidade, relata Denise Dias Barros⁷⁷.

No Brasil, esse quadro da realidade desencadeou mudanças legais, políticas e sociais a partir da abertura à democracia, por volta de 1978, liderado por um movimento de profunda crítica ao sistema psiquiátrico até então vigente, formado por psiquiatras como Paulo Amarante, Pedro Gabriel Delgado, Ana Pitta, Jairo Goldberg, denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que denunciava as condições de tratamento e o desrespeito aos direitos humanos dos internos dos hospitais psiquiátricos brasileiros. É o marco histórico da psiquiatria brasileira.

Nesse mesmo ano, Paulo Amarante começa a trabalhar na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e em entrevista à Revista Radis (2014) relata:

⁷⁴ PEREIRA, Rosemary Corrêa. *Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)*. Tese. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2004. Disponível em: <https://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/pereirarc.pdf> Acesso em: 14 jan.2020.

⁷⁵ *Ibidem*.

⁷⁶ GOULART, Maria Stella Brandão. *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=AB_6oYoguvwC&pg=PA41&lpg=PA41&dq=III+ENCONTRO+DA+REDE+INTERNACIONAL+DE+ALTERNATIVAS+A+PSIQUIATRIA+1977&source=bl&ots=HRMMbsZcl4&sig=ACfU3U0qvYU6HRas2cC2dUatqfqm_SJeg&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ahUKEwil5p76_N3mAhUqF7kGHYEQBOIQ6AEwAAnoECAoQBA#v=onepage&q=III%20ENCONTRO%20DA%20REDE%20INTERNACIONAL%20DE%20ALTERNATIVAS%20A%20PSIQUIATRIA%201977&f=false Acesso em: 30 dez.2019. P. 41.

⁷⁷ *Idem*. P. 177.

ausência de médicos nos plantões, deficiências nutricionais nos internos, violência (...), denúncia de existência de presos políticos em hospitais psiquiátricos, médicos psiquiatras envolvidos em tortura e desaparecimento de presos políticos (...). A Colônia Juliano Moreira [no Rio] tinha um pavilhão onde só entravam militares. Fui chamado na sede da Dinsam e, demitido, com mais dois colegas. (...) Depois, mais 263 pessoas foram demitidas. Isso caracterizou um movimento. Conseguimos manter a crise da Dinsam, como chamávamos, na imprensa por mais de seis meses.⁷⁸

O objetivo do movimento da reforma psiquiátrica era a superação do modelo assistencial hospitalar asilar manicomial para novas formas de institucionalização, como, por exemplo, as comunidades terapêuticas e as instituições religiosas. Se referindo ao ano da entrevista (2014) Amarante cita que “o Luiz Cerqueira calculava que o Brasil tinha de 80 mil a 100 mil leitos psiquiátricos no final dos anos 1970. Hoje, são em torno de 30 mil leitos. De fato, reduzimos. Criamos Caps, estamos criando projetos de residências, que já são 2 mil, projetos de economia solidária, projetos culturais”⁷⁹.

O trabalho de Amarante e dos demais atores envolvidos na reforma psiquiátrica se concentrou na “desospitalização” e na “desmedicalização”. Quer dizer, não se tratava de “diminuição do medicamento, e sim diminuição do papel da medicina”⁸⁰. “Um desafio hoje da reforma psiquiátrica é a formulação discursiva muito médica, por exemplo, as pessoas são contra o manicômio, mas não abrem mão do conceito de depressão tal qual utilizado pela indústria farmacêutica”⁸¹.

Franco Basaglia visita, em 1978, o Hospital Colônia de Barbacena/MG, símbolo de abandono e falta de recursos financeiros. Foi o primeiro manicômio mineiro e retratado em filme, escancarando a política de exclusão social da qual eram vítimas os doentes mentais. “O texto do filme foi redigido, pelo psiquiatra e militante da reforma da política de saúde mental Antônio Simoni, o principal responsável pela intervenção de Franco Basaglia, liderança da Psiquiatria Democrática italiana, em Minas Gerais”⁸². Esse panorama também fora retratado através de livro, autoria de Daniela Arbex e relata a história dos internos, não importa se homem, mulher ou criança: “empregadas e crianças violadas por seus patrões e familiares; mulheres grávidas; homossexuais; epiléticos; gente que não se conformava com o descaso dos

⁷⁸ DOMINGUES, Bruno. *Amarante: 'É a cultura que faz pessoas demandarem manicômio, exclusão, limitação'*. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/amarante-e-cultura-que-faz-pessoas-demandarem-manicomio-exclusao-limitacao> Acesso em: 14 jan.2020.

⁷⁹ *Ibidem*.

⁸⁰ *Ibidem*.

⁸¹ *Ibidem*.

⁸² GOULART, Maria Stella Brandão. *Em nome da razão: quando a arte faz história*. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2010; 20(1): 36-41. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:iXNmPCcp4gUJ:https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/19941/22021/0+&cd=9&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 16 jan.2020. P. 39.

governos e acabou falando demais; gente que falava de menos, por ser tímida ou muda, e que parecia não ser de muita serventia”⁸³.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, é um marco histórico da reforma psiquiátrica brasileira, tendo como precursora a VIII Conferência Nacional de Saúde (marco inicial da criação do Sistema Único de Saúde – SUS), em 1986, repetindo o feito da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987. Foi esta que (i) fincou as raízes da criação de uma Rede de Atenção para o cuidado em liberdade com vertente teórica baseada na medicina social e nas políticas públicas de saúde, sob a máxima do direito à saúde de todo cidadão e dever do Estado, como também (ii) agregou profissionais da saúde mental, associações de doentes e familiares, universidades, representações políticas e movimentos populares com severa crítica à mercantilização da loucura e contra uma reforma psiquiátrica privatizante, denunciando o modelo de atendimento centrado nos hospitais psiquiátricos.⁸⁴

O relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental foi adotado como diretriz oficial para a reestruturação da atenção em saúde mental e nela são estabelecidos dois marcos conceituais: atenção integral e cidadania. “Segundo essa referência, são desenvolvidos o tema dos direitos e da legislação e a questão do modelo e da rede de atenção na perspectiva da municipalização”⁸⁵.

Dentre outros pontos, destaca Fernando Tenório, o Relatório recomendava: (i) revogação o Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934, o qual dispunha sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e outras providências; (ii) regulamentação das Leis Orgânicas municipais no que diz respeito a atenção à saúde mental; (iii) estímulo à incorporação na legislação brasileira dos “princípios para a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e para a melhoria da assistência à saúde mental”, emitido pela ONU; (iv) apoio às proposituras de leis estaduais de acordo com as decisões da II Conferência Nacional de Saúde Mental; (v) garantia e regulamentação nas legislações nacionais, estaduais e municipais que por ocasião de desativação de leitos em hospitais psiquiátricos públicos, seja assegurada a oferta concomitante de serviços extra-hospitalares; (vi) exigência de aprovação de dispositivos legais que garantam a cidadania do doente mental e proíbam o uso de práticas violentas, como camisa de força,

⁸³ GODOY, Ana Boff de. *Arquivos de Barbacena, a Cidade dos Loucos: o manicômio como lugar de aprisionamento e apagamento de sujeitos e suas memórias*. Revista Investigações Vol. 27, nº 2, Julho/2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/INV/article/view/1217/942> Acesso em: 1 jan.2020. P. 3.

⁸⁴ TENÓRIO, Fernando. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos*. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf> Acesso em: 14 jan.2020. P. 34.

⁸⁵ *Idem*.P. 4.

eletrochoque, medicação em excesso e psicocirurgias; (vii) evitar, ao máximo, a internação do doente mental, a qual só deverá ocorrer depois de esgotados todos os recursos que a possam tornar desnecessária; (viii) assegurar a comunicação da internação involuntária ao Ministério Público, à autoridade sanitária e ao Conselho Local de Saúde (através da Comissão de Saúde Mental ou de Reforma Psiquiátrica), no prazo de 48 horas, devendo ser composta uma comissão interdisciplinar capaz de avaliar os diversos tipos de internação, e procedimentos posteriores de proteção ao usuário, etc.^{86,87}.

Mas as transgressões aos direitos humanos e sociais dos alienados não param depois disto. O caso Ximenes Lopes *versus* Brasil é exemplo desse cenário. Damião Ximenes Lopes padecia de transtorno mental e foi brutalmente torturado e morto em uma clínica psiquiátrica “Casa de Repouso Guararapes” na cidade de Sobral/Ceará em 1999. Foi a primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos⁸⁸. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos submeteu à Corte uma demanda contra o Brasil, a qual se originou na denúncia n. 12.237, recebida na Secretaria da Comissão na data de 22 de novembro de 1999, sendo o Estado brasileiro condenado no ano de 2006 por transgredir o direito à integridade pessoal⁸⁹. A “Sentença da Corte Interamericana, a ser devidamente cumprida pelo Estado brasileiro, vem reivindicar seu sofrimento e saciar sua sede de justiça. Revela, ademais, a relevância da jurisdição internacional em nossos dias”, alude em seu voto em separado o juiz Antônio Augusto Cançado Trindade⁹⁰.

O Projeto de Lei de Reforma Psiquiátrica teve marco inicial no fim de 1970, mais de vinte anos antes da sanção da Lei de Reforma Psiquiátrica - Lei n. 10.216/2001, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais redirecionando o modelo

⁸⁶ Conferência Nacional de Saúde Mental (2.: Brasília: 1992). *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p. I. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf Acesso em: 1 jan.2020. P. 22/23.

⁸⁷ Também destacado por Rosemary Corrêa Pereira em sua tese de doutoramento “Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)”. 2004. Disponível em: <https://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/pereirarc.pdf> Acesso em: 1 jan.2020. P. 118.

⁸⁸ A Corte Interamericana de Direitos Humanos é uma instituição judiciária autônoma cujo objetivo é a aplicação e a interpretação da Convenção Americana sobre Direitos Humanos. A Corte exerce suas funções em conformidade com as disposições da citada Convenção e do Estatuto que a rege. É composta pelos Estados que são membros da Organização dos Estados Americanos (OEA) que tenham ratificado ou aderido a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica). Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/Vicjos/w.Regulamento.Corte.htm> Acesso em: 15.1.2020.

⁸⁹ CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. *Caso Ximenes Lopes versus Brasil*. Sentença de 4 de julho de 2006. (Mérito, Reparações e Custas) Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf Acesso em: 1 jan.2020. P. 2.

⁹⁰ *Ibidem*.

assistencial em saúde mental. Teve como inspiração⁹¹ a Lei italiana n. 180 de 1978, baseada nos ensinamentos de Franco Basaglia que expõe “lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, saúde, justiça e melhores condições de vida”, nos relata José Alberto Roza Júnior⁹². A Lei n. 10.216/2001 passa a dispor que uma pessoa portadora de transtorno mental tem o direito “de ser tratada, preferencialmente em estabelecimentos de saúde mental comunitária” (art. 2º, inciso IX).

Mas a realidade no Brasil ainda provoca questões de ordens sociojurídicas alicerçadas pelo confronto social proveniente de anos de abandono de práticas humanas e médicas daqueles que padeciam de transtornos mentais. A saúde mental padece de invisibilidade social, e se caracteriza pela indulgência social.

Os dados documentais apontam uma experiência de reforma psiquiátrica das práticas de cuidado ocorrida apenas em meados de 1980, embora no ano de 1964, por intermédio da previdência social, o setor da saúde mental tenha experimentado o mais radical processo de privatização do mundo. “A indústria da loucura, como ficou conhecida, fez o número de leitos hospitalares privados crescer de 3 mil para quase 56 mil, ao mesmo tempo que os investimentos no setor público diminuíram”⁹³. Reforçam essa afirmação os dados técnicos do Tribunal de Contas da União (TCU) que indica “o número de leitos ter sido reduzido de 72.514 mil em 1996

⁹¹ BARROS, Denise Dias. *O Processo de Trieste: Cartografia de uma transformação institucional*. Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional. V. 2. N. 2. 1991. Págs.: 167/168. Assim nos explicita Denise Dias Barros em seu artigo ‘O processo de Trieste: Cartografia de uma transformação institucional’, publicado em Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional (páginas 167/168): “Na década de 60, a comunidade terapêutica de Gorizia marca o início da desinstitucionalização italiana cujas elaborações tornam-se as bases do processo desencadeado em Trieste a partir de 1971 e ainda, hoje, em curso. No período compreendido entre seu início e a aprovação, em 1978, da Lei n. 180, que sancionou as inovações produzidas, aboliu-se a ligação imediata entre doença mental e periculosidade social. Hoje, a pessoa em tratamento psiquiátrico não perde seus direitos e deveres civis. Em Trieste o manicômio foi desconstruído e criou-se uma rede de serviços assistenciais descentralizados no território. “As transformações da psiquiatria italiana tiveram repercussão mundial motivada pela radicalidade com que se questionou o paradigma médico-psicológico e, principalmente, por haver efetivado após anos de trabalho intenso uma ‘uma psiquiatria sem manicômio’. Ou seja, em algumas cidades italianas foi possível desconstruir os aparatos físicos e simbólicos que davam sustentação às instituições psiquiátricas tradicionais”. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/35/40> Acesso em: 30 dez.2019.

⁹² ROZA JÚNIOR, José Alberto. *Residência Terapêutica: uma casa na cidade e os sonhos de cidadania*. 2016. P. 40. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-07102016-174827/pt-br.php> Acesso em: 29 jun.2019.

⁹³ BECKER, Sandra Greice, MARTINI, Jussara Gue, BOUSFIELD, Andréa Barbará da Silva, COELHO, Prisca Dara Lunieres Pêgas. *Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro: Revisitando a História e Compartilhando Memórias*. Hist enferm Rev eletrônica [Internet]. 2017;8 (1):7-17. P. 11. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/here/v8/n1/a02%20-%20Centro%20Psiquiatrico%20Eduardo%20Ribeiro%20-%20Revisitando%20a%20Historia%20e%20Compartilhando%20Memorias.pdf> Acesso em: 6 mar.2019.

para 44.234 mil em 2004”⁹⁴. Ou seja, o Poder Público passa a terceirizar os serviços públicos de saúde mental para o setor privado hospitalar, em detrimento de investimento de recursos públicos na precária situação da rede pública, fenômeno que os profissionais da área denominam pela expressão “indústria da loucura para designar este tipo de mercado promissor”⁹⁵.

O que se constata é um quadro social, onde os doentes mentais eram isolados da convivência social, uma segunda etapa feita por uma terceirização aos trancos e barrancos, realizada sem qualquer estudo técnico de gestão de governança, transferindo à iniciativa privada os cuidados de saúde mental da população, haja vista a “Administração responsável por efetivar a socialidade em todas as suas dimensões só pode ser uma Administração plural, não apenas no sentido estrutural, mas essencialmente no sentido material, já que todos esses objetivos e direitos, sendo fundamentais, são, também principais, postulando uma máxima otimização”, como informa Eurico Bitencourt Neto⁹⁶.

Diante desse contexto social, uma estrutura política-administrativa fora montada visando o fim dos manicômios com práticas mais humanizadas, tais como as Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, postos de urgência psiquiátrica, com adoção de práticas inclusivas e serviços mais eficientes e que interagem essas pessoas na sociedade.

Práticas legislativas também foram criadas, o que torna necessário contextualizar a legislação de saúde mental, embora “a presença de legislação de saúde mental em si mesma não garante respeito e proteção dos direitos humanos”⁹⁷, embora a Lei n. 12.401/2011, que trata sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, seja resultante de discussões ocorridas na audiência pública de 2009 do Supremo Tribunal Federal (STF).

Mais à frente, a saber em 2013, a Lei n. 12.847 institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT) e em seu artigo 3º traz o conceito de tortura (inciso I), bem como

⁹⁴ ACÓRDÃO N. 654/2005-TCU/Plenário. Relatório de Avaliação de Programa Ações de Atenção à Saúde Mental. Brasília, Brasil, 2005. P. 89. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327130F30C9> Acesso em: 4 mar.2019.

⁹⁵ BECKER, Sandra Greice, MARTINI, Jussara Gue, BOUSFIELD, Andréa Barbará da Silva, COELHO, Prisca Dara Lunieres Pêgas. *Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro: Revisitando a História e Compartilhando Memórias*. Hist enferm Rev eletrônica [Internet]. 2017;8 (1):7-17. P. 11. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/here/v8/n1/a02%20-%20Centro%20Psiquiatrico%20Eduardo%20Ribeiro%200-%20Revisitando%20a%20Historia%20e%20Compartilhando%20Memorias.pdf> Acesso em: 6 mar.2019.

⁹⁶ BITENCOURT NETO, Eurico. *Concertação Administrativa Interorgânica*. São Paulo: Almedina. 2017. P. 222.

⁹⁷ NAÇÕES UNIDAS. Organização Mundial da Saúde. Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação. *Cuidar, sim - Excluir, não*. Organização Mundial de Saúde. Organização Mundial de Saúde. CH-1211, Genebra 27. Suíça. 2005. P. 1.

define pessoa privada de liberdade (inciso II)⁹⁸. O artigo 3º, inciso II da referida Lei identifica os hospitais psiquiátricos como um espaço de privação de liberdade, seja quando o doente está internado de maneira involuntária/compulsória ou quando se encontra em situação de longa permanência, período superior a um ano de forma ininterrupta⁹⁹.

Saliente-se que, exceto nos crimes de natureza militar, a CRFB/88 condiciona, em rol taxativo, apenas duas hipóteses de privação de liberdade, quais sejam: (i) flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente (art. 5º, inciso LXI); (ii) a dos processos penais, com previsão excepcional, da prisão civil em caso de dívida alimentícia (art. 5º, inciso LXVII), após o devido processo legal (artigo 5º, inciso LIV), diferentemente do que ocorre na internação involuntária/compulsória de pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Na Lei n. 12.847/2013 o devido processo legal está ausente, como também se constata a ausência do ato ilícito, uma vez que a internação psiquiátrica é administrativa, decorrente de tratamento ambulatorial.

Diante dessa perspectiva, as “Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela)¹⁰⁰, por analogia, servem como parâmetros mínimos aceitáveis internacionalmente para tratamento das pessoas privadas de liberdade nos hospitais psiquiátricos¹⁰¹, cujas regras proíbem “as práticas de confinamento solitário indefinido, prolongado, em ambiente escuro ou constantemente iluminado, de castigos corporais, de redução de dieta ou água potável e de castigos coletivos¹⁰² (Regra de Mandela n. 43).

Vale destacar que o artigo 3º, inciso I da Lei n. 12.847/2013 trouxe o conceito de “tortura” inspirado em diplomas legais: não só (i) na Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, promulgada por meio do Decreto n. 40, de 15 de

⁹⁸ Lei n. 7.210/1984. “Art. 61. São órgãos da execução penal: I - o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária; II - o Juízo da Execução; III - o Ministério Público; IV - o Conselho Penitenciário; V - os Departamentos Penitenciários; VI - o Patronato; VII - o Conselho da Comunidade; VIII - a Defensoria Pública.

⁹⁹ Art. 66, § único da Portaria de Consolidação n. 5, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida----o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf> Acesso em: 19 jan.2020.

¹⁰⁰ ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME (UNODC). *Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela)*. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf Acesso em: 19 jan.2020.

¹⁰¹ RELATÓRIO DE INSPEÇÃO NACIONAL. Hospitais psiquiátricos no Brasil. Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Relatório de inspeções: 2018 / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. ed. Brasília. 2019. P. 37.

¹⁰² *Ibidem*.

fevereiro de 1991¹⁰³, assim como (ii) na Lei n. 9.455/1997 que define os crimes de tortura (art. 1º, inciso II)¹⁰⁴.

Os Estados americanos signatários da Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, ratificada pelo Brasil em 20 de julho de 1989¹⁰⁵, já tinham ampliado o conceito de tortura, tornando passível de responsabilização os servidores públicos ou pessoas em exercício de funções públicas por atos comissivos e omissivos caracterizados como tortura (art. 3º).

É importante mencionar que a tortura deve ser entendida em sentido amplo como “quaisquer atos violadores da dignidade da pessoa privada de liberdade devem ser igualmente proibidos e entendidos como tortura”¹⁰⁶. Não se confunde, portanto, com maus-tratos, crime tipificado no Código Penal¹⁰⁷, que pode ser agravada “se ocorrer lesão corporal grave ou morte”¹⁰⁸.

No “Livro de Recurso da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: Cuidar sim, excluir não”¹⁰⁹ a Organização Mundial de Saúde (OMS) menciona a Convenção das Nações Unidas contra Tortura e Outro Tratamento ou Punição Cruel, Desumano ou Degradante (1984), Artigo 16, esclarecendo que os Estados signatários desta Convenção são responsáveis por prevenir atos de tratamento ou punição cruéis, desumanos ou degradantes.

Nesse mesmo documento, a OMS trata também de enumerar as situações encontradas em instituições de saúde mental – ou que possuam características asilares – como espaços que poderiam constituir tratamento desumano e degradante. Nelas se incluem: (i) carência de um ambiente seguro e higiênico; (ii) ausência de alimentação e roupas adequadas; (iii) falta de aquecimento adequado ou agasalhos; (iv) privação de instalações adequadas de atenção à saúde

¹⁰³ Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991. Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0040.htm Acesso em: 19 jan.2020.

¹⁰⁴ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9455.htm Acesso em: 19 jan.2020.

¹⁰⁵ Decreto n. 98.386, de 9 de dezembro de 1989. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D98386.htm Acesso em: 19 jan.2020.

¹⁰⁶ *Idem*. P. 39.

¹⁰⁷ **Maus-tratos**

Art. 136 - Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina:

Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa.

§ 1º - Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

§ 2º - Se resulta a morte:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

§ 3º - Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (catorze) anos.

(Incluído pela Lei nº 8.069, de 1990).

¹⁰⁸ *Idem*.

¹⁰⁹ *Idem*. Págs. 14/15.

para prevenir a disseminação de moléstias contagiosas; (v) escassez de pessoal resultando em práticas pelas quais os pacientes são obrigados a executar trabalho de manutenção sem remuneração ou em troca de privilégios secundários; etc.¹¹⁰.

Note-se que o sistema legal deve proporcionar a consecução de objetivos de saúde pública e de políticas públicas. Cabem aos Estados, ratificadores de Tratados/Convenções internacionais de direitos humanos, a proteção dos direitos de pessoas acometidas com transtornos mentais, respeitar a legislação, promover direitos de infratores mentalmente enfermos. Em âmbito nacional, a função crítica da lei deve estar aliada a outras ferramentas e atores sociais. Formação e capacitação adequadas resultam em pleno envolvimento dos agentes para fins de promoção e proteção da saúde mental como valor humano fundamental.

No documento “Questões fundamentais para prevenção à tortura no Brasil”, expedido em 2015 pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) e pela Organização dos Estados Ibero-Americanos (OEI), há alerta sobre a abrangência ampliada do conceito tortura. Vejamos:

Na verdade, a tortura para o Sistema é concebida como o último elo de uma cadeia iniciada a dignidade humana foi ignorada ou violada. Por essa mesma razão, a Convenção Contra Tortura da ONU deixou de definir o que são tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, os quais são menos graves, mas igualmente proibidos que a tortura e compreendem todos os atos violadores da dignidade da pessoa privada de liberdade. Esses tratamentos podem ser identificados nas condições de privação de liberdade e numa série de privações e sofrimentos de menor intensidade aos quais as pessoas podem ser submetidas, tais como a superpopulação carcerária, **a carência de assistência médica** ou jurídica, a violação de correspondência, a revista vexatória em presos e familiares ou o **uso excessivo de sedativos em pacientes psiquiátricos**. (grifei)¹¹¹

A Portaria Interministerial n. 2, de 21 de dezembro de 2017 que instituiu o Comitê Gestor Interministerial para atuar no desenvolvimento de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, com base na Lei n. 13.502/2017 (revogada pela Lei n. 13.844/2019) previu ações governamentais para a integração das políticas públicas de saúde mental.

Parece que tal realidade é replicada com a Nota Técnica n. 11/2019/MS que traz mudanças significativas na Política Nacional de Saúde Mental, de modo a enfraquecer a Reforma

¹¹⁰ *Ibidem*.

¹¹¹ BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direito Humanos. *Questões fundamentais para prevenção à tortura no Brasil*/Coordenação Geral de Combate à Tortura (ORG) – 1. Ed – Brasília. Secretaria de Direitos Humanos, 2015. 278 p. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/biblioteca/promocao-e-defesa/questoes-fundamentais-para-prevencao-a-tortura-no-brasil/view> Acesso em: 19 jan.2020. P. 38/39.

Psiquiátrica Brasileira (RPB), se faz presente na real possibilidade de se desconsiderar a institucionalização da Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com nova conformação legal, o que pode desembocar no retorno da adoção de tratamentos tradicionais e ultrapassados, tal como a internação compulsória do doente em manicômio.

A Lei n. 13.840/2019 dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) que atuará em articulação com o SUS e com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) traz duas figuras legais emblemáticas: a (i) internação involuntária, aquela que se dá sem o consentimento do dependente; e as (ii) comunidades terapêuticas acolhedoras representadas por pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, que realizam o acolhimento do usuário ou dependente de drogas por tempo etapa determinado para a reintegração social e econômica do usuário de drogas.

Sabe-se que o SUS recusa o confinamento indeterminado, o isolamento e a segregação social dos pacientes psiquiátricos. Neste contexto, as políticas públicas, e dentre elas as de saúde pública, não continuam imunes ao sistema de produção regular e residual de riscos e ameaças, explícitos e sem ruídos. Este processo social impõe a todos os envolvidos, profissionais da saúde, sociedade civil, elaboradores de leis e executores de políticas o desafio de erguer pactos sociais considerando esse novo cenário no qual estamos inseridos.

É notório que o SUS precisa incrementar tratamentos alternativos à internação, a saber os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial)¹¹² - só podem funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar - ainda insuficientes para suas ampliações e manutenções. Mas isso não pode servir de argumentação para o direcionamento de contratação de instituições privadas e de orientação religiosa, como são as comunidades terapêuticas, sem que estas se submetam ao cumprimento de normas equivalentes às que estão submetidos os serviços que prestam atenção à saúde.

A forma de construção de instrumentos de enfrentamento da questão social revela o risco de retomar práticas isolacionistas sociais com a internação em asilos psiquiátricos, na

¹¹² PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.

(...)

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

contramão dos princípios consagrados na CRFB/88 acerca das funções estatais, em prol da vida humana digna.

A tendência isolacionista de quem padece de transtornos mentais não é novidade em solo brasileiro. Os indicadores de vulnerabilidade ou exclusão social na adoção de políticas públicas de saúde mental têm se mostrado crescentes diante da produção de leis e atos normativos que traduzem a responsividade administrativa de uma sociedade injusta, onde a produção e distribuição de um bem singular, denominado saúde, deixa à margem uma parte da população que precisa do Estado para ter acesso aos seus meios de produção por ele controlado e distribuído.

1.3 AMAZONAS, MANAUS: *BELLE EPOQUE* E LOUCURA DESVALIDA

Em 1833, o lugar da Barra foi elevado à categoria de vila com a denominação de Manaus¹¹³. À época da instalação da Província do Amazonas (1852) o sítio urbano de Manaus compreendia 6 bairros (São Vicente, Campina, Costa d'África, Espírito Santo, República e Remédios)¹¹⁴. Marechal Rufino Enéias Gustavo Galvão, Barão de Maracaju (governou a Província do Amazonas de 7/3/1878 a 26/8/1879) e “foi autor do primeiro projeto de lei, nº 1879, concedendo privilégios por 15 anos, a qualquer companhia organizada em Manaus ou no exterior, para melhorar o sistema de abastecimento d'água à cidade, então feito pelos aguadeiros”¹¹⁵, descreve Mário Ypiranga. No Ano de 1886 é implantado em Manaus o serviço de água encanada¹¹⁶.

O Município de Manaus está localizado na Região Norte do Brasil, no centro geográfico da Amazônia. A superfície total do Município é de 11.401,06km²¹¹⁷, equivalendo a 0,73% do território do Estado do Amazonas, que abrange 1.577.820,2km², com densidade populacional estimada em 2.145.444 pessoas¹¹⁸. Os limites do Município confrontam: ao Norte, com o Município de Presidente Figueiredo; a Leste, com os Municípios de Rio Preto da Eva e Itacoatiara; ao Sul, com os Municípios de Careiro da Várzea e Iranduba; e a Oeste, com o Município de Novo Airão¹¹⁹.

¹¹³ ARANHA, Bento de Figueiredo Tenreiro. *Um olhar pelo passado. Imprensa Oficial*. Pág. 13. 1897.

¹¹⁴ PINHEIRO, Maria Luiza Ugarte. *A cidade sobre os ombros. Trabalho e Conflito no Porto de Manaus: 1899 – 1925*. 2 ed. Ed. Governo do Estado. Pág. 35. 2003.

¹¹⁵ MONTEIRO, Mário Ypiranga. *Roteiro Histórico de Manaus*. Vol. I. Manaus: EDUA. 1998. Pág. 160.

¹¹⁶ *Idem*. Pág. 10.

¹¹⁷ Disponível em: IBGE. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 27 jul.2010.

¹¹⁸ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama> Acesso em: 1 jun.2019.

¹¹⁹ Disponível em: Projeto Geo Cidades. Relatório Urbano Ambiental, www.pnuma.org. Acesso em: 5 ago.2010.

Eduardo Ribeiro governou o Estado do Amazonas nos períodos de 02/11/1890 a 05/05/1891 e de 27/02/1892 a 23/07/1896 marcando profundamente a estrutura urbana da cidade de Manaus. No seu governo, ano de 1892, foi editado o primeiro Plano Urbano de Manaus, que naquela época havia consolidado sua posição como polo econômico da Amazônia e porto de expressão nacional e internacional, vivenciando a fase áurea da borracha (1890-1910). O plano apontava para um conjunto de diretrizes urbanísticas e de intervenções físicas reestruturando Manaus. Foi implantado o serviço de transporte coletivo de bondes elétricos, telefonia, eletricidade, água encanada e esgoto, além da construção de um porto flutuante.

O embelezamento da cidade Manaus, como forma de exibir a conquista da natureza pelo homem, máxima do governo Eduardo Ribeiro, “iniciador/terminador de muitas obras de grande vulto, caracterizando um programa intenso de reforma urbana, arrasando palhoças, abrindo ruas, aterrando e desaterrando, etc.” como descreve Mário Ypiranga¹²⁰, resultava na alteração do meio ambiente, trazendo doenças ao homem, como assevera o cientista Júlio Cesar Schweickardt. O acúmulo de água e a procriação de mosquitos advindas dos aterros de obras gerava críticas a este governo, mas não impediu que a política desenvolvimentista da época ficasse estampada no Código de Postura do Município de Manaus.

O Código de Postura, editado pela Intendência Municipal em 1890, em seus artigos 9º e 10, já tratava do “aformoseamento da cidade”. Tais posturas públicas, relata Maria Luiza Ugarte Pinheiro, afastaram para bairros mais distantes, como Cachoeirinha, Mocó, São Raimundo, Educandos, Vila Municipal, Tócos (Plano Inclinado), Flores e adjacências, os habitantes mais carentes.

Segundo Júlio Cesar Schweickardt, o Código de Posturas do Município de Manaus estabeleceu que “as ruas de novo abertas e as que ainda não estão edificadas, terão a largura de 30 metros e serão em linha reta quanto possível” e pelo mapa de Manaus de 1852, alguns igarapés sumiram do centro da cidade: (i) o Igarapé do Espírito Santo deu origem à avenida do Palácio, mais tarde avenida Eduardo Ribeiro, onde localizava-se Teatro Amazonas, Palácio da Justiça, cafés, hotéis e bondes, tudo obra do governador Eduardo Ribeiro; (ii) o igarapé do Aterro, que deu origem à Avenida 13 de Maio, que levava décadas para ser concluída, sendo objeto de constantes campanhas contra a malária e a febre amarela, cortava o centro comercial da cidade. Seus aterros facilitavam o acúmulo de água, proporcionando condições ideais para a procriação de mosquitos, indicando as contradições entre “obras de embelezamento e as condições sanitárias da cidade, explicitando as dificuldades para que estas duas dimensões

¹²⁰ *Idem*. Pág. 238.

ocupassem o mesmo espaço”¹²¹, replicando o processo de intervenção que nos lembra o ocorrido em Paris, levado a feito por Haussmann, por volta de 1853¹²², bem como aquelas apresentadas, com idênticas características, em documentário acerca da modernização da cidade de São Paulo.¹²³

Na fase do ciclo econômico da borracha, a cidade foi referência internacional nas discussões sobre doenças tropicais, saneamento e saúde pública. A urbis realizou grandes ações em parceria com cientistas internacionais, como foi o caso da erradicação da febre amarela, em 1913. No início do século XX, as ações de saneamento estiveram praticamente restritas à cidade de Manaus. A situação começa a se transformar a partir da criação do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural, que levou o saneamento para outras partes do Amazonas. A infraestrutura da época abrangia bases fixas de operação nas calhas dos principais rios e embarcações que percorriam as comunidades ribeirinhas.

Essa modernidade, segundo Júlio Cesar Schweickardt¹²⁴, tem avanço peculiar durante o Governo de Eduardo Ribeiro (1862 – 1900), com destaque ao período entre 1892 e 1896, com a implementação de práticas urbanísticas que trouxeram mudanças na paisagem da cidade de Manaus: igarapés aterrados, construção de pontes, calçamento das ruas, instalação de luz elétrica e bondes, sistema de distribuição de águas, esgoto, grandes prédios públicos. A cidade vivia o encantamento da *belle époque*, transformando-se em belo cenário e a população usufruindo um clima de progresso econômico.

O desenvolvimento econômico proporcionou a difusão de conhecimento científico e a prática de ações de saúde pública para erradicar doenças como a malária, a tuberculose, a varíola e a febre amarela. Tudo porque a política governamental estava relacionada à ideia de que bem-estar social só seria alcançado se medidas de saneamento fossem realizadas. Para reforçar esse raciocínio, Cesar Schweickardt menciona a obra do inspetor de higiene do Estado, Henrique Álvares Pereira que, no ano de 1893 difundia a ideia de que o Estado para realizar seu fim público deveria, necessariamente, voltar-se para políticas públicas de saúde, com destaque ao “1) Saneamento do solo, esgotos, águas pluviais, abastecimento de água; 2) Remoção e destruição do lixo e limpeza pública; 3) vacinação e revacinação; 4) habitações especialmente

¹²¹ SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. *Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no estado do Amazonas (1890-1930)*. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3982> Acesso em: 1 jun.2019.

¹²² HARVEY, David. *Cidades Rebeldes: do direito a cidade à revolução urbana*. São Paulo: Martins Fontes. P. 34. 2014.

¹²³ ENTRE RIOS. Disponível em: <https://colegioequipe.g12.br/wp-content/uploads/2020/04/Entre-rios-%E2%80%93-a-urbaniza%C3%A7%C3%A3o-de-S%C3%A3o-Paulo.pdf> Acesso em: 9 fev.2022.

¹²⁴ *Ibidem*.

às classes proletárias; 5) remoção do Hospital de Caridade, arrasamento do cemitério de São José, construção de hospitais para loucos e leprosos (1893, p. 4).”¹²⁵

No ano de 1894, através da Lei n. 65, é criado então o Asilo de Alienados e construído em Manaus a Colônia de Alienados Eduardo Ribeiro¹²⁶. Ares de *belle époque* e início de um contexto social e político de descuidos com os doentes acometidos por transtornos mentais. Praticava-se assim, a internação psiquiátrica em instituição asilar a partir do final do século XIX. Até os dias atuais é o único hospital psiquiátrico do Amazonas só alterando seu nome. Primeiro chamou-se Colônia de Alienados Eduardo Ribeiro, passou a ser chamado de Hospital Colônia Eduardo Ribeiro e atualmente Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER).

Randiza Santis Lopes descreve que “por volta da década de sessenta é que surgem as primeiras menções referentes à criação de um espaço voltado ao acolhimento dos ‘loucos criminosos’”, uma vez que não se tinha até o momento nenhuma instituição do gênero e “a situação destes sujeitos ou mesmo daqueles que enlouqueciam nas prisões era resolvida com a internação no hospício público, o que acontecia de acordo com o estabelecido no Código Penal de 1890”¹²⁷. Também constatou, anos 1967/1969, a intenção do governo estadual, via Secretaria de Saúde, era de criar “uma seção técnico-pericial destinada à ‘observação psiquiátrica dos pacientes criminais oriundos de Penitenciárias do Estado, para fins de instrução dos processos penais’” que funcionaria aos moldes dos “preceitos da Comunidade Terapêutica (CT), sendo que a intenção também era implantar a perspectiva da CT dentro da dinâmica do asilo público”.

Ainda por volta do início da década de 70 do século passado, Randiza Santis Lopes confirma que a proposta permanecia prevista nos relatórios da Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM) que confirmava “a importância da criação de uma Seção Criminal, que funcionaria no sentido de albergar os pacientes que praticavam delito e manteriam sob observação os delinquentes suspeitos de irresponsabilidade penal”¹²⁸.

Em 1974 o projeto de reforma e ampliação do Hospital Colônia Eduardo Ribeiro permanecia no papel, embora houvesse previsão de “construção de uma ala destinada aos psicopatas, ou seja, a construção do ‘Manicômio Judiciário’, em anexo, com 12 leitos à

¹²⁵ *Idem*. P. 127.

¹²⁶ MENDES, Lidiane Álvares. *Reurbanização do espaço público: os discursos estabelecidos na construção da Colônia de Alienados Eduardo Ribeiro (1894-1930)*. Boletim Historiar, n. 07, jan./fev. 2015, p. 67-8.1 Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/historiar/article/download/3478/3029> Acesso em: 21 jan.2020. P. 2.

¹²⁷ LOPES, Randiza Santis. *Entre a atenção à saúde e a legalidade: A atuação do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (parte II)*. Revista Zona de Impacto ANO 15 / 2 - 2013 - Julho/Dezembro. pp. 139-185. Disponível em: <http://www.revistazonadeimpacto.unir.br/Randiza%20Ano%2015%202.pdf> Acesso em: 22 jan. 2020. P. 139.

¹²⁸ *Idem*. P. 140.

disposição da Secretaria de Justiça”¹²⁹. Essa realidade não impediu que pacientes criminais fossem “recolhidos e enviados ou para o único centro psiquiátrico da cidade ou às Penitenciárias do Estado sem que houvesse qualquer tipo de atenção específica” e perdura até os dias atuais¹³⁰. Por pressão social de técnicos, internos e familiares do Hospital Eduardo Ribeiro a Cadeia Pública Desembargador Raimundo Vidal Pessoa passa a funcionar como manicômio judiciário improvisado¹³¹. Somente “em 29 de novembro de 1988 é divulgada, no Diário Oficial do Estado, a aprovação na Assembleia Legislativa do Estado da lei estadual 1.874, que institui o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) da cidade de Manaus”¹³², conforme artigo 26 do Código Penal¹³³ (imputabilidade penal) para fins de tratamento sob regime de internação dos presos imputáveis e semi-imputáveis (artigos 99 e seguintes da Lei de Execução Penal n. 7.210/1984).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Amazonas se iniciou no final da década de 1970, por um grupo de psiquiatras e profissionais do Hospital Colônia Eduardo Ribeiro, que se inspiraram nas ideias da Reforma Psiquiátrica, onde buscavam “humanização do atendimento e melhoria das condições de infraestrutura”¹³⁴.

Entre as décadas de 1970 a 1980, o Amazonas tivera uma instituição privada de assistência psiquiátrica, denominada ‘Instituto Eugene Minkowski’, fundada pelo médico psiquiatra Benedito Barbosa, com “uma proposta inovadora para as internações psiquiátricas, pois tinha unidades de internações abertas, com módulos estruturados, pavilhões masculinos e femininos, sem os pacientes terem que viver fechados como no Hospital Colônia Eduardo Ribeiro”¹³⁵. No entanto, ocorreram relatos de que “o hospital iniciou com uma proposta inovadora, mas se tornou objeto de denúncias de maus tratos e de desvio de recursos”¹³⁶. Outra instituição de assistência psiquiátrica privada é “o Instituto Mira y Lopez, que surgiu na década de 1980 e ainda hoje atua. O instituto funcionava apenas no regime ambulatorial e não tinha internações”¹³⁷.

¹²⁹ *Ibidem*.

¹³⁰ *Ibidem*.

¹³¹ *Idem*. P. 141.

¹³² *Idem*. P. 142.

¹³³ Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

¹³⁴ NAVARRO, Raquel Maria. *A história da política de saúde mental no Estado do Amazonas*. História e política pública de saúde / Organizadores: Júlio Cesar Schweickardt ... [et al.] – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. 214 p.: il. – (Série Saúde & Amazônia) <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-saude-amazonia/Historia%20e%20politica%20publica%20de%20saude%20Fiocruz%20Amazonas%20-PDF.pdf> P. 137.

¹³⁵ *Ibidem*.

¹³⁶ *Ibidem*.

¹³⁷ *Idem*. P. 49.

Na década de 1980 foi criado o “ambulatório Rosa Blaya¹³⁸ e o Pronto Atendimento Humberto Mendonça, Grupo de Agricultura com terapia ocupacional, abertura dos portões do CPER (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro) e realizadas atividades extramuros”^{139,140}. Durante essa época, “assume como primeiro coordenador estadual de saúde mental, o psiquiatra Silvério Tundis”, e segundo Raquel Maria Navarro, já separando à coordenação da direção do CPER, antes disso conhecido como hospital Colônia Eduardo Ribeiro. Nesse período também “iniciou a descentralização da assistência em Saúde Mental tanto na capital quanto no interior”¹⁴¹.

Silvério Tundis torna-se importante e de destaque ator social com relação ao programa estadual de psiquiatria no Amazonas efetuando inúmeras mudanças internas no Eduardo Ribeiro, tais como: (i) cria um espaço ambulatorial e mais à frente um pronto atendimento para os pacientes acometidos em crise; (ii) põe em prática com o setor de pronto atendimento aos atendimentos extra-hospitalares, empregando prática administrativa descentralizada com os pacientes, dando início à extinção “do modelo unicamente hospitalocêntrico”, alude Raquel Maria Navarro¹⁴².

A descentralização das ações de saúde mental se espalha e abrange o município de Itacoatiara e ações de cesta básica de medicamentos alcança demais municípios, tais como Urucurituba, Maués, Nova Olinda do Norte, Coari, Envira, Humaitá, Itapiranga, Tabatinga, Benjamin Constant, Barreirinha e Lábrea¹⁴³.

Dando continuidade à reforma psiquiátrica no Amazonas, Silvério Tundis, ainda na década de 80 do século passado, implanta a terapia ocupacional, considerada um grande diferencial de sua atuação e o médico Rogélio Casado Marinho Filho assume à coordenação desta. Os dois médicos são personagens reconhecidos na luta antimanicomial amazonense, incomodam as autoridades públicas que sonegam à comunidade informações a respeito do avanço da Reforma Psiquiátrica no Amazonas a ponto desta dar destaque à situação no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental¹⁴⁴:

¹³⁸ Em 2015 se tornou Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Lar Rosa Blaya.

¹³⁹ *Ibidem*.

¹⁴⁰ Ambulatório Rosa Blaya, construído dentro do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro tinha como função a atenção primária e ambulatorial dos portadores de transtornos mentais.

¹⁴¹ *Ibidem*.

¹⁴² *Idem*. P. 142.

¹⁴³ *Idem*. P. 143.

¹⁴⁴ RELATÓRIO FINAL DA III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf Acesso em: 22 jan.2020. P. 177.

44. **Moção de repúdio à retenção de informações.** Repúdio à retenção de informações, o que dificulta a divulgação e o acesso às instâncias do saber e o avanço da Reforma Psiquiátrica no Amazonas, culminando com o desconhecimento e despreparo da representatividade popular do Estado para a participação nas Conferências Municipais, Estadual e Nacional de Saúde Mental.” (grifo no original)

Em 4 de novembro de 2003 é aprovada a Política Estadual de Saúde Mental no Amazonas através da Resolução CES n. 37 do Conselho Estadual de Saúde/AM, embora o panorama manicomial no Amazonas pouco tenha evoluído, consoante as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira.

A implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) somente surgiu em 2005 no Amazonas. Primeiro, no município de Parintins (2005) e depois no município de Manaus, em 2006. O processo da desospitalização das instituições asilares não avança no ritmo almejado devido à carência de rede substitutiva, principalmente de CAPS.

Em 2005, o Tribunal de Contas da União (TCU)¹⁴⁵ publica o documento “Avaliação das Ações de Atenção à Saúde Mental” destacando que o “estado do Amazonas, com uma população de 2,8 milhões de habitantes, não possui nenhum CAPS cadastrado, enquanto o estado do Rio Grande do Sul tem a melhor relação de CAPS cadastrados, 0,66 para cada 100 mil habitantes, que ainda pode ser considerada insuficiente”.

Na mesma direção, a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, realizada em novembro/2005, indica para a crise manicomial como é possível constatar na Tabela abaixo, onde aponta um percentual de 0,3% de leitos de um único hospital psiquiátrico para a totalidade da população amazonense. Senão veja-se¹⁴⁶

¹⁴⁵ AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos /Tribunal de Contas da União; Relator Auditor Lincoln Magalhães da Rocha. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2005. 40p. – (Sumários Executivos. Nova série; 1). P. 16. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327142D344A> Acesso em: 22 jan.2020.

¹⁴⁶ REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso em: 22 jan.2020. P. 13.

Tabela 1: Distribuição dos Leitos Psiquiátricos SUS por UF e Hospitais Psiquiátricos

Unidade Federativa	Leitos Psiquiátricos	Hospitais Psiquiátricos	% do Total de Leitos Psiquiátricos SUS
Região Norte			
Amazonas	126	1	0,3
Acre	53	1	0,13
Amapá	0	0	0
Pará	56	1	0,13
Tocantins	160	1	0,38
Roraima	0	0	0
Rondônia	0	0	0
Subtotal Região Norte	395	4	0,64
Região Nordeste			
Alagoas	880	5	2,09
Bahia	1633	9	3,88
Ceará	1120	8	2,66
Maranhão	822	4	1,96
Paraíba	801	6	1,91
Pernambuco	3293	16	7,83
Piauí	400	2	0,95
Rio Grande do Norte	819	5	1,95
Sergipe	380	3	0,9
Subtotal Região Nordeste	10.148	58	24,13
Região Centro-oeste			
Distrito Federal	74	1	0,18
Goiás	1303	11	3,1
Mato Grosso	117	2	0,28
Mato Grosso do Sul	200	2	0,48
Subtotal Região Centro-Oeste	1.694	16	4,04
Região Sudeste			
Espírito Santo	620	3	1,47
Minas Gerais	3052	21	7,26
Rio de Janeiro	8134	41	19,35
São Paulo	13634	58	32,34
Subtotal Região Sudeste	25.440	123	60,42
Região Sul			
Paraná	2688	17	6,39
Rio Grande do Sul	911	6	2,17
Santa Catarina	800	4	1,9
Subtotal Região Sul	4.399	27	10,46
Brasil	42.076	228	100

Fonte: Ministério da Saúde (2005)

Em 2007 é sancionada a Lei Estadual de Saúde Mental n. 3.177, na data de 11 de outubro, mas serviços de assistência integral são insuficientes para a população existente. Raquel Navarro¹⁴⁷ citando dados da Coordenação Estadual de Saúde Mental (2014) informa que:

Estima-se que há 406.689 pessoas portadoras de transtornos mentais graves e leves, 271.126 pessoas que necessitam de tratamento devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e 677.815 pessoas que necessitam de tratamento no campo da saúde mental, numa população de 3.389.072 habitantes, distribuída nos 62 municípios do Estado. Esses dados apontam para a necessidade de formulação de políticas públicas

¹⁴⁷ *Idem*. P. 11.

intersetoriais voltadas para uma assistência integral, considerando as especificidades regionais para a sua efetivação no Amazonas.

O Plano Estadual de Saúde do Amazonas (2016-2019) afirma que “em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, vem ampliando o acompanhamento e o incentivo para a qualidade do serviço prestado à população nos serviços de Atenção Psicossocial iniciando assim a implantação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS”¹⁴⁸. E vai além ao citar que hoje o “Estado conta com 25 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, de diversas modalidades, distribuídos em 08 (oito) Regiões de Saúde, onde apenas a Região de Saúde do Purus ainda não dispõe desse serviço, conforme a seguir:

Quadro 1: Distribuição de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS nas Regiões de Saúde – Amazonas 2015

Região de Saúde	Municípios com CAPS
Triângulo	Tefé;
Rio Negro e Solimões	Coari, Manacapuru e Codajás
Rio Madeira	Manicoré, Apuí, Humaitá e Borba
Médio Amazonas	Itacoatiara
Juruá	Guajará e Eirunepé
Baixo Amazonas	Parintins e Maués
Manaus, Entorno e Alto	São Gabriel da Cachoeira, Manaus, Rio Preto da Eva, Nova Olinda do Norte, Autazes,
Rio Negro	Manaquiri e Iranduba
Alto Solimões	São Paulo de Olivença

Fonte: SEASC/SUSAM/ Coord. Saúde Mental¹⁴⁹

Já o Plano Estadual de Saúde do Amazonas (2020-2023) dispõe que “de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde o Estado do Amazonas apresenta cobertura em saúde mental regular, baixa, insuficiente ou crítica”¹⁵⁰, reconhecendo a precariedade na área da saúde mental.

Em Setembro/2017 o Ministério Público Federal (MPF), o Ministério Público do Estado do Amazonas (MPAM) e o Ministério Público de Contas do Tribunal de Contas do Estado do Amazonas (MPC/TCE) realizaram inspeção no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER)¹⁵¹

¹⁴⁸ PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS 2016-2019. Disponível em: <https://docplayer.com.br/127155151-Pes-am-plano-estadual-de-saude-amazonas-susam-secretaria-de-estado-de-saude-do-amazonas.html> Acesso em: 22 jan.2020. P. 120.

¹⁴⁹ *Ibidem*.

¹⁵⁰ PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS 2020-2023. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2020-2023_ver_ini.pdf Acesso em: 22 jan.2020. p. 103.

¹⁵¹ O referido Relatório alcunha o CPER como Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (HPER), mas significa o mesmo hospital.

resultando na ACP n. 785-09.2014.4.3200¹⁵², em trâmite na 1ª Vara Federal do Amazonas, cujo objeto se relaciona diretamente com saúde mental no Estado.

1.3.1 A inspeção do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER)/ACP n. 785-09.2014.4.3200

A inspeção do CPER, único hospital psiquiátrico no Estado do Amazonas, realizada em parceria pelo MPF, MPAM e MPC/TCE, indica o estado de abandono do CPER, revelando a precarização da ação governamental de assistência à saúde mental, ao mesmo tempo em que transgredir os preceitos basilares da dignidade humana, como também passa ao largo das diretrizes constantes na reforma psiquiátrica. As irregularidades enumeradas pelas citadas Instituições são inúmeras e, abaixo, são transcritas com rigor, a fim de demonstrar que as políticas públicas na área da saúde mental, embora existentes, não são efetivas, eficazes e eficientes.

O quadro estrutural do hospital psiquiátrico, segundo informações dadas pela diretora da época Andrea Barker Costa do CPER não conta mais com serviço de residência e possui 20 leitos de internação hospitalar. Os temas tratados nesta inspeção foram: (a) estrutura física; (b) medicamentos e materiais; (c) recursos humanos.

(a) **Estrutura Física.** Nos últimos 11 anos não foi realizada nenhuma reforma nem manutenção significativa no prédio. A cozinha é insalubre. Corredores sem iluminação adequada. As refeições são guardadas em aparelhos de refrigeração corroídos por ferrugem, não há variedade de alimentação: de proteína só consta frango e verduras, frutas, legumes nunca são oferecidas. A separação por sexo entre pacientes é somente fictícia. Durante a inspeção as pacientes desnudas circulavam pelos corredores e há presença de menor de idade internado no local. Os aparelhos de ar -condicionado não funcionam. A lavanderia não parece estar apta a realizar limpeza de qualquer roupa.

(b) **Medicamentos e Materiais.** Não há farmacêutico 24 horas no CPER. A responsável tem horário flexível e período de apenas 4 horas, momento que supostamente cumpre as prescrições médicas e separa as medicações de cada paciente internado. Em caso de emergências, as auxiliares e enfermeiras são as que realizam dispensação e administração de medicamentos, mesmo os sujeitos a controle especial. Os medicamentos, inclusive os controlados, estão dispostos em armários sem fechadura e totalmente expostos, sem controle e

¹⁵² Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/acp-caps-manaus> Acesso em: 22 jan. 2020.

organização, o que impõe risco para o cometimento de crimes de tráfico de drogas e furto de medicamentos. Quanto ao estoque, aproximadamente 40% dos medicamentos essenciais estão com estoque zero. Quando necessário e não disponibilizado pela Central de Medicamentos - CEMA, a própria unidade adquire os medicamentos, sem ter apresentado qualquer espécie de documento dessas aquisições. Quanto ao processo de esterilização, quando questionado à Administração, não há padrão determinado. Com relação aos itens de higiene, roupas e lençóis, a diretora da CPER, Andrea Barker Costa, informou que em regra estes itens são provenientes de doação ou da própria família do internado, somente em casos de falta são adquiridos pela unidade. Não há armários específicos para cada internado, estando todas as roupas dispostas em um único armário, tanto para homens como mulheres. Não há armário de higiene pessoal, como sabonetes e demais itens. A água da unidade é comprada diretamente da distribuidora, sendo utilizados os bebedouros tanto para os pacientes como funcionários. A Diretoria também informou que desconhece qualquer denúncia de água imprópria ou infecção. Não há unidade de tratamento de esgoto e resíduos, sendo apontado pela própria Administração como um hospital sem saneamento.

(c) **Recursos Humanos.** É outro problema grave. O número de médicos, enfermeiros e técnicos não é suficiente. Segundo a diretora do CPER, Andrea Barker Costa, alguns profissionais são demitidos ou afastados em razão da contratação temporária e não há reposição. Ademais, quando repostas, os mesmos nunca atuaram na especialidade psiquiátrica, o que dificulta ainda mais o atendimento. Em reunião com as médicas plantonistas, no momento da troca de plantão, as mesmas relatam algumas situações aos membros da inspeção: (c1) no Amazonas há apenas 20 leitos de internação psiquiátrica, sendo que este número deveria ser, no mínimo, 10 vezes maior, atingindo 200 leitos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde; (c2) são atendidos, em média, 30 pacientes por dia na emergência do CPER, sendo que a unidade somente possui 20 leitos; (c3) são direcionados para o CPER ou pela polícia, SAMU ou familiares dos pacientes atendidos na unidade, pessoas sem qualquer quadro de psicopatias tais como menores infratores, ébrios habituais, pessoas em situação de rua, entre outros; (c4) os médicos são obrigados a fazer escolhas do paciente “menos” grave para que possam dar alta e promover novas internações. Como exemplo, os relatados citaram o caso de paciente indiciado por tentativa de homicídio e que não pode ter alta médica; (c5) o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Silvério Tundis tem perfil de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e se prestaria à acomodação de pessoas que precisam de acompanhamento contínuo, mas o mesmo não tem vagas; (c6) o ideal seria a instalação de mais SRTs e o atendimento das urgências psiquiátricas em hospitais gerais, evitando a discriminação dos pacientes com psicopatias tanto pela

sociedade como pelos próprios colegas médicos. Por fim, não constam no quadro de pessoal da unidade hospitalar: nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos ou mesmo estudantes residentes, não havendo orientação e acompanhamento adequado dos internos quanto a essas especialidades.

Se observam as condições indignas de atendimento aos pacientes no CPER levando o Ministério Público Federal no Amazonas (MPF/AM) e o Ministério Público do Estado do Amazonas (MPAM) a pedirem na Justiça que a União e o Estado do Amazonas sejam obrigados a “cumprir uma série de medidas, como contratação de profissionais de saúde, compra de ambulância e realização de reformas no prédio, para garantir condições minimamente dignas de funcionamento e prestação do serviço a que é destinado”¹⁵³ e em caso de descumprimento que sejam condenados o Estado e da União ao pagamento de indenização por danos morais coletivos no valor de R\$5 milhões, a ser revertido em investimentos diretos em políticas públicas destinadas aos pacientes do CPER mais aplicação de multa no valor de R\$ 50 mil para cada dia de descumprimento após o prazo inicial de 15 dias, caso a Justiça decida a favor dos pedidos. Em suma, a Justiça Federal condenou tais entes federativos e a ACP n. 785-09.2014.4.3200 encontra-se em grau de recurso.

A ACP lista as três medidas urgentes a serem adotadas pelos entes federativos, a saber: (i) disponibilização de efetivo tratamento de saúde individualizado nas áreas de psiquiatria, psicologia, odontologia e fisioterapia; (ii) concessão de mudas de roupas individuais e itens de higiene pessoal em quantidade suficiente para o uso durante a semana; (iii) o fornecimento de serviço de terapia ocupacional, com planos de reabilitação e adaptação social para cada um dos pacientes atendidos pelo hospital. Senão veja-se¹⁵⁴:

Quadro de abandono – Em inspeções realizadas ao centro psiquiátrico realizadas antes de levarem o caso à Justiça, representantes do MPF e do MP/AM verificaram que os pacientes estão submetidos a “condições de habitação e tratamento indignos, degradantes, em quadro de abandono”. Refeições inadequadas, ausência de desfibrilador em condições de funcionamento e de ambulância própria são exemplos dos problemas encontrados no local. Também faltam fraldas, material de higiene pessoal, toalhas, lençóis de cama e os pacientes têm que compartilhar roupas entre si, pois há poucas peças.

Relatos colhidos durante as visitas ao hospital psiquiátrico indicaram ainda que os pacientes não praticam atividades de recreação, lazer e esporte e não dispõem de terapia ocupacional. **“Nada está sendo feito para a autonomia dos internos. Os pacientes ficam na mesma situação, caracterizando verdadeiro depósito humano”**, destaca um trecho da ação civil pública.

¹⁵³ HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL: RELATÓRIO DE INSPEÇÃO NACIONAL. Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM). Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2018: Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/mpf-e-mp-am-ajuzam-acao-para-exigir-atendimento-digno-no-hospital-psiquiatrico-eduardo-ribeiro> Acesso em: 22 jan.2020.

¹⁵⁴ *Ibidem*.

Estrutura física precária – O sucateamento das instalações físicas do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro também é alvo da ação judicial. Durante a inspeção, foi constatada falta de lâmpadas e bocais na enfermaria e em alguns quartos e corredores. De acordo com o MPF e o MP/AM, o Estado não investe no atual sistema de internação sob a desculpa de que implementará o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), o que não ocorre, de fato, deixando os doentes com transtorno mental no limbo. **“A futura implantação do SRT é mera desculpa: o que a atual falta de fralda, por exemplo, tem a ver com a demorada conclusão das obras do SRT?”**, questionam os órgãos na ação.

Durante a visita, constatou-se que os funcionários da unidade de saúde submetem-se a sobrecarga de trabalho imposta a eles em função da insuficiência de pessoal para a demanda existente. **Foi constatada, inclusive, a presença de enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem sem qualificação ou habilitação junto ao Conselho Regional de Enfermagem do Amazonas (Coren/AM) trabalhando na instituição.** Para assegurar a estruturação mínima do quadro de pessoal, a ação pede a contratação de 12 enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e 13 auxiliares regularizados perante o conselho, além da exclusão de pessoas sem habilitação legal. (grifei)

Em compêndio publicado em 2019, sob o título Relatório de Inspeção Nacional, com base na referida Inspeção, vale ainda destacar, de forma minuciosa, o quadro precário e de abandono que se encontra o único hospital psiquiátrico do Amazonas: o CPER. Desta feita, passo a enumerar os pontos levantados a fim de demonstrar o grau de negligência que em que sobrevivem as políticas públicas de saúde mental amazonense. Vejamos:

(i) Quanto à arquitetura. A edificação não possui as características, tampouco atende aos dispositivos da RDC 50/02 quanto à arquitetura, ao conforto ambiental, às barreiras físicas, clínicas e sanitárias, para ser qualificada como Hospital (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Manaus – AM)¹⁵⁵.

(ii) Manutenção predial e limpeza. É precária, segundo a percepção dos servidores, principalmente no que se refere à manutenção de condicionadores de ar e do telhado, haja vista as goteiras constantes nesse período de chuvas. A limpeza é feita apenas com água e pano de chão¹⁵⁶.

(iii) Lavanderia. Funciona em único ambiente – não há separação entre “Área suja” e “Área Limpa” – os equipamentos ali presentes se encontravam em avançado processo de corrosão e a umidade, combinada com a vegetação que adentrava o ambiente, tornava-o insalubre, extremamente úmido e cheio de lodo. Viu-se, ainda, vazamentos nas instalações hidráulicas e formação de “buraco” ao lado de uma das máquinas¹⁵⁷.

(iv) Acesso a insumos básicos de higiene pessoal. O insatisfatório, ou falta de acesso a insumos básicos de higiene pessoal é outra violação do direito a usufruir o padrão adequado de saúde.

¹⁵⁵ *Idem*. P. 64.

¹⁵⁶ *Idem*. P. 66.

¹⁵⁷ *Ibidem*.

Nem mesmo papel higiênico é, a priori, disponível, sendo necessário comunicar ou solicitar o uso aos funcionários da instituição, mais comumente, aos profissionais de enfermagem¹⁵⁸.

(v) Ausência ou insuficiência na disponibilização de toalhas de banho às pessoas internadas. Essa situação também se encontra no CPER¹⁵⁹.

(vi) Outros insumos de asseio íntimo e higiene pessoal. No CPER a responsabilização recai sobre os familiares¹⁶⁰.

(vii) Alvará ou Licença Sanitária. O CPER não possui¹⁶¹.

(viii) Licença de Funcionamento da Vigilância Sanitária. O CPER não possui¹⁶².

(ix) Problemas com relação as roupas de cama (lençol, cobertor e travesseiro) e condições das camas e colchões. Falta de roupas de cama para todas pessoas, estado de conservação e limpeza precários. Vão desde falta de roupas de cama para todas pessoas, estado de conservação e limpeza precários, até situações de ausência de roupa de cama por suposta segurança das pessoas. Verificou-se que em poucas camas havia lençóis e em nenhuma havia travesseiros¹⁶³.

(x) Suprimentos. Falta de materiais para fazer curativos, de medicamentos, de materiais de higiene – como papel higiênico, sabonete — e de lençóis para as camas¹⁶⁴.

(xi) Refeições diárias. Oferece aos adultos internados cinco ou mais refeições diárias¹⁶⁵.

(xii) Consonância entre práticas e direitos. Expressivo divórcio entre as práticas dessas instituições e o direito em tela, a começar pela falta de diversidade da alimentação servida¹⁶⁶. Sequer há nutricionista. As refeições são diariamente negadas na qualidade¹⁶⁷ e os pacientes têm comido apenas frango e que a comida estava lhes causando dor de barriga. Frisaram que gostariam de comer carne e de que fosse inserida farinha no cardápio. Reclamaram também da truculência dos funcionários que servem as refeições na cozinha¹⁶⁸.

(xiii) Roupas. Eram próprias apenas em razão da lavagem ou higienização ser assegurada por familiares ou pelas próprias pessoas internadas, desonerando o hospital de suas obrigações. A rouparia é lavada no hospital, exceto as roupas que pertencem aos usuários, que são de responsabilidade de seus familiares¹⁶⁹.

¹⁵⁸ *Idem.* P. 85.

¹⁵⁹ *Idem.* P. 87.

¹⁶⁰ *Idem.* P. 88.

¹⁶¹ *Idem.* P. 93.

¹⁶² *Idem.* P. 95.

¹⁶³ *Idem.* P. 99.

¹⁶⁴ *Idem.* P. 100.

¹⁶⁵ *Idem.* Págs. 10/102.

¹⁶⁶ *Idem.* P. 102.

¹⁶⁷ *Idem.* P. 103.

¹⁶⁸ *Idem.* P. 104.

¹⁶⁹ *Idem.* P. 118.

- (xiv) Rotinas hospitalares. Apontaram para arranjos diversos de acesso aos meios de comunicação, no tocante ao contato telefônico e ao envio e recebimento de cartas. As limitações do acesso, seja pela padronização de dias da semana para efetuar ligações, pelo acesso facultado à solicitação do usuário à equipe técnica, pelo controle do tempo de duração dos contatos telefônicos ou, ainda, pela obrigatoriedade de realização de ligações “a cobrar”¹⁷⁰.
- (xv) Privacidade. Há regras institucionais marcadas pela supervisão e/ou monitoramento dos telefonemas por profissionais da equipe técnica, sobremaneira assistentes sociais¹⁷¹.
- (xvi) Modalidades de internação. Trabalha com as três modalidades de internação e, ao que foi constatado, uma série de violações decorrem desses procedimentos, conforme artigo 4º da Lei. 10.216/2001¹⁷².
- (xvii) Internações involuntárias. Indicaram que estas não eram comunicadas ao Ministério Público¹⁷³.
- (xviii) Projeto Técnico Institucional (PTI). Não possuem Projeto Técnico Institucional (PTI), o que contraria o preconizado nas Normas para Assistência Hospitalar em Psiquiatria, estabelecidas pelo Ministério da Saúde¹⁷⁴.
- (xix) Cuidado das pessoas internadas. Não organizam o cuidado das pessoas internadas a partir da construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS)¹⁷⁵, uma vez que a participação ativa das(os) usuárias(os) e familiares na construção do PTS é, além de obrigatória, conforme a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), primordial para a garantia dos pressupostos de cuidado preconizados pelo SUS¹⁷⁶.
- (xx) Realização de reuniões. Não são realizadas qualquer tipo de reunião. Esses dados corroboram a compreensão de que tais reuniões não possuem a finalidade de discutir os PTS de maneira singular e de todas as pessoas internadas¹⁷⁷.
- (xxi) Atividades terapêuticas, individuais, coletiva e de lazer. Não há atividades terapêuticas, individuais, coletiva e de lazer, promovendo um cotidiano repetitivo, no qual as pessoas passam a maior parte do tempo sem ter o que fazer¹⁷⁸.
- (xxii) Situações de graves irregularidades/abuso. As pessoas ficam constantemente contidas, uso da contenção como castigo decorrente de um comportamento não tolerado pela equipe de

¹⁷⁰ *Idem*. P. 136.

¹⁷¹ *Idem*. P. 137.

¹⁷² *Idem*. P. 159.

¹⁷³ *Idem*. P. 165.

¹⁷⁴ *Idem*. P. 182.

¹⁷⁵ *Idem*. P. 195/196.

¹⁷⁶ *Idem*. P. 198.

¹⁷⁷ *Idem*. P. 200/201.

¹⁷⁸ *Idem*. P. 202.

plantão, contenção de maneira inadequada, ausência de prescrição médica, pessoas contidas sujas de fezes/urina¹⁷⁹.

(xxiii) Protocolos de atendimento médico/psiquiátrico. Não há obediência aos protocolos de atendimento médico/psiquiátrico. Foi detectada a contenção mecânica, sendo realizada de forma inadequada: atadura ou tecido em posição desconfortável (braço elevado e outro abaixado ou em flexão dos membros inferiores). Foi flagrada, ainda, paciente contida mecanicamente sem prescrição de contenção mecânica em prontuário médico¹⁸⁰.

(xxiv) Contenção mecânica nos pacientes. É utilizada de maneira irregular, indiscriminada, muitas das vezes como o primeiro e único recurso para lidar com as situações de crise ou mesmo evitá-la e sobretudo, utilizada como punição por algum comportamento considerado inadequado e sem prescrição médica. A execução desse procedimento também conta com desproteção das partes do corpo em que o procedimento é realizado, gerando lesões, sendo que, em diversas situações, os usuários passam horas contidos na mesma posição sem poder ir ao banheiro ou se alimentar. A realidade encontrada nos estabelecimentos visitados, de escassez e por vezes ausência de profissionais de saúde, restrição e, em alguns casos, ausência de equipe multiprofissional e de propostas terapêuticas, fazendo com que usuárias(os) ficassem desassistidos, sem alternativas e possibilidades e cuidado, parece contribuir para que a prática da contenção mecânica e/ou química sejam as únicas estratégias de intervenção¹⁸¹.

(xxv) Equipe em quantidade suficiente de profissionais. A equipe era insuficiente¹⁸².

(xxvi) Práticas de cuidado. A enfermagem é a responsável por práticas de cuidado tais como auxílio – acompanhamento na higiene pessoal, na alimentação, a administração de medicamentos, o acompanhamento para os atendimentos externos, assistência nas situações de crise e/ou emergência etc., de maneira que a ausência dessas(es) profissionais afeta sobremaneira a qualidade dos cuidados básicos diários das(os) pacientes, especialmente daquelas(es) que possuem menos autonomia, tais como idosas(os), pessoas em situação de imobilidade etc. Os fragmentos abaixo destacam algumas situações encontradas: (...) ‘Em entrevistas aos profissionais de saúde, mormente os do ambulatório, estes informaram que os plantões de doze horas são compostos de dois técnicos de enfermagem e um Enfermeiro para as duas enfermarias e que, quando ocorrem faltas, a assistência aos usuários fica comprometida, principalmente quando as enfermarias estão com a ocupação completa.¹⁸³’

¹⁷⁹ *Idem*. P. 222/223.

¹⁸⁰ *Idem*. P. 225/226.

¹⁸¹ *Idem*. P. 232/233.

¹⁸² *Idem*. P. 244/245.

¹⁸³ *Idem*. P. 248/249.

(xxvii) Cenário com relação à sua saúde e segurança laboral. Preocupante. Demonstra-se que não há atuação ativa das gestões e direções dos hospitais psiquiátricos em garantir um ambiente de trabalho adequado, tendo sido verificadas inúmeras infrações aos normativos trabalhistas nacionais, tais como: descumprimento dos normativos relativos à segurança no trabalho e saúde da(o) trabalhadora(or). Não há ações para minimização do esforço dos trabalhos de movimentação e transporte de usuários, nem planejamento ergonômico, nem treinamento e reciclagem. Os trabalhadores não são capacitados para adotar mecânica corporal correta, e o transporte de pacientes ou de materiais é efetuado com auxílio de meios mecânicos e eletromecânicos¹⁸⁴.

(xxviii) Realização de ações de capacitação. Há informação de que não ocorreram ações de capacitação no último ano; e os demais não trouxeram essa informação mas não para todas(os) as(os) trabalhadoras(es) das instituições, ou tratam-se de palestras Não apresentou processos de educação permanente como parte estrutural dos projetos institucionais¹⁸⁵.

(xxix) Visitas. A restrição de visitas é parcial, ocorrendo em alguns dias da semana ou diariamente, com horários restritos ao longo do dia, dificultando o contato das pessoas privadas de liberdade com seus familiares¹⁸⁶.

(xxx) Violência física e sexual. Durante a inspeção (entrevista) com uma paciente, esta reclamou da truculência de alguns enfermeiros. Declarou que um deles feriu sua mão, pisando nela. Informou que já foi estuprada duas vezes, em internações anteriores há aproximadamente três anos, por funcionários da instituição e relatou detalhes das violências sofridas. Contou que em uma das agressões estava amarrada e um funcionário barganhou sua soltura em troca do ato sexual. Em outra ocasião, a barganha foi feita por comida. Ressaltou que depois disso o funcionário levava bebida alcoólica à instituição, consumia e a punha à disposição para a paciente. Frisou que os estupros aconteceram em gestões anteriores, e que os fatos são de conhecimento de seus familiares, mas explicou que a família não tomou nenhuma providência. Informou que denunciou a violência à direção da época, a qual não adotou nenhuma medida, pois, segundo a paciente, o diretor já estava “se aposentando”. Quando questionada sobre os fatos relatados pela paciente, a diretora do Centro Psiquiátrico afirmou que desconhece esses episódios especificamente e que, mesmo tendo acontecido em gestões anteriores, nunca foi informada sobre as referidas violências. Contudo, declarou que já houve relatos de abuso e assédio sexual de funcionários contra pacientes e que após tomar ciência dos fatos, solicitou o

¹⁸⁴ *Idem*. P. 256 e 257.

¹⁸⁵ *Idem*. P. 263.

¹⁸⁶ *Idem*. P. 267/268.

afastamento desses funcionários, bem como seus retornos à Secretaria de Saúde (SUSAM), mas esclareceu que não foi tomada nenhuma providência pela secretaria. Declarou, ainda, que não foi feito Boletim de Ocorrência em delegacia sobre os supostos abusos e tampouco instaurado Processo Administrativo Disciplinar, para a devida apuração¹⁸⁷.

(xxx) Violação ao direito à intimidade e à proibição de revistas vexatórias. Do mesmo modo, as Regras de Mandela¹⁸⁸, especificamente as regras 12 a 23 e 58 e 63, estabelecem parâmetros

¹⁸⁷ *Idem*. P. 284 e 287/288.

¹⁸⁸ **Acomodações. Regra 12.** 1. As celas ou quartos destinados ao descanso noturno não devem ser ocupados por mais de um preso. Se, por razões especiais, tais como superlotação temporária, for necessário que a administração prisional central faça uma exceção à regra, não é recomendável que dois presos sejam alojados em uma mesma cela ou quarto. 2. Onde houver dormitórios, estes deverão ser ocupados por presos cuidadosamente selecionados como sendo capazes de serem alojados juntos. Durante a noite, deve haver vigilância regular, de acordo com a natureza do estabelecimento prisional.

Regra 13. Todos os ambientes de uso dos presos e, em particular, todos os quartos, celas e dormitórios, devem satisfazer as exigências de higiene e saúde, levando-se em conta as condições climáticas e, particularmente, o conteúdo volumétrico de ar, o espaço mínimo, a iluminação, o aquecimento e a ventilação.

Regra 14. Em todos os locais onde os presos deverão viver ou trabalhar:

(a) As janelas devem ser grandes o suficiente para que os presos possam ler ou trabalhar com luz natural e devem ser construídas de forma a permitir a entrada de ar fresco mesmo quando haja ventilação artificial;
(b) Luz artificial deverá ser suficiente para os presos poderem ler ou trabalhar sem prejudicar a visão.

Regra 15. As instalações sanitárias devem ser adequadas para possibilitar que todos os presos façam suas necessidades fisiológicas quando necessário e com higiene e decência.

Regra 16. Devem ser fornecidas instalações adequadas para banho, a fim de que todo preso possa tomar banho, e assim possa ser exigido, na temperatura apropriada ao clima, com a frequência necessária para a higiene geral de acordo com a estação do ano e a região geográfica, mas pelo menos uma vez por semana em clima temperado.

Regra 17. Todos os locais de um estabelecimento prisional frequentados regularmente pelos presos deverão ser sempre mantidos e conservados minuciosamente limpos.

Higiene pessoal. Regra 18. 1. Deve ser exigido que o preso mantenha sua limpeza pessoal e, para esse fim, deve ter acesso a água e artigos de higiene, conforme necessário para sua saúde e limpeza. 2. A fim de que os prisioneiros possam manter uma boa aparência, compatível com seu autorrespeito, devem ter à disposição meios para o cuidado adequado do cabelo e da barba, e homens devem poder barbear-se regularmente. Vestuário próprio e roupas de cama.

Regra 19. 1. Todo preso que não tiver permissão de usar roupas próprias deve receber roupas apropriadas para o clima e adequadas para mantê-lo em boa saúde. Tais roupas não devem, de maneira alguma, ser degradantes ou humilhantes. 2. Todas as roupas devem estar limpas e ser mantidas em condições adequadas. Roupas íntimas devem ser trocadas e lavadas com a frequência necessária para a manutenção da higiene. 3. Em circunstâncias excepcionais, sempre que um preso se afastar do estabelecimento prisional, por motivo autorizado, deverá ter permissão de usar suas próprias roupas ou outra que seja discreta.

Regra 20. Se os presos tiverem permissão de usar suas próprias roupas, devem-se adotar procedimentos adequados na sua entrada no estabelecimento prisional para assegurar que elas estejam limpas e próprias para uso.

Regra 21. Todo prisioneiro deve, de acordo com os padrões locais e nacionais, ter uma cama separada, e roupas de cama suficientes que devem estar limpas quando distribuídas, ser mantidas em boas condições e ser trocadas com a frequência necessária para garantir sua limpeza.

Alimentação. Regra 22. 1. Todo preso deve receber da administração prisional, em horários regulares, alimento com valor nutricional adequado à sua saúde e resistência, de qualidade, bem preparada e bem servida. 2. Todo preso deve ter acesso a água potável sempre que necessitar.

Exercício e esporte. Regra 23. 1. Todo preso que não trabalhar a céu aberto deve ter pelo menos uma hora diária de exercícios ao ar livre, se o clima permitir. 2. Jovens presos, e outros com idade e condições físicas adequadas, devem receber treinamento físico e de lazer durante o período de exercício. Para este fim, espaço, instalações e equipamentos devem ser providenciados. (...) Contato com o mundo exterior

mínimos para a acomodação, higiene pessoal, vestuário próprio, roupas de cama, alimentação, exercício e esporte e contato com o mundo exterior das pessoas privadas de liberdade. Essas regras visam a garantir o acesso a direitos humanos básicos necessários à manutenção da integridade física, mental e moral daquelas pessoas que têm sua liberdade limitada e estão sob a responsabilidade de autoridade pública por estarem detidas com relatos de violações desses direitos encontradas nos hospitais inspecionados. Também mencionaram que quando solicitam fazer algo que está fora do horário, como por exemplo, escovar os dentes, os funcionários não permitem o acesso ao material de higiene e agem com rispidez e truculência¹⁸⁹.

(xxxii) Práticas de trabalho nas instituições inspecionadas. As equipes multidisciplinares relatam que, para fins de organização, as situações foram agrupadas a partir dos aspectos a seguir: (a) ocupação do tempo ocioso e ganhos secundários; (b) atividades exercidas por insuficiência de funcionários; (c) indícios de trabalho forçado ou obrigatório; (d) propostas de geração de trabalho e renda. Também destacam que as inspeções não estão ancoradas nos princípios e diretrizes nacionais e internacionais de reabilitação ou qualificação profissional, isto é, não visam à inclusão produtiva das pessoas internadas. Pelo contrário, há atividades desempenhadas pelos usuários relacionadas à manutenção dos hospitais, tais como: apoio à limpeza e varrição, auxílio no refeitório e cozinha, realização de obras e pequenos reparos. Assim, foi observado que um dos usuários estava trocando o garrafão de água, e, quando perguntamos à técnica de enfermagem se aquela situação era costumeira, a funcionária informou que sim, tendo em vista que o setor de manutenção, na maioria das vezes, não está disponível¹⁹⁰.

No Relatório de Inspeção Nacional, em seus Anexos, também foram exibidas Tabelas a respeito dos hospitais psiquiátricos visitados, mas a pesquisa em comento trata apenas do CPER, único hospital psiquiátrico local, razão pela qual só houvera destaque dos dados referentes a este. Vejamos.

Regra 58. 1. Os prisioneiros devem ter permissão, sob a supervisão necessária, de comunicarem-se periodicamente com seus familiares e amigos, periodicamente: (a) por correspondência e utilizando, onde houver, de telecomunicações, meios digitais, eletrônicos e outros; e (b) por meio de visitas. 2. Onde forem permitidas as visitas conjugais, este direito deve ser garantido sem discriminação, e as mulheres presas exercerão este direito nas mesmas bases que os homens. Devem ser instaurados procedimentos, e locais devem ser disponibilizados, de forma a garantir o justo e igualitário acesso, respeitando-se a segurança e a dignidade. (...)

Regra 63. Os presos devem ser regularmente informados sobre os assuntos mais importantes dos noticiários, por meio de leitura de jornais, de periódicos ou de publicações institucionais especiais, por transmissões sem fio, por palestras ou por quaisquer meios similares autorizados ou controlados pela administração prisional.

Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/a9426e51735a4d0d8501f06a4ba8b4de.pdf>

Acesso em: 18 jan.2020.

¹⁸⁹ *Idem.* P. 297.

¹⁹⁰ *Idem.* P. 311/312.

Anexo 3: Relação nominal dos 131 hospitais psiquiátricos com habilitação ativa em setembro de 2018¹⁹¹.

Quadro 1: Relação Nominal dos hospitais com habilitação

UF	Município	CNES	Estabelecimento	Tipo de Habilitação	Portaria de Habilitação do Ministério da Saúde
AM	Manaus	2019590	Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	0631- NIVEL I - Estabelecimento de Saúde com até 160 leitos	PT SAS 404 - 19/11/2009

Anexo 4 - Relação nominal dos hospitais psiquiátricos inspecionados por suficiência de equipe de saúde¹⁹²

Quadro 2: Relação Nominal dos hospitais por suficiência de equipe de saúde

UF	Município	CNES	Estabelecimento	Tipo de Habilitação	Portaria de Habilitação do Ministério da Saúde
AM	Manaus	2019590	Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	0631- NIVEL I - Estabelecimento de Saúde com até 160 leitos	PT SAS 404 - 19/11/2009

Anexo 5 - Periodicidade de fiscalização dos hospitais psiquiátricos por órgãos externos¹⁹³

Quadro 3: Periodicidade de fiscalização por órgãos externos

UF	Município	CNES	Estabelecimento	Informações de suficiência de equipe	
				Relatórios Estaduais	CNES
AM	Manaus	2019590	Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	Insuficiente	Insuficiente

Quadro 4: Órgãos de controle do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro

UF	Município	Estabelecimento	Órgãos de controle ou monitoramento citados
----	-----------	-----------------	---

¹⁹¹ *Idem.* P. 536.

¹⁹² *Idem.* P. 545.

¹⁹³ *Idem.* P. 548.

AM	Manaus	Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	1. Poder Judiciário; 2. MP; 3. DP e Sociedade Civil
----	--------	--	--

Embora o Estado do Amazonas e a União tenham sido condenados na ACP n. 785-09.2014.4.3200, a inércia em providenciar condições dignas, humanizadas e ressocializantes no atendimento dos pacientes do CPER persistiu e, mais uma vez, o MPF/AM e MPAM ingressaram com a Manifestação Conjunta em 3 de maio de 2021, apontando não só para o descumprimento da tutela jurisdicional, mas também as irregularidades já enumeradas. Vejamos:

Imagem 1: Recepção com condicionador de ar sem boa climatização. Equipamento muito antigo e com funcionamento ruim. Ambiente quente:



Imagem 2: Banheiro da recepção



Imagem 3: Banheiro da recepção 02





Imagem 4: Cadeiras da recepção

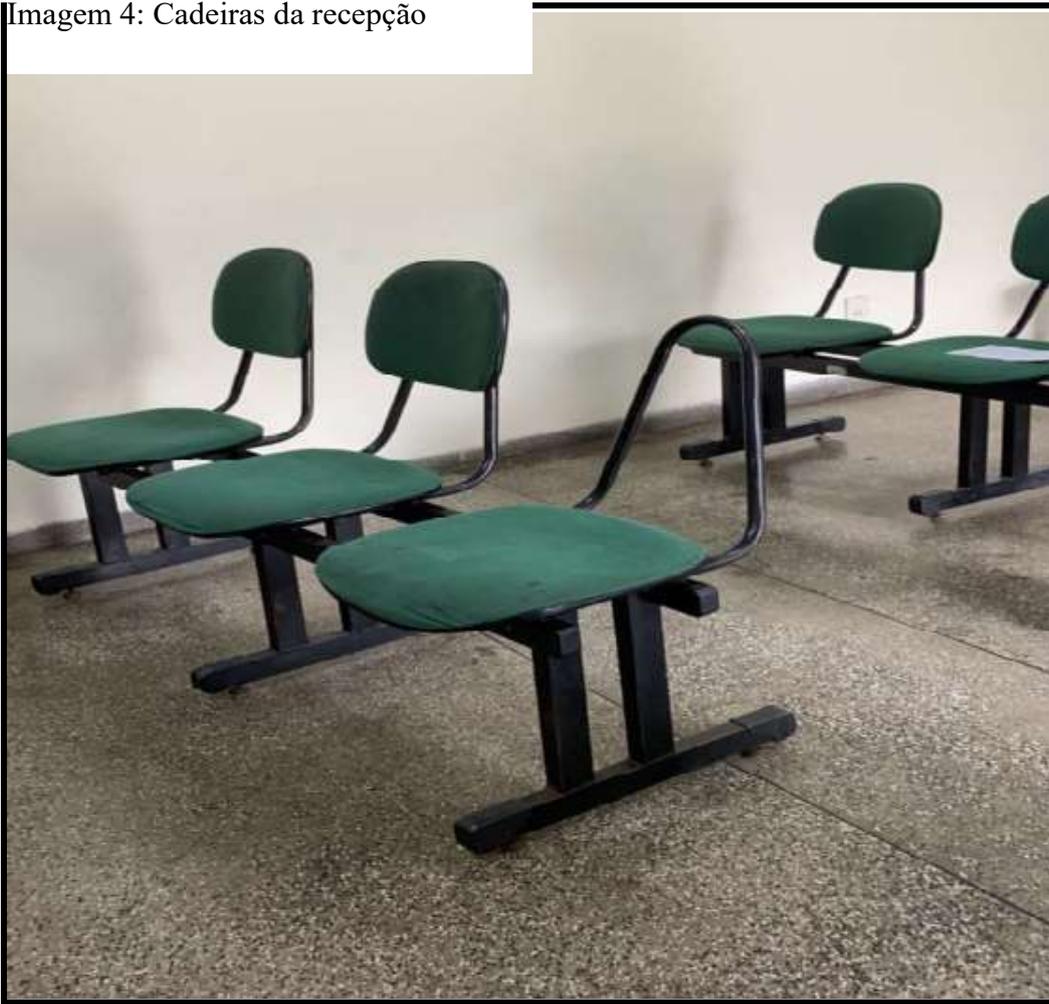


Imagem 5: Enfermaria de observação

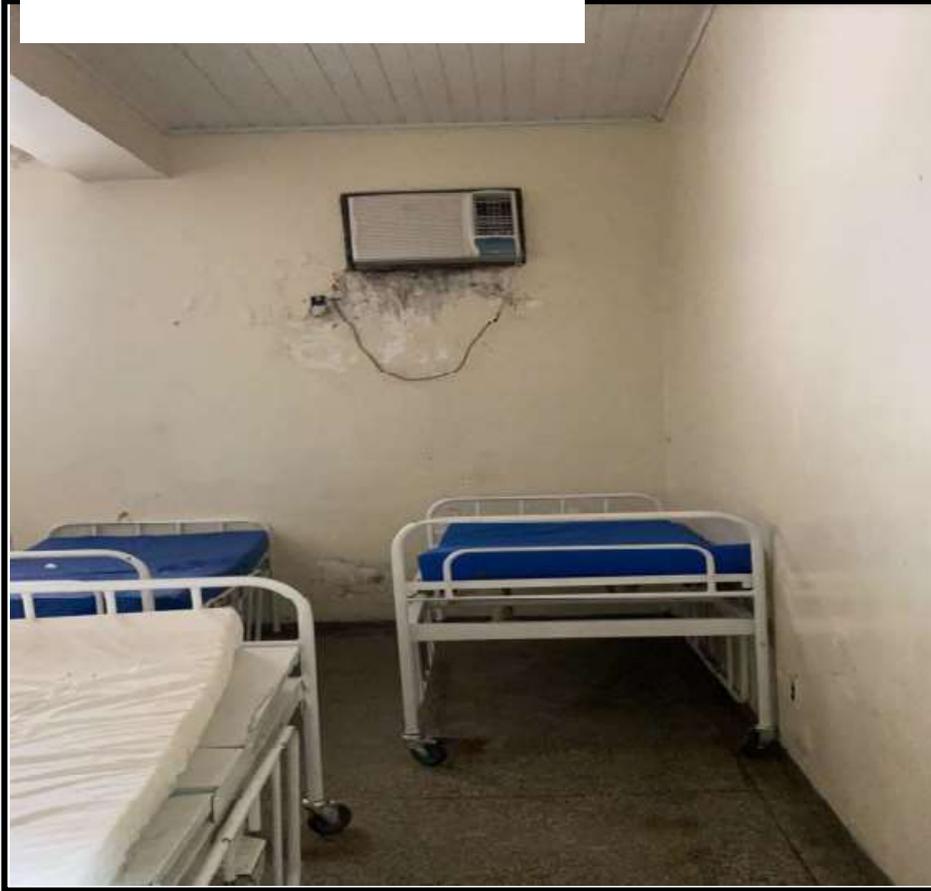


Imagem 6: Banheiro da Enfermaria de observação



Imagem 7: Enfermaria de observação 02



Imagem 8: Banheiro da Enfermaria de observação 02

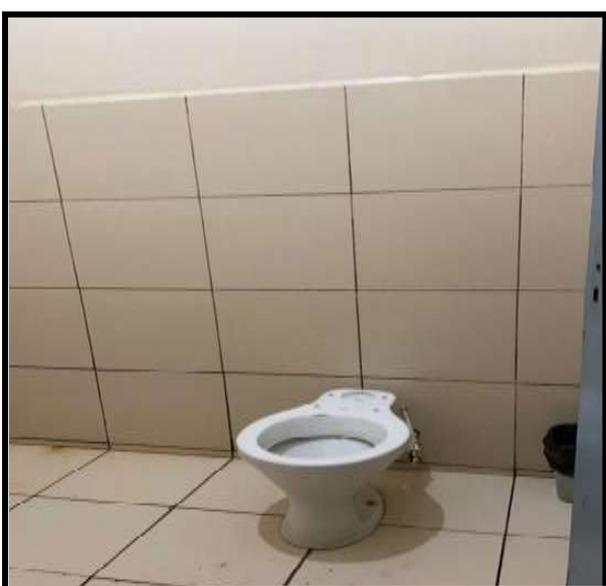


Imagem 9: Enfermaria masculina. Ambiente cheio de infiltrações. Climatização precária, banheiro em péssimas condições, sujo devido à insuficiência de RH e de falta de água.



Imagem 10: Enfermaria masculina. Ambiente cheio de infiltrações. Climatização precária, banheiro em péssimas condições, sujo devido à insuficiência de RH e de falta de água. Banheiro imundo





Imagem 11: Área externa. Um pátio fechado





Imagem 12: Enfermaria feminina. Ambiente cheio de infiltrações. Climatização precária, banheiro em péssimas condições, sujo devido à insuficiência de RH e de falta de água. Banheiro imundo





Imagem 13: Roupa suja



Imagem 14: Roupa limpa

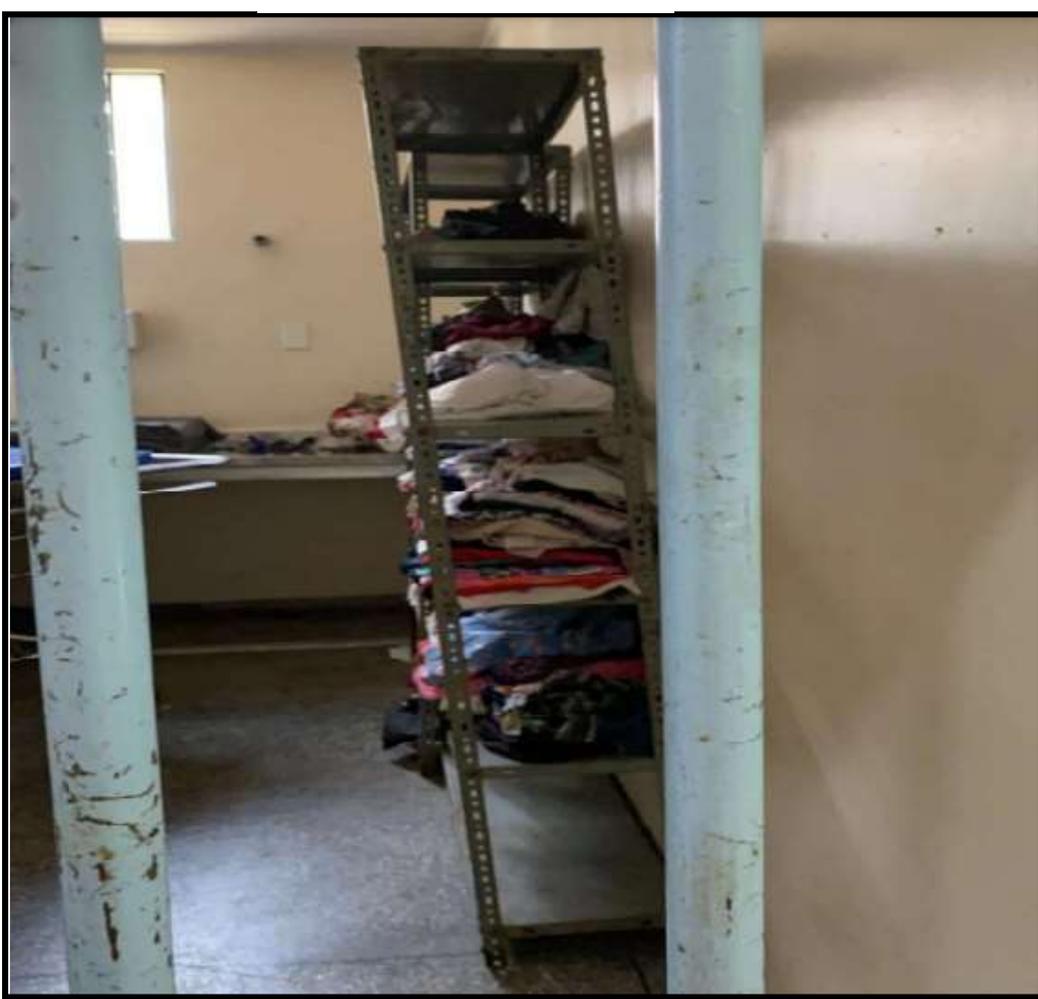


Imagem 15: Conforto dos técnicos de nível médio e enfermagem







Imagem 16: Banheiro do conforto dos técnicos de nível médio e enfermagem



Imagem 17: Refeitório dos pacientes





Imagem 18: Um paciente fugiu do hospital por esse buraco, após quebrar a grade.

Supostamente, machucou a perna esquerda, ao tentar pular o muro. Foi resgatado pelo SAMU. Isso ocorre em razão da insuficiência de RH. Não há técnicos de enfermagem para acompanhar os pacientes na hora das refeições:

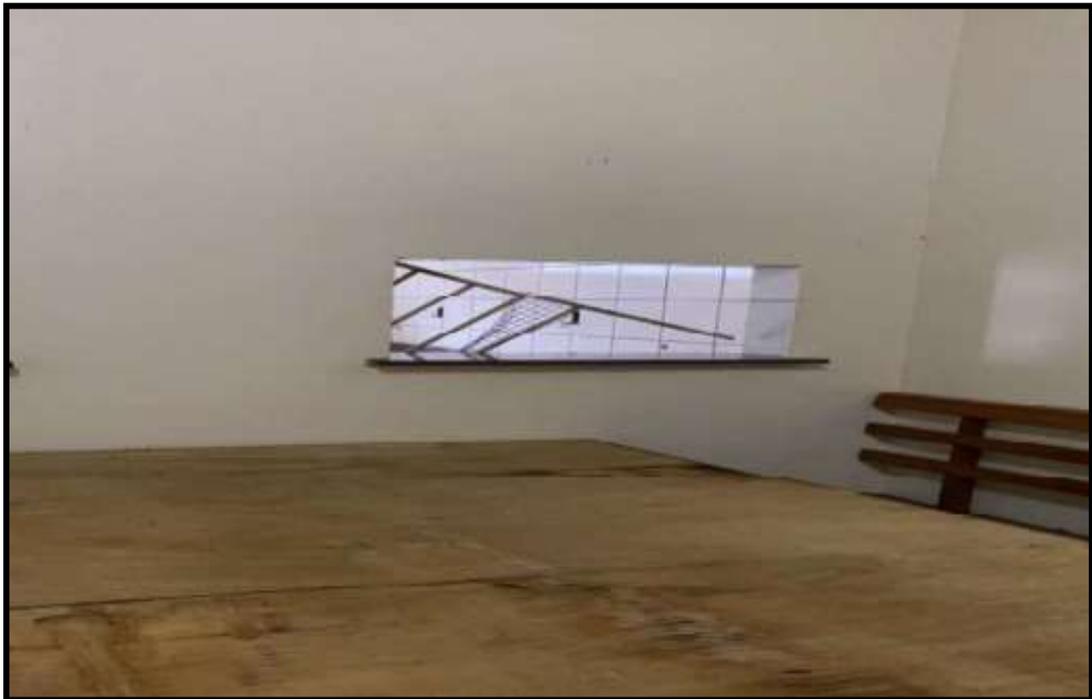


Imagem 19: Sala de serviço social. O condicionador de ar foi retirado para lavar



Imagem 20: Corredores em péssimas condições

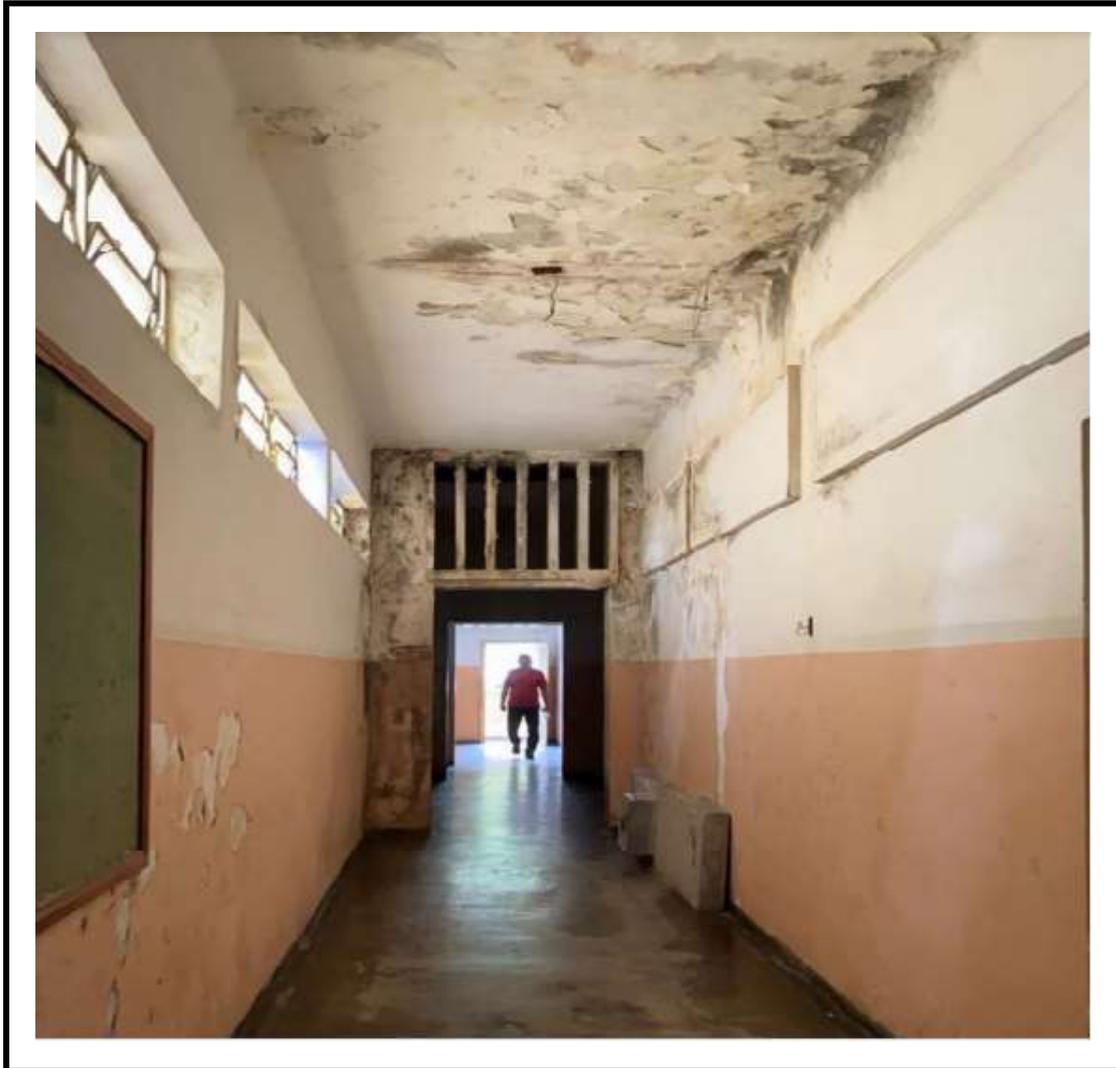


Imagem 21: Corredores em péssimas condições



Imagem 22: A ambulância foi entregue no final de março (2021). O automóvel tem 18 anos. A unidade só tem um motorista





Imagem 23: Lavanderia desativada. O serviço é terceirizado.



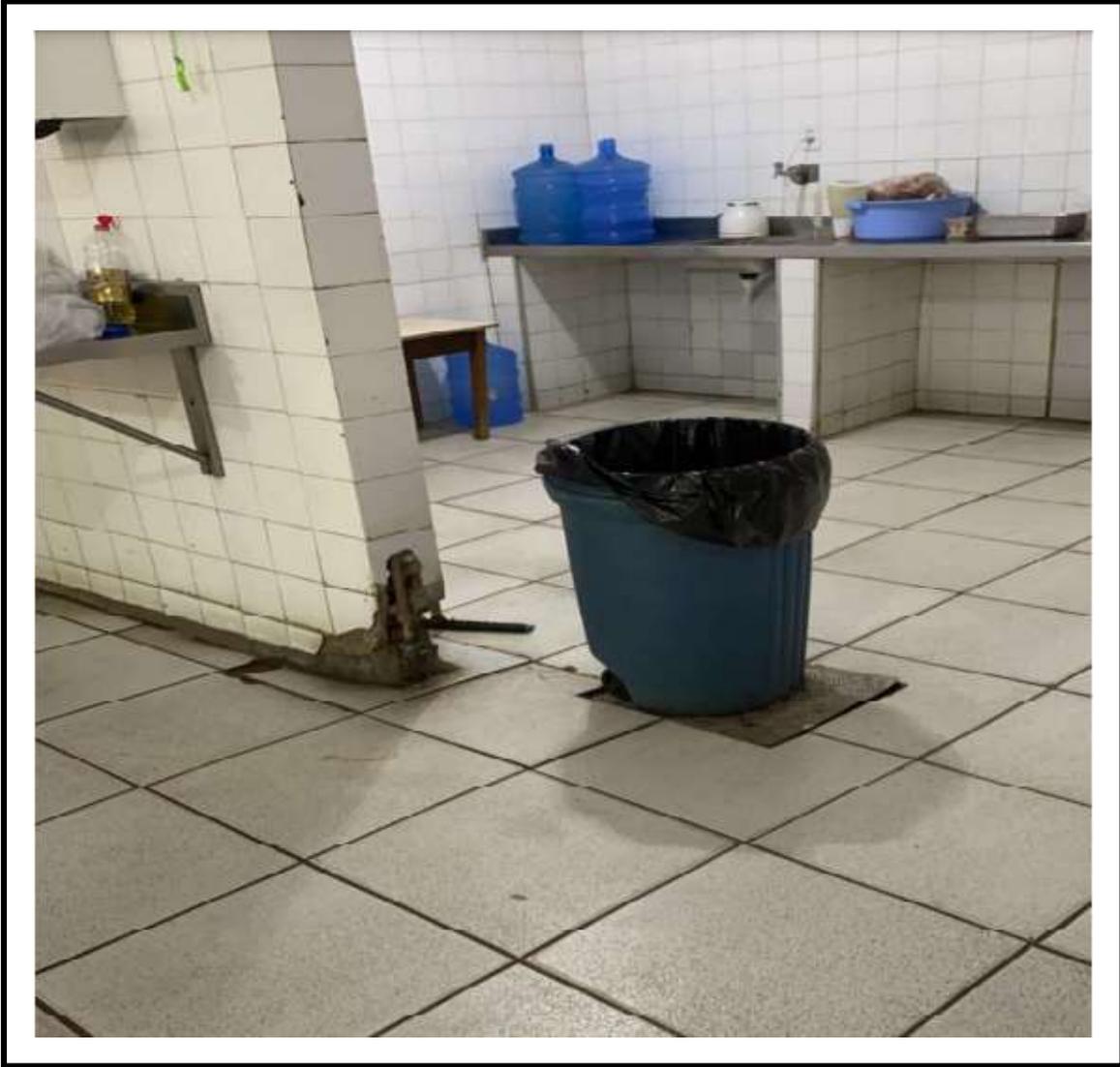
Imagem 24: Estrutura deteriorada





Imagem 25: Same. Serviço de atendimento médico e estatística.







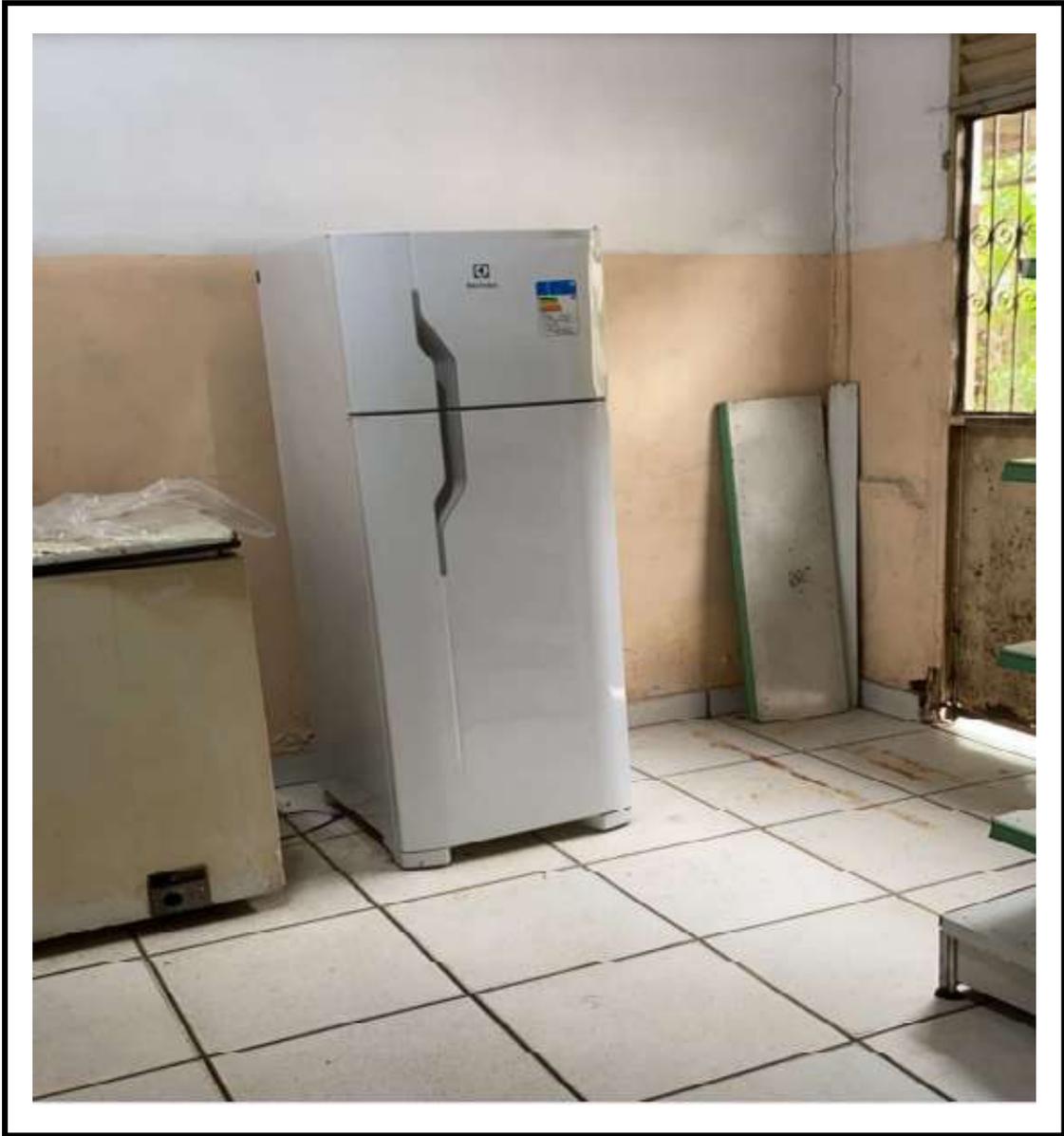








Imagem 26: Refeitório dos funcionários

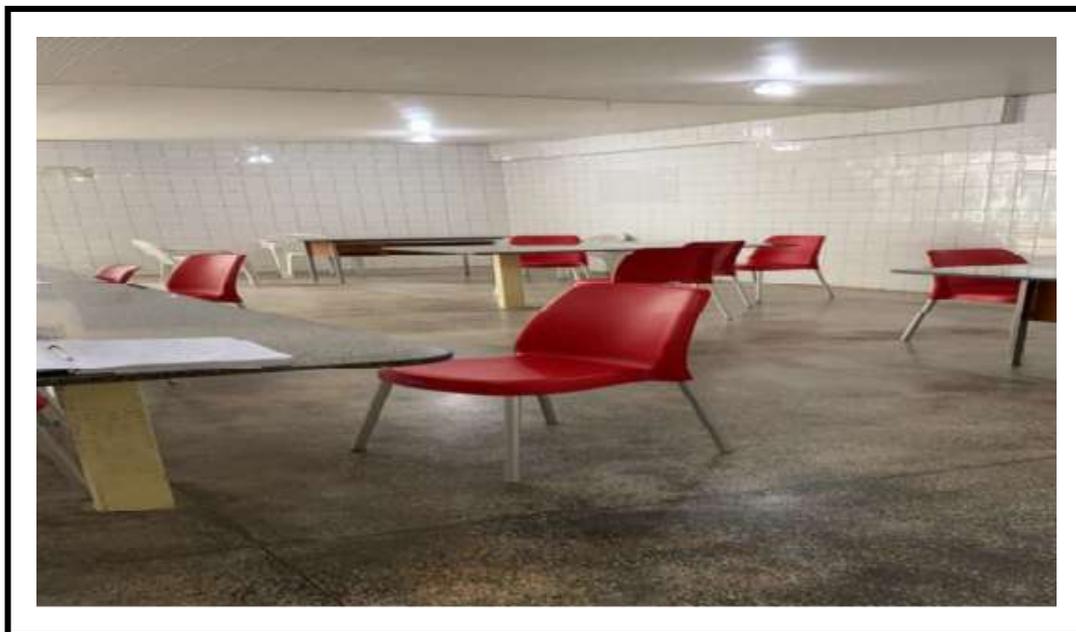


Imagem 27: Como o espaço é muito grande a manutenção é muito onerosa e difícil. O pouco que se faz não aparece



A unidade foi dedetizada, desratizada e sanitizada (Covid), bem como foi realizado o "fumacê" contra os mosquitos transmissores da dengue.

No momento de inspeção foi solicitado relatório com o RH da unidade, que contém o número de servidores efetivamente lotados no serviço de pronto atendimento e a quantidade mínima necessária:

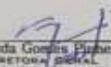
Imagem 28: Momento de inspeção

 **AMAZONAS**
GOVERNO DO ESTADO

QUADRO GERAL DOS SERVIDORES ESTATUTÁRIOS/RETS DO CPER

DE	CARGO	PREENCHIDO	FALTA
1	Deutor	01	—
2	—	05	—
3	Médico / Clínico Geral	02	03
4	Médico Especialista/ Psiquiatria	03	11
5	Enfermeiro	15	46
6	Farmacêutico	01	04
7	Assistente Social	02	04
8	Psicólogo	01	04
9	Terapeuta Ocupacional	—	04
10	Técnico de Nível Superior Administrativo	—	02
11	Técnico de Enfermagem	10	24
12	Agente Administrativo	18	25
13	Autista	05	03
14	Atendente	03	03
---	TOTAL GERAL	72	103

* O serviço Médico Especialista de Psiquiatria vem sendo prestado pela Cooperativa Médica IMED.


Rainanda Gomes Pinheiro
DIRETORA GERAL
Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro

Avenida Constantino Rary, 4307
Chapada
Fone: (92) 4141-9600
Manaus-AM-CEP 69050-001

Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro

Conforme o quadro geral de servidores estatutários/RETS do CPER há um total de 72 (setenta e duas vagas preenchidas), porém há uma carência de 103 (cento e três) servidores entre profissionais da saúde e administrativos.

A unidade necessita com urgência de Carbonato de Lítio, um dos principais medicamentos da saúde mental.

Os dados acima elencados constantes da Manifestação Conjunta interposta pelos MPF/AM e MPAM em 3 de maio de 2021 (ACP n. 785-09.2014.4.3200) indicam um cenário “de verdadeiro abandono, negligência, completo desajuste em relação às normas técnicas mais básicas. Em desacordo, aliás, com as normas de humanidade primordiais. Os pacientes do

CPER se submetem a regime de convivência que mais se assemelha ao de detentos”, conforme relatam a Promotora de Justiça Cláudia Maria Raposo da Câmara e o Procurador da República Igor da Silva Spindola¹⁹⁴.

A gestão estadual da rede de atendimento de saúde mental demonstra descaso, uma vez que a ACP inaugural já completa oito anos e até o momento a providência jurisdicional continua sendo descumprida, infringindo normas constitucionais e à força cogente das decisões judiciais, em completa transgressão aos direitos fundamentais de indivíduos que padecem de transtornos mentais, tolhidos da dignidade humana por quem tem o dever de oferecer cuidado.

Não é só o CPER que reflete omissão e negligência na política regional de saúde mental. Há tempos o Amazonas não institui estratégias específicas de expansão. Com relação a Consultórios na Rua (eCRs), verifica-se que apenas uma equipe de eCR, modalidade III¹⁹⁵, fora habilitada pelo MS até o final de 2014.¹⁹⁶

Quanto ao indicador de cobertura de CAPS por cem mil habitantes (CAPS/100 mil habitantes) o Amazonas atingiu no ano de 2014 o percentual de 0,39 representando uma cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49)¹⁹⁷. Na gestão estadual a situação sobre a expansão de CAPS específicos, como os CAPSi, CAPS III e CAPSad, permanece irrelevante nos dias atuais.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Amazonas (2020-2023)¹⁹⁸, somente Manaus conta com quatro CAPS - um CAPSi, um CAPSad, um CAPS II e um CAPS III, número esse bastante reduzido, se se levar em consideração a população de mais de dois milhões de habitantes. Aliás, nas oito Regiões de Saúde (Triângulo; Rio Negro e Solimões; Rio Madeira; Médio Amazonas; Baixo Amazonas; Manaus, Entorno e Alto Rio Negro; Purus; Alto

¹⁹⁴ Trata-se de processo digitalizado sem grau de sigilo. A notícia está disponível em: <https://www.mpam.mp.br/noticias-portal/slides-noticias/14221-mpam-vai-a-justica-para-reverter-quadro-de-abandono-do-centro-psiquiatrico-eduardo-ribeiro#.YOIZZ-hKjIU> Acesso em: 31 mai.2021.

¹⁹⁵ Modalidades de eCRs: (i) Modalidade I - formada minimamente por quatro profissionais, a equipe é composta por agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, educador físico e graduados nas áreas de arte e educação, enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; (ii) Modalidade II - formada minimamente por seis profissionais, a equipe é composta por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, educador físico graduados nas áreas de arte e educação; Modalidade III - Esta modalidade segue os padrões da Modalidade II, com o acréscimo de um profissional médico. *Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, n° 12, outubro de 2015*. Brasília. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/novas-especialidades-compoem-equipas-de-consultorios-de-rua#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20incluiu,%C3%A1reas%20de%20arte%20e%20educa%C3%A7%C3%A3o.Acesso em: 16 ago.2022.>

¹⁹⁶ SAÚDE MENTAL EM DADOS – 12, Ano 10, n° 12, outubro de 2015. Brasília. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf Acesso em: 16 ago.2022. P. 8.

¹⁹⁷ *Idem*. P. 11.

¹⁹⁸ *Idem*. P. 104.

Solimões) apenas Manacapuru (Região de Triângulo) e Manaus (Região de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro) ofertam procedimentos em CAPSad. E na modalidade CAPS II somente Manaus e Itacoatiara (Região de Médio Amazonas) oferecem tratamento.¹⁹⁹

É possível vislumbrar no referido documento os obstáculos que se depara o poder público quando da implementação e execução de política estadual de saúde mental, a saber:

(i) as abordagens de enfrentamento das dificuldades regionais, tais como as características socioeconômicas, geográficas e demográficas, são desafiadoras e demandam estratégias de planejamento, regulação, investimentos e instrumentos de vocalização das comunidades envolvidas;

(ii) no Estado do Amazonas, com dimensões continentais e baixa densidade populacional, localiza-se a maior floresta e a maior bacia hidrográfica do mundo “com mais de 23.000km de vias navegáveis”²⁰⁰, representando o meio fluvial mais comum de acesso entre as localidades e as comunidades que nelas habitam, “embora predominante, não alcançou adequado desenvolvimento tecnológico e sustentável em termos de conforto, acessibilidade, segurança e confiança”;

(iii) a existência da maior população indígena do país requer adoção de políticas de saúde diferenciadas em conformidade com os recortes constitucionais, bem como segurança e vigilância nas reservas indígenas, ainda mais quando se vislumbra em sua extensão territorial a tríplice fronteira com Peru, Colômbia e Venezuela;

(iv) também são elencados diversos fatores provenientes da gestão pública que influenciam nas políticas de saúde da região. Um deles é a terceirização administrativa, premissa fundante do SUS. A tríade autonomia (política, financeira e administrativa) dos municípios, territórios geograficamente vastos, densidade demográfica com pequeno porte populacional e distância da capital causam dificuldades “de se garantir arranjos institucionais que correspondam às necessidades legais de construção do SUS”²⁰¹;

(v) ainda na estrutura organizacional da gestão estadual um outro aspecto atua negativamente no sistema de saúde regional. Trata-se do Plano Estadual de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria, redigido em 2003 com o objetivo de incrementar as respectivas áreas de gestão da Secretaria de Saúde, até o presente momento se encontra desatualizado;

¹⁹⁹ *Ibidem.*

²⁰⁰ *Idem.* P. 145.

²⁰¹ *Ibidem.*

(vi) os sistemas informatizados de bancos de dados de âmbito nacional e caráter obrigatório utilizados pelo MS também são enumerados como empecilho para uma gestão eficiente, ante a ausência de ferramenta única para otimizar as informações;

(vi) as condições de trabalho, falta de interação entre as equipes que atuam nas áreas técnicas da saúde, equipamentos de informática defasados, quadro de pessoal reduzido, ausência de capacitação e treinamento adequado das equipes e das ações desenvolvidas com o objetivo de prestar apoio aos municípios no que couber ao estado também são relatados, resultando em divergências de registros²⁰², o que pode dificultar a avaliação dos custos orçados nos contratos e glosas de recursos federais para o custeio e manutenção dos serviços de saúde regionais.

Apoiado na Nova Política Nacional de Saúde Mental, o governo federal anuncia em fevereiro/2022 aporte financeiro no CPER para reformas urgentes visando “evitar fechamento do principal hospital psiquiátrico do Amazonas, o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro”²⁰³ contrariando não só as diretrizes previstas na Lei n. 10.216/2001²⁰⁴, como também as posições técnicas de Órgãos e Instituições públicas, entidades não governamentais e profissionais da área da saúde em geral.

Diante da flagrante e persistente omissão do Poder Público amazonense em solucionar a precariedade estrutural e de serviços em que se encontra o CPER, assim como ausência de ambulância operante para atender os casos na unidade de saúde psiquiátrica, a falta de nutricionista e a irregularidade no tratamento dispensado pelos enfermeiros aos pacientes impôs o MPAM instaurar o Procedimento Preparatório n. 06.2022.00000463-4 (Portaria n. 0055/2022/58PRODHSP, de 18.7.2022), publicada em 22 de julho de 2022²⁰⁵, com o intuito de apurar a suposta carência e sucateamento do CPER.

Por fim, o CPER permanece em funcionamento há mais de 120 anos, infringindo direitos e ignorando proteção das pessoas acometidas de transtorno mental. Precariedade das instalações físicas, sucateamento de equipamentos hospitalares, ausência de efetivo e tratamento médico personalizado nas áreas de psiquiatria, psicologia, odontologia e fisioterapia, carência de

²⁰² *Idem*. P. 181.

²⁰³ Disponível em: <https://diarioantidrogas.com.br/2022/02/04/governo-federal-investe-5-milhoes-para-evitar-fechamento-do-principal-hospital-psiquiatrico-do-amazonas-o-centro-psiquiatrico-eduardo-ribeiro-em-manaus/> Acesso em: 3 out.2022.

²⁰⁴ Em virtude da adoção de uma política proibicionista ao uso terapêutico de drogas inibindo, desta forma, avanços sociais e de saúde pública. A página oficial do governo federal sobre o tema fora removida, razão pela qual segue (em substituição) a página da Unidade de Pesquisa em álcool e Drogas (UNIAD) acerca do assunto: <https://www.uniad.org.br/noticias/cocaina/brasil-defendera-na-onu-posicao-contraria-a-reducao-do-controle-internacional-sobre-a-cannabis/> Acesso em: 2 out.2022.

²⁰⁵ Disponível em: <https://diario.mpam.mp.br/pdf.php?arquivo=DiarioOficialMPAM-2022-07-22.pdf> Acesso em: 17 set.2022. P. 14.

alimentação, falta de roupas adequadas e itens de higiene pessoal indicam a perpetuação de suas características asilares e condições de tratamento desumano, cruel e degradante.

2 O DESENVOLVIMENTO DA ÁREA DE POLÍTICAS PÚBLICAS

2.1 O ADVENTO DA POLÍTICA PÚBLICA NO PENSAMENTO CIENTÍFICO

Enquanto área de conhecimento e disciplina acadêmica, as “políticas públicas” (*public policy*) surgem nos EUA como subárea da ciência política.²⁰⁶ Na Europa, os estudos e pesquisas nesse campo focavam “mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que propriamente na produção dos governos”, cujos resultados se fundam “em teorias explicativas sobre o Estado e sobre o papel de uma das mais importantes instituições do Estado, ou seja, o governo, produtor, por excelência, de políticas públicas”, assegura Celina Souza.²⁰⁷ Já nos EUA, informa a autora, “ao contrário, a área surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos”.²⁰⁸

Concebida e incrementada no âmbito de democracias estáveis, a disciplina políticas públicas aproxima-se de uma agenda política e têm por base analítica saber se “o que o governo faz ou deixa de fazer é passível de ser (a) formulado cientificamente e (b) analisado por pesquisadores independentes”, abrindo assim “o terceiro grande caminho trilhado pela ciência política norte-americana no que se refere ao estudo do mundo público”²⁰⁹ no auge da Guerra Fria²¹⁰ como mecanismo das decisões do governo e da valorização da tecnocracia como forma de enfrentar suas consequências, nos dizeres de Celina Souza.²¹¹

Ainda sobre a disciplina políticas públicas, Celina Souza informa que “o introdutor no governo dos EUA foi Robert McNamara que estimulou a criação, em 1948, da RAND

²⁰⁶ SOUZA, Celina.. *Políticas públicas: uma revisão da literatura*. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?lang=pt> Acesso em: 3 dez.2020. n.p.

²⁰⁷ SOUZA, Celina. “*Estado da Arte*” da *Área de Políticas Públicas: Conceitos e Principais Tipologias*. Versão preliminar. XXVII Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS) GT: Políticas Públicas. Disponível em: <https://anpocs.com/index.php/papers-27-encontro-2/gt-24/gt14-16/4232-csouza-estado-da/file> Acesso em: 21 jul.2021. Págs. 3/4.

²⁰⁸ *Ibidem*.

²⁰⁹ *Ibidem*.

²¹⁰ Para os autores Gunther Rudzit e Guilherme Stolle Paixão e Casarões, Guerra Fria “é o período no qual houve um consenso tanto sobre a do sistema americano (*polity*) quanto em relação ao que era o interesse nacional, sua política militar (*policy*) mudou conforme as realidades políticas interna e externa se modificavam.” RUDZIT, Gunther e PAIXÃO E CASARÕES, Guilherme Stolle. *Política de Defesa é uma Política de Governo*. RBED, v. 2, nº 1, jan./jun. 2015. Disponível em: https://pesquisa-eaesf.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/politica_de_defesa_e_politica_de_governo.pdf Acesso em: 22 jul.2021. P. 38.

²¹¹ *Ibidem*.

Corporation, organização não-governamental financiada por recursos públicos e considerada a precursora dos *think tanks*.”^{212,213}

Identificar os problemas sociais que estão ocorrendo, estabelecer com clareza a diferença entre a importância prática de uma situação e o que representa para a comunidade reflete a complexa relação institucional, que abrange poder público, órgãos/instituições governamentais e setor privado. Além disso, há demandas por estudos sobre políticas públicas, incluindo sua densidade e diversidade temática, formas de abordagens e de diálogos com as experiências concretas. Estas diretrizes pautam as novas contribuições teóricas e empíricas sobre o significado da expressão “políticas públicas”.

Dentre os teóricos fundantes a respeito de políticas públicas se destaca Harold Dwight Lasswell, cuja obra *The Immediate Future of Research Policy and Method in Political Science* (1951) discorre sobre a importância da investigação, da pesquisa e de seu método de execução para descobrir as tendências e condições que afetam o pensamento político e, desta feita, delinear as escolhas políticas, as metas e os objetivos que atendam e reduzam as ambiguidades das aspirações da comunidade, por meio de práticas públicas concretas.²¹⁴

Em contrapartida, Emídio Capistrano Oliveira e Paulo Rogério Melo de Oliveira, destacam que Lasswell em sua obra *Política: quem ganha o que, quando, como* (1936) indica Charles Merriam como um dos atores estratégicos da *Social Science Research Council* (SSRC)^{215,216} que não só centralizou o conhecimento político como também desempenhou

²¹² *Ibidem*.

²¹³ “*Think tanks* são instituições que desempenham um papel de *advocacy* para políticas públicas, além de terem a capacidade de explicar, mobilizar e articular os atores. Atuam em diversas áreas, como segurança internacional, globalização, governança, economia internacional, questões ambientais, informação e sociedade, redução de desigualdades e saúde. Produzem pesquisas, análises e recomendações que contribuem para um ambiente de conhecimento, permitindo, inclusive, que os formadores de políticas públicas tenham ferramentas para tomar decisões mais embasadas, além de ter um papel importante na disseminação de conhecimento à sociedade.” Conceito descrito na reportagem intitulada “Afim, o que é um *think tank* e qual é a sua importância para políticas públicas no Brasil?” Disponível em: <https://www.enap.gov.br/pt/acontece/noticias/afim-o-que-e-um-think-tank-e-qual-e-a-sua-importancia-para-politicas-publicas-no-brasil> Acesso em: 4 fev.2022.

²¹⁴ LASWELL, Harold. *The Immediate Future of Research Policy and Method in Political Science*. The American Political Science Review, Vol. 45, Nº. 1 (Mar., 1951), pp. 133-142. P. 134. (Tradução livre).

²¹⁵ OLIVEIRA, Emídio Capistrano de e OLIVEIRA, Paulo Rogério Melo de. *Uma arqueogenealogia histórica da ciência das políticas públicas nos Estados Unidos (1906 -1960)*. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociais/humanas/article/download/35616/pdf/210920> Acesso em: 22 jul.2021. P. 189.

²¹⁶ Consoante a página oficial da *Social Science Research Council* (SSRC) trata-se de uma organização independente, internacional e sem fins lucrativos fundada em 1923. Ele promove pesquisa (i) fomentando a inovação; (ii) construindo uma comunidade de pesquisa diversificada; (iii) trabalhar internacionalmente e democraticamente; (iv) investir no futuro; (v) combinando urgência e paciência. Isso é produzido enfatizando a qualidade científica, envolvendo questões públicas importantes e garantindo a abertura para a análise crítica. A teoria e a pesquisa podem, então, chamar a atenção daqueles que abordam questões práticas com valores ou agendas diferentes. (Tradução livre do site e disponível em: <https://www.ssrc.org/about/mission/> Acesso em: 22 jul.2021)

papel importante nos Estados Unidos na formação de um novo sistema político fomentando a produção pragmática de ciclo das políticas públicas. Para os autores, a ênfase dos estudos e das pesquisas deveria se centralizar na busca “daquilo que o governo faz ou deixa de fazer” e “como e por que os governos optam por determinadas ações”.²¹⁷

Para Lasswell a ciência política “é o estudo da influência e dos que são influentes”,²¹⁸ pressupondo uma mudança de interpretação da política. Passa da análise do governo comparado e suas transformações históricas para “concentrar atenção na administração pública, nos partidos políticos, grupos promocionais e personalidades políticas”²¹⁹ tornando os cientistas políticos mais “preocupados com o passado recente e o futuro próximo “220, voltados à análise de “séries de eventos repetitivos (eleições, por exemplo)” implicando em mudança de visão que provocou alterações conceituais na Ciência Política. A História, o Direito e a Filosofia passam a auxiliar os cientistas políticos resolverem seus problemas. A ciência política concentra sua investigação na procura consciente de valores representativos da influência - deferência, segurança e renda - que, por sua vez, podem esclarecer as situações pela aplicação sucessiva de padrões específicos. Afinal quaisquer que sejam as medidas utilizadas, a atenção será centralizada nas características de pessoas influentes que possam ser descritas em termos seletivos, tais como classe, habilidade, personalidade e atitude. O destino de uma elite é profundamente afetado pela maneira pela qual ela manipula o meio em que atua, isto é, o uso da violência, dos bens materiais, dos símbolos e dos estilos de vida.²²⁰

Charles O. Jones, ainda em 1974, já explicitava que a pesquisa na ciência política para obter desenvolvimento científico era necessário, numa primeira etapa, compreender como o fenômeno social ocorria, se desenvolvia e se modificava. Essa fase inicial da pesquisa denominava como “fazer antes de saber”²²¹, considerando-a essencial para a pesquisa na ciência política, uma vez “que via a política pública como uma sequência racional e linear de decisões.”²²²

²¹⁷ *Idem*. P. 190.

²¹⁸ LASSWELL, Harold Dwight. *Política: Quem ganha o que, quando, como*. Trad. de Marco Aurélio dos Santos Chaudon. Brasília: Universidade de Brasília. 1984, c 1936. P. 25/27.

²¹⁹ *Ibidem*.

²²⁰ *Ibidem*.

²²¹ JONES, Charles O. *Doing Before Knowing: Concept Development in Political Research*. Revista Americana de Ciência Política Vol. 18, Nº. 1 (fevereiro de 1974), pp. 215-228. P. 217. (Tradução livre).

²²² TINOCO, Dinah dos Santos. *Análise Sequencial de Políticas Públicas nas abordagens da Ciência Política e da Gestão (Management)*. CADERNOS EBAPE. CADERNOS EBAPE. BR, v. 8, nº 1, artigo 11, Rio de Janeiro, Mar. 2010. p. 188-197. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/48grWZrm6zGF9vTG7C5XBr/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 26 jul.2021. P. 192.

Cabe mencionar que Yves Mény, cientista político, e Jean Claude Thoenig, sociólogo, em 1989, foram os autores do primeiro manual sobre análise de políticas públicas na França, *Politiques Publiques*, considerado o marco conceitual das políticas públicas nos países latinos, explicitaram que o termo política tem vários usos, sendo que:

El primero designa los fenómenos de la lucha por el poder, la concurrencia entre partidos, grupos de interes, categorías sociales, personas, para el ejercicio de influencia y la ocupacion de funciones de autoridad en una coletividad, en un país, en un mercado electoral, en los proceso de decision.²²³

Para Dinah dos Santos Tinoco²²⁴, as obras *An introduction to the stud of public policy* e *Politiques Publiques*, definem o marco teórico das políticas públicas em solo americano e francês, cujo estudo das literaturas foi realizado através da abordagem do modelo de análise sequencial e sistêmica, exercendo grande influência nos estudos de esquemas de análise subsequente, e que serão elucidados mais à frente, quando da análise das principais categorias analíticas por elas utilizadas.

Gabriel Almond discorre que as ciências sociais detêm uma cultura política que abarca valores, crenças, normas e premissas de governança política, presentes nas relações sociais de uma nação, capaz de levantar e identificar os problemas gerados devido à ausência de capacidade de governabilidade no âmbito do governo: “i) las dificultades internas de los sistemas democráticos; ii) las tensiones entre las culturas políticas domésticas y las exigencias internas; iii) los problemas inherentes que conllevan los intentos de hacer de la democracia un ejercicio pleno, y iv) las deficiencias de la gobernación global.”²²⁵

Descreve o autor, justificar a política e administração pública sob a perspectiva de uma cultura política mais rigorosa remonta ao aparecimento da ciência política contemporânea, significava dizer que a cultura política se baseia em três componentes de investigação: (i) a primeira, a teoria sociológica que partia da tradição europeia fundada por Max Weber, Emile Durkheim, Karl Mannheim, Talcott Parsons, Vilfredo Pareto e outros; (ii) a segunda, com elementos fundados na cultura e na personalidade, se baseava nas teorias psicanalítica e

²²³ “O primeiro designa os fenômenos de luta pelo poder, a concorrência entre partidos, grupos de interesse, categorias sociais, pessoas, para o exercício de influência e ocupação de funções de autoridade em um coletivo, em um país, em um mercado eleitoral, nos processos de decisão.” MENY, Yves e THOENIG, Jean Claude. *Las políticas públicas*. Versión española a cargo de Francisco Mota. 1ª ed. Barcelona: Ariel. 1992. P. 89. (Tradução livre).

²²⁴ *Idem*. P. 193.

²²⁵ Versão em português: “(i) as dificuldades internas dos sistemas democráticos; (ii) as tensões entre as culturas políticas domésticas e as exigências internas; (iii) os problemas inerentes associados às tentativas de fazer da democracia um exercício completo, e (iv) as deficiências da governança global.” ALMOND, Gabriel A. *Una disciplina segmentada. Escuelas y corrientes en las ciencias políticas*. Fondo de Cultura Económica. México, D. F. 1990. P. 19/20. (Tradução livre).

antropológica, tendo como seus principais representantes Margaret Mead, Ruth Benedict, Max Horkheimer, Else Fraenkel-Brunswick, Nevitt Sanford, Ralph Linton, Harold Lasswell, Abram Kadiner, Freud e continuada por Theodore Adorno, Alex Inkeles, Daniel Levinson e muitos outros; (iii) a terceira, a teoria da psicologia social, associada nas investigações baseadas em enquetes e metodologias experimentais de grupos reduzidos, encontrava suas maiores expressões nas obras de Graham Wallas, Walter Lippman, William McDougall, E. L. Thorndike, Samuel Stouffer, Paul Lazarfeld, Rensis Likert, Angus Campbell, Carl Hovland, Kurt Lewin, Dorwin Cartwright e outros.²²⁶

A criação do SSRC (*Social Science Research Council*), em 1923 pelo cientista político Charles E. Merriam, foi responsável pelo surgimento da segunda corrente de análises sobre ciência política, cujo objetivo era estender o âmbito desta de forma empírica e promover um distanciamento do formalismo e do ideologismo nos estudos políticos sobre a Europa e nos demais países.²²⁷

Por fim, a terceira corrente começou nos anos 70 do século XX em resposta às dificuldades que encontraram as políticas públicas econômicas keynesianas e pluralistas ao enfrentar os problemas econômicos e políticos da citada década: inflação, o atraso da economia e um crescente desemprego nas sociedades industriais avançadas - junto com a decrescente capacidade do aparato pluralista dos partidos políticos e grupos de interesse para formar coalizões estáveis e promover políticas públicas efetivas - deu origem a um clima de crises na ciência e sociologia políticas, o qual favoreceu a proliferação de diagnósticos e propostas neoconservadoras e neocorporativistas.²²⁸

A mudança do institucionalismo para o realismo nas ciências políticas do final do século XIX e início do século XX foi bastante positiva. Impulsionou a produção teórica de estudiosos como Vilfredo Pareto, Max Weber, Émile Durkheim, Woodrow Wilson, James Bryce, Moissaye Ostrogorski, Roberto Michels, Graham Wallas, George Catlin, Charles Merriam, Harold Lasswell e Harold Gosnell, entre outros. Este movimento realista

assumiu que, ao limpar e quebrar conceitos gerais e difusos, uma compreensão mais firme daquela realidade que os analistas estavam tentando entender, interpretar e explicar foi alcançada. Podemos entender melhor os conceitos de liberdade, justiça, igualdade e compromissos, se identificarmos suas variantes e componentes. Como parte desse movimento de realismo, conceitos jurídico-institucionais como o de Estado foram rompidos. Eles falaram de governos ou sistemas políticos com seus diferentes componentes jurídico-institucionais - funcionários, burocracias,

²²⁶ ALMOND, Gabriel A. *Una disciplina segmentada. Escuelas y corrientes en las ciencias políticas*. Fondo de Cultura Económica. México, D. F. 1990. P. 176/201. (Tradução livre).

²²⁷ *Idem*. P. 241.

²²⁸ *Idem*. P. 243.

legislaturas e tribunais - grupos de interesse e meios de comunicação de massa.
(Tradução livre)²²⁹

O processo cognitivo da teoria da dependência surgiu no cenário histórico latino-americano influenciado pela frustração do desenvolvimento socioeconômico da América Latina, mais precisamente a partir de sua fase de industrialização, entre as décadas de 1930 e 1940. Em termos de corrente teórica, se desenvolve com a crise da teoria do desenvolvimento e, sem embargo, corta seus vínculos com a tradição de neutralidade das ciências sociais e escancara a falha desta ao ocultar o devastador confronto entre exploradores e explorados situados na periferia subdesenvolvida.²³⁰

Dentro dessa perspectiva, foi criada em 1948 pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL). “Instrumentalizada a partir da teoria estruturalista do subdesenvolvimento periférico”²³¹, inaugura o ideário que proporciona o alicerce do desenvolvimento de políticas públicas nacionais dos países da região, indicando como opção dessas ações públicas a industrialização com intervenção do governo, a partir da adoção do conjunto de políticas de regulação e fomento de produção e comercialização integrantes do Processo de Substituição de Importações (PSI), tais como: (i) política tarifária, (ii) política cambial para incrementar o processo de substituição de importações, (iii) política creditícia e (iv) política fiscal focada no equilíbrio do balanço de pagamentos ao mesmo tempo que gerava divisas importantes para a importação de máquinas e insumos.²³²

E assim não foi diferente. A Petrobras, símbolo do nacionalismo brasileiro nas décadas de 50 e 60 do século passado, passa a ocupar o papel estratégico de desenvolvimento e industrialização do país, idos de 1970, sobretudo durante a vigência do II Plano Nacional de

²²⁹ Em original: “suponia que al despejar y desglosar conceptos generales y difusos, se lograba una comprensión mas firme de aquella realidad que los analistas intentaban entender, interpretar y explicar. Podemos comprender mejor conceptos de libertad, justicia, igualdad y compromisos, si identificamos sus variantes y componentes. Como parte de este movimiento de realismo, se desglosaron conceptos legal-institucionales como el Estado. Se habló de gobiernos o de sistemas políticos con sus diferentes componentes legal-institucionales - funcionarios, burocracias, legislaturas y tribunales - así como de agencias e instituciones de tipo paralegal y extralegal, como partidos políticos, grupos de interes y medios masivos de comunicacion.” *Idem*. P. 287.

²³⁰ A obra de Fernando Henrique Cardoso e Enzo Falletto (*Dependência e desenvolvimento na América Latina: ensaio de interpretação sociológica*, 1969) reflete a corrente weberiana da teoria da dependência, considerados os mais importantes representantes desta. A outra, é a corrente marxista, que tem em Ruy Mauro Marini seu principal expoente.

²³¹ DUARTE, Pedro Henrique Evangelista e GRACIOLLI, Edílson José. *A teoria da dependência: interpretações sobre o (sub)desenvolvimento na América Latina*. Disponível em: https://www.unicamp.br/cemarx/anais_v_coloquio_arquivos/arquivos/comunicacoes/gt3/sessao4/Pedro_Duarte.pdf Acesso em: 5 ago.2021. P. 2.

²³² *Ibidem*.

Desenvolvimento (II PND), lançado no governo autoritário de Geisel.²³³ As características das ações públicas perduram por anos a fio: meros programas de governo ideologizados, transitórios, incipientes, de estrutura organizacional fragmentada e tendo sempre como pano de fundo a temática do ajuste fiscal bastante precária, visto que a modernização do Brasil envolvia a Administração Pública como pressuposto necessário para a aceleração do desenvolvimento, cujo conceito bastante controverso relaciona estudo de políticas públicas a temas como estratificação social e desenvolvimento.²³⁴

A transição de uma estrutura agrária para uma economia industrial²³⁵, a partir do final dos anos de 1950, cuja ideia inicial se fazia presente desde o governo de Vargas (1930), trazia repercussões de uma nova concepção à administração pública sobre o papel que deveria desempenhar no processo de desenvolvimento. Exemplo típico consta do aspecto de um estado desenvolvimentista estampado no plano de metas de Juscelino Kubitschek (1956-1961) buscando a modernização administrativa, o incremento da industrialização e a construção de Brasília. “O setor público, com seus três níveis, havia sido, tradicionalmente, um dos principais esteios da oligarquia rural”, aduz Nelson Mello e Souza. Favoritismo no loteamento de cargos públicos, fácil acesso aos créditos, corrupção institucionalizada, controle do aparato estatal com contratos de obras públicas nas mãos de quem detinha poder político identificava a máquina pública como cartorial. “As preocupações com a racionalidade, a qualidade do serviço e a eficiência no desempenho da atividade pública eram, conseqüentemente, raras, se as havia”, continua o autor.²³⁶

Mas esses novos caminhos no debate acerca do desenvolvimento e suas ambiguidades geram preocupações no conceito de políticas públicas e na maneira de como são concebidas e se relacionam com a economia e a ciência política se mostram relevantes. A formulação de políticas públicas levando em consideração fatores de efetividade, eficiência e racionalidade, evidenciando que a análise de políticas públicas “parecia exibir maior afinidade com os economistas políticos de preocupações teóricas (os da abordagem da *public choice*) do que com

²³³ MANFREDINI, Denise. *Ensaio sobre o II Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico*. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/38706/R%20-%20D%20-%20DENISE%20MANFREDINI.pdf?sequence=2&isAllowed=y> Acesso em: 20 out.2021. P. 10.

²³⁴ *Ibidem*.

²³⁵ No Brasil, entre 1940 e 2010, o fenômeno demográfico da urbanização deu um salto significativo, é o que aponta o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Passamos de uma taxa de 31,24% (1940) para 84,36% (2010). Disponível em: <https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP122> Acesso em: 5 ago.2021.

²³⁶ SOUZA, Nelson Mello e. *Reforma administrativa no Brasil: um debate interminável*. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8513/7256> Acesso em: 20 out.2021. P. 55.

a economia política da nova esquerda”, é ponto crucial dessa ambiguidade, afirma Fábio Wanderley Reis.²³⁷

Tudo porque as questões básicas formuladas pela *public choice* advém dos problemas analisados pelos especialistas em políticas públicas, incluindo o “volume e a composição dos orçamentos públicos, a magnitude dos bens e serviços públicos produzidos e assim por diante.”²³⁸ Essa afinidade entre o estudo de políticas públicas e a teoria da *public choice* era reforçada pela ênfase em “eficiência e racionalidade que marca os recursos às técnicas 'rigorosas' anteriormente mencionadas, de uso frequente pelos analistas de políticas,”²³⁹ como dito acima.

Jorge Vianna Monteiro conceitua “política pública como uma ocorrência organizacional ou, mais precisamente, interorganizacional”²⁴⁰ que “envolve um conjunto de ações interligadas que são desempenhadas por diferentes *policymakers*, em diversos estágios do processo decisório”²⁴¹ como corolário da divisão de trabalho. Assim, é necessário constar “um conceito de política pública que articule diferentes segmentos de decisões ou ações ao longo do processo decisório”²⁴², exemplificando com a hipótese abaixo:

Com efeito, um mesmo tema de política pública, digamos previdência social, pode ser analisado sob o ângulo agregado das decisões do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) ou do Ministro da Previdência Social, tanto quanto, sob um aspecto mais operacional; a política de previdência pode ser estudada, por exemplo, em termos do atendimento ambulatorial do Inamps, ou mesmo, abrangendo ambos os aspectos, desde uma decisão do CDS até suas eventuais ramificações da ação do Inamps.²⁴³

Seguindo esse raciocínio, o autor empresta conceitos utilizados na literatura de planejamento estratégico empresarial para demonstrar que pode existir na organização governamental, de forma implícita ou explícita, uma hierarquia de decisões ou ações no processo decisório de política pública, ilustrando-as em forma de pirâmide (Figura 1) com os seguintes elementos: (i) *missões* - atividades de uma organização governamental ou de uma unidade de decisão específica pautada por regras jurídicas válidas para todo poder público, comumente previstas na Lei Maior da sociedade, e no caso de uma determinada unidade de

²³⁷ REIS, Fábio Wanderley. *Política e políticas a ciência política e o estudo de políticas públicas*. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/v7ywf/pdf/reis-9788599662793-03.pdf> Acesso em: 26 out.2021. P. 43.

²³⁸ *Idem*. P. 43/44.

²³⁹ *Idem*. P. 44.

²⁴⁰ MONTEIRO, Jorge Vianna. *Os níveis de análise das políticas públicas*. Políticas públicas; coletânea / Organizadores: Enrique Saravia e Elisabete Ferrarezi – Brasília: ENAP, 2006. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1257/1/cppv1_0401_monteiro.pdf Acesso em: 27 jul.2021. P. 251.

²⁴¹ *Idem*. P. 259.

²⁴² *Ibidem*.

²⁴³ *Ibidem*.

decisão, as regras de ação que dispõem sobre a formação ou regulação de uma agência ou órgão público, são norteadas por lei ou ato administrativo que regem a atividade desse órgão, a exemplo de lei de sua origem ou regulamento interno. O primeiro caso, missões constitucionais, é *sui generis* na análise da organização de formulação de políticas públicas, “especialmente pelo fato de que a transferência de regras de ação para o nível constitucional pode ser vista como a promoção de maior representatividade da política pública, tanto quanto de maior limitação ao poder discricionário do policy-maker”; (ii) *objetivos* - são os resultados ou metas desejadas da organização de governo ou de suas unidades de decisão, e nem sempre envolvem quantidade, pois “podem-se constituir do enunciado de propósitos qualitativos”; (iii) *políticas* - são as “grandes linhas de ação para diferentes níveis e unidades de decisão da organização, na promoção dos objetivos”; (iv) *estratégias* - são “as principais linhas de ação específicas, para a promoção dos objetivos e viabilização das políticas”; (v) *programas* - são os “procedimentos gerais da organização utilizados em resposta a um tipo particular de estímulo” e “podem ser tão detalhados quanto quisermos, descendo até o nível do desempenho individual”. Seguindo essa sequência, “poderiam ainda vir os projetos, os orçamentos, os planos de aplicação, etc.”²⁴⁴

²⁴⁴ *Idem.* P. 259/261.

Figura 1: Hierarquia

Esquema 4: Hierarquia de ações no processo decisório de política pública

No contexto brasileiro, maior visibilidade na área de políticas públicas surge a partir do final dos anos 70 do século passado e década de 1980, sob o contexto mundial de uma nova gestão pública - New Public Management (NPM), privilegiando uma política restritiva de gastos públicos (cumprimento de ajuste fiscal com equilíbrio orçamentário entre despesas e receitas) tornando-se o paradigma normativo da Administração Pública.²⁴⁵

Essa agenda se estende por toda a década de 1990 focando o debate nas reformas administrativas de cunho gerencial em busca da maior eficiência estatal com práticas de gestão privada, incorporadas ao poder público, como redução da participação do Estado junto à máquina estatal, corte de gastos públicos, terceirização administrativa, privatização e desregulação. Embora a administração pública “gerencialista” tenha fincado raízes através do Decreto-lei n. 200/1967, essa ideia se robusteceu com a adoção da reforma administrativa de 1998 (Emenda Constitucional n. 19).

Vale lembrar que a agenda pública brasileira fundada num modelo desenvolvimentista surgiu nos anos 1970, onde o argumento político propagava um projeto institucional de

²⁴⁵ PIERANTI, Octavio Penna, RODRIGUES, Silvia e PECI, Alketa. *Governança e New Public Management: Convergências e Contradições no Contexto Brasileiro*. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/APS-B392.pdf> Acesso em: 27 jul.2021. P. 2.

modernização conservadora do regime ditatorial. O quadro teórico assinalava um modelo gerencialista de cunho estrutural: o fortalecimento da administração pública indireta, a descentralização da máquina estatal, a imagem do serviço público dotado de tecnicidade, transparência nas ações governamentais e “a redefinição do mix público-privado nas políticas. A essa transformação da agenda seguiu-se uma redescoberta na agenda de pesquisas das políticas municipais e descentralização.”²⁴⁶

No entanto, novos modelos de normas instituindo práticas gerenciais não foram suficientes de criar políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de boa parte da população. Um dos fatores, argumenta Celina Souza, foi o fracasso de formar coalizões políticas para desenhar “políticas públicas e as regras que regem suas decisões, elaboração e implementação, assim como seus processos, também influenciam os resultados dos conflitos inerentes às decisões sobre política pública”. Tais fatores, sejam externos ou internos, contribuíram para que essa área de política pública passasse a receber grande atenção dos estudiosos, relata a autora.²⁴⁷

O processo de redemocratização da década de 1980 e a preocupação de “reformular o Estado”, como forma de acesso a serviços públicos, influenciou a agenda dos cientistas sociais como forma de direcionar análise nas políticas setoriais não só para interpretá-las, mas também propor alternativas em seu desenho institucional. Temas como descentralização administrativa, participação da iniciativa privada na máquina pública foram vistos como modelo institucional de enfrentamento da então denominada “dívida social” do Estado brasileiro para com seus cidadãos.

O desenho institucional da pesquisa em políticas públicas no Brasil, anos 1990, é deslocado para um novo ângulo de análise: as relações governamentais com as instituições políticas passam a afetar a forma de modelos de políticas. São incluídas na agenda política nacional, além da reforma do Estado, as formas de governo (presidencialismo) e de Estado (federação) como campos decisórios. Ou seja, as espécies analíticas das políticas específicas são readequadas levando em consideração as políticas estatais e sua capacidade de influir e afetar a cultura da política nacional, a ordem social, econômica e política brasileiras e a relação

²⁴⁶ TREVISAN, Andrei Pittol e VAN BELLEN, Hans Michael. *Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção*. RAP - Rio de Janeiro 42(3):529-50, maio/jun. 2008. P. 532.

²⁴⁷ SOUZA, Celina. *Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas*. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4182324/mod_resource/content/1/celina%20souza_estado%20da%20arte%20da%20pesquisa%20em%20pp.pdf Acesso em: 30 nov.2020. P. 66.

do Estado com seu povo. Em resumo, são alteradas as estratégias e os atores sociais na análise de processos de criação e formulação de políticas públicas.²⁴⁸

O modelo de políticas setoriais adotado por instituições específicas passa a ser examinado de acordo com a diversidade de enfoques temáticos, os desafios teóricos e modelos metodológicos, os sistemas decisórios e as políticas setoriais. Análises empíricas sobre o gasto público, (i) de que forma foi determinante para o desempenho da política pública, (ii) qual o impacto/efeito desse gasto social sobre a comunidade, passam a integrar objeto de estudo durante as fases de implementação (os beneficiários estão sendo alcançados e respondendo à intervenção?), assim como a fase de avaliação da política em verificação (houve ou é necessário adequações ou modificações na estratégia de implementação para que se realizem os resultados esperados?) precisam ser verificadas. Tudo porque a formulação (formação de uma agenda), implementação e avaliação de uma política pública surge de um processo de decisão interorganizacional que envolve a relação Estado (ações governamentais, instituições e lideranças políticas) e sociedade.

Perspectivas analíticas do neoliberalismo vivido nos anos 90 do século passado deram sinais aqui e ali de que a integração entre crescimento econômico, progresso social e estruturação democrática enfrentava fragilidades que impunham desafios às políticas sociais. O arrocho fiscal imposto pelo Estado dissociava a economia de uma política social justa e equitativa indicando um sistema com forte viés de exclusão social, deixando à margem do desenvolvimento econômico e progresso social grande camada da população brasileira.²⁴⁹

Os sistemas de políticas públicas articulados com desenvolvimento econômico e políticas sociais valorizam uma dimensão de proteção social com concepções históricas de redução de desigualdades a longo prazo: bens e serviços públicos compostos por programas de previdência social, assistência social, sistema tributário, educação, saúde, saneamento básico, transferências pecuniárias a grupos em vulnerabilidade social são essenciais nos processos de formulação de políticas públicas.

²⁴⁸ CAVALCANTE, Pedro Luiz Costa. *Transformações Contemporâneas no Estado Brasileiro: macrorreformas ou inovações incrementais na era da governança?* In: Reformas do Estado no Brasil Trajetórias, Inovações e Desafios. Pedro Luiz Costa Cavalcante e Mauro Santos Silva (Orgs.) – Brasília, DF: CEPAL : Rio de Janeiro: Ipea, 2020. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46605/1/S2100028_pt.pdf Acesso em: 30 nov.2020. P. 567.

²⁴⁹ CEZAR, Kilma Gonçalves. *O eterno retorno do espaço: a espacialidade no planejamento e nas políticas públicas do governo federal, 1950-2010*. 2012. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12499/1/2012_KilmaGon%C3%A7alvesCezar%20%282%29.pdf Acesso em: 26 jul.2021. P. 88.

Doutra banda, essa afirmação não é revestida de consenso. Isso porque as formulações de políticas públicas devem considerar “a existência de uma hierarquia de poder no âmbito das políticas públicas em que se destacam as políticas macroeconômicas”, afirma Sueli do Nascimento. Assegura a autora que “dentro da formulação das políticas setoriais também há divergências e interferências econômicas que trazem à tona os interesses e a forma de conduzir tal e qual política conforme os parâmetros daqueles que detêm a decisão final”, fazendo com que se perceba que “há um grau de importância atribuída às políticas setoriais, pois atendem à conjuntura e à necessidade dos interesses em jogo, expressas no financiamento de cada uma delas.”²⁵⁰

Um segundo aspecto, enfatiza a autora, tem a ver com o foco da “análise dos interesses, pois no âmbito das políticas é comum os interesses individuais se sobreporem aos interesses coletivos”, visto que na formulação de uma política pública se interagem interesses diversos, de diferentes categorias sociais, representados por diversos setores, sejam privados ou público, na figura do Estado. “É nesta condição de interesse que emerge o papel dos partidos políticos, dos movimentos sociais, conselhos de direitos e a própria sociedade que elege os seus representantes. Os conflitos são expostos e clarificados ou obscurecidos de acordo com os lobbys realizados pelas partes.”²⁵¹

Diante deste complexo quadro político e social o incremento do Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se uma realidade. Em 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica do SUS (Lei n. 8.080) é sancionada, cujo art. 2º consagra a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Expressa assim um impacto favorável na estrutura de gasto social que repercute não só no sistema de saúde curativo, mas principalmente preventivo, com distribuição de benefícios na assistência médica como também no incremento de proteção social mais inclusiva ao cidadão.

2.2 EIXOS ANALÍTICOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A intervenção do Estado na economia no pós-guerra contribuiu para adoção de políticas restritivas de gasto público de modo a condicionar as políticas sociais ao cumprimento do ajuste fiscal e equilíbrio do orçamento público entre despesa e receita. Para melhor compreensão vale um adendo explicativo com relação aos fatores que levaram a esse fenômeno: (i) o primeiro,

²⁵⁰ NASCIMENTO, Sueli. *Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/TDCqtLhvDvRnRmDXhtTBHZK/?lang=pt> Acesso em: 26 jul.2021.

²⁵¹ *Ibidem*.

ocorrido nas últimas décadas do século XX, com a adoção de políticas de gasto público que passaram a “dominar a agenda da maioria dos países, em especial os em desenvolvimento. A partir dessas políticas, o desenho e a execução de políticas públicas, tanto as econômicas como as sociais, ganharam maior visibilidade”²⁵²; (ii) o segundo elemento surge com as novas visões sobre “a função dos governos substituíram as políticas keynesianas do pós-guerra por políticas restritivas de gasto. Assim, do ponto de vista da política pública, o ajuste fiscal implicou a adoção de orçamentos equilibrados entre receita e despesa e restrições à intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais”²⁵³.

Essa agenda passa, com vigor, a influenciar na formulação de políticas públicas a partir dos anos de 1980. Um terceiro fator também influi nessa ação de governo, em especial nos países em desenvolvimento, com democracia recente ou recém-democratizados, a exemplo dos países situados na América Latina, onde “a maioria deles, ainda não se conseguiu formar coalizões políticas capazes de equacionar minimamente a questão de como desenhar políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de grande parte de sua população.”²⁵⁴

Nesse escopo descrito, o ponto principal de formular políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e práticas inclusivas sociais se deparava, no Brasil, com a realidade da recente redemocratização do país que indicava como característica a ausência de coalizões políticas, dificultando o Estado como peça principal na produção de políticas públicas.

A ação governamental, a concepção de uma política pública, o *output* - produto final dessa opção de escolha -, resulta de um processo decisório envolvendo poder público e sua burocracia, agentes políticos e grupos de interesse, cujo sistema político apresenta elementos de oportunidade e envolve um campo específico dessa política.

Diante dessa conjuntura do papel do governo, da (in)capacidade de intervir e formular políticas públicas, é necessário descrever os modelos e análise de políticas públicas.

2.2.1 Modelos e análise das políticas públicas

²⁵² *Idem.* P. 20.

²⁵³ *Ibidem.*

²⁵⁴ *Idem.* P. 21.

A análise das políticas públicas tem por objeto de estudo a ação pública, as decisões políticas, os programas decorrentes desta ação governamental, a fim de identificar os problemas advindos desta escolha e solucionar as dificuldades surgidas durante sua implementação.

As políticas públicas fundam-se não só da contribuição teórica da ciência política, como também da economia, da sociologia, do direito, da história, da geografia, dentre outras disciplinas, e dos estudos das entidades e instituições administrativas que compõem o sistema político-administrativo, seu governo, sua organização, sua atividade nos governos. Quer dizer, são “processos complexos e multidimensionais que se desenvolvem em múltiplos níveis de ação e de decisão — local, regional, nacional e transnacional”²⁵⁵ envolvendo diversos atores sociais - gestores públicos, entidades e instituições públicas, setor privado, comunidade e públicos-alvo -, que nesse campo de análise e interesse político atuam para solucionar o problema, desenvolvendo teorias, modelos e conceitos que possibilitam compreender e analisar as políticas públicas, suas falhas, suas rupturas, suas continuidades.

O objetivo das políticas públicas, embora o sistema político seja determinante para sua constituição, se centraliza na lógica da ação pública, nas regras e nas especificidades do seu funcionamento, na alocação de recursos, na atuação e os modos de interação de atores e instituições nos processos políticos, aludem Luísa Araújo e Maria de Lurdes Rodrigues.²⁵⁶

As três dimensões essenciais do sistema político são definidas como (i) o macrosistema, (ii) o microsistema e (iii) os subsistemas. Essa última dimensão tem repercutido em demasia na literatura internacional de políticas públicas. Das abordagens tradicionais à sua incorporação em recentes modelos de análise da produção de políticas, os subsistemas têm ganhado papel de destaque na literatura internacional de políticas públicas. “Nos estudos recentes, o conceito de subsistema de políticas (*policy subsystem*) tem ocupado espaço central em diversos modelos teóricos, tendo sido considerado como unidade de análise privilegiada em abordagens recentes sobre o processo de políticas públicas.”²⁵⁷

Daniel McCool elenca as hipóteses que levaram o modelo do subsistema desempenhar um papel teoricamente útil. Primeiro porque “possui uma habilidade óbvia para simplificar uma realidade complexa.”²⁵⁸ Segundo, “os subsistemas também explicam o comportamento que é

²⁵⁵ ARAÚJO, Luísa e RODRIGUES, Maria de Lurdes. Modelos de análise das políticas públicas. *Sociologia, problemas e práticas*, n.º 83, 2017, pp. 11-35. Disponível em: <https://journals.openedition.org/spp/2662> Acesso em: 26 jul.2021. P.12.

²⁵⁶ *Ibidem*.

²⁵⁷ CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt e BRASIL, Felipe Gonçalves. *Análise de políticas públicas: uma revisão da literatura sobre o papel dos subsistemas, comunidades e redes*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/sbMLWs45nJHbxvVnqBHn6Dq/?lang=pt> Acesso em: 7 fev.2022.

²⁵⁸ McCOOL, Daniel. *The Subsystem Family of Concepts: A Critique and a Proposal*. *Political Research Quarterly*, Vol. 51, N.º 2 (Jun., 1998), pp. 551-570 (20 pages). Published By: Sage Publications, Inc. Political

bastante difícil de compreender o contrário.”²⁵⁹ Terceiro devido o conceito do subsistema permanecer em uso permitindo uma mobilidade para “além de um quadro estritamente institucional que tendia a isolar os formuladores de políticas, quando eles atuam em conjunto com uma série de entidades influentes.”²⁶⁰ Por fim, a quarta e última razão, “é porque os modelos do subsistema ajudaram a mover a disciplina além do confronto estimado entre a teoria da elite e o pluralismo.”²⁶¹

Um outro fator é apontado por Ana Cláudia Niedhardt Capella e Felipe Gonçalves Brasil. “No outro extremo, os microssistemas (*micro policy systems*) envolvem decisões que geralmente não despertam a atenção do público.”²⁶² Nesses subsistemas “as tomadas decisões são baseadas em alta complexidade técnica, envolvendo um número bastante reduzido de tomadores de decisão que procuram restringir o acesso de outros participantes.”²⁶³ Esses microssistemas, raras vezes atraem interesses eleitorais e da imprensa, não só por ficarem adstritos aos setores técnicos da administração pública, como também por serem “caracterizados por um baixo e personalizado escopo de conflito e por baixo número de participantes envolvidos, o que acarreta um processo de decisão centralizado e praticamente invisível.”²⁶⁴

Em contrapartida, o conceito de subsistema de políticas é objeto de ampla discussão teórica, “principalmente quando justaposto a conceitos relacionados, como os de comunidades de políticas (*policy communities*), redes de políticas públicas (*policy networks*) e redes temáticas (*issue networks*).”²⁶⁵ Observando a dinâmica do processo de políticas públicas se conclui que tais conceitos abrem possibilidades de real contribuição para análises das políticas públicas, “sobretudo em perspectivas que consideram o papel dos atores por meio de suas ideias, seus conhecimentos e interesses.”²⁶⁶

Peter John, em seu livro *Analyzing Public Policy*, apresenta a existência de três grupos de teóricos que tentam sintetizar os fatores importantes para análise de uma política pública. Eles

Research Quarterly. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/449091> Acesso em: 7 fev.2022. P. 553. (Tradução livre).

²⁵⁹ *Ibidem.*

²⁶⁰ *Ibidem.*

²⁶¹ *Ibidem.*

²⁶² *Ibidem.*

²⁶³ *Ibidem.*

²⁶⁴ *Ibidem.*

²⁶⁵ *Ibidem.*

²⁶⁶ *Ibidem.*

são: “Sabatier (teoria da coalizão de defesa de políticas), Kingdon (a abordagem dos fluxos de políticas) e Baumgartner e Jones (o modelo de equilíbrio pontuado).”²⁶⁷

A teoria de coalizões de defesa de políticas, desenvolvida Paul Sabatier e depois cooperada por Hank Jenkins-Smith e Christopher Weible, concentra-se na análise de mudanças nas políticas ocorridas com a interação de atores políticos, os quais compartilham crenças políticas e ideais. Incorpora as políticas públicas em ambientes dinâmicos, conhecidos como subsistemas de políticas, onde os decisores se relacionam, discutindo “as condições sob as quais o aprendizado orientado para políticas entre coalizões pode ocorrer”²⁶⁸. Ou seja, procura explicar os processos dessas mudanças dentro de um determinado sistema político ou conjunto de arranjos institucionais.

A teoria dos múltiplos fluxos elaborada por John W. Kingdon sobre a formulação de políticas públicas pode ser considerada como um conjunto de processos de tomada de decisão, incluindo (i) o desenho de uma agenda governamental originada de um problema vivenciado pela sociedade; (ii) a especificação de alternativas e ideias a partir da qual uma escolha é feita, por especialistas, políticos e atores sociais; (iii) o ambiente político, administrativo e legislativo favorável ao desenvolvimento da ação, e (iv) a implementação da decisão.²⁶⁹

Para Baumgartner e Jones, iniciadores da teoria do equilíbrio pontuado, asseguram que esta hipótese “é um modelo de formulação de políticas, mas não fundamentalmente um modelo de tomada de decisão.”²⁷⁰ Quer dizer, a adoção de determinada política depende da afetação dos recursos públicos escassos, cujas decisões são modificadas de acordo com o investimento público alocado. Na verdade, as políticas públicas são dotadas de um movimento de mudança incremental e de longo prazo. Consoante os autores, o processo político é estável, incremental e linear, mas, em dado momento, passível de interrupção por uma brusca mudança. Tal teoria procura adequar a política pública decorrente desse movimento, buscando uma interação entre os órgãos/instituições públicas e a postura dos tomadores de decisão, estabelecendo modelos de estabilidade e/ou variantes para encontrar o equilíbrio.

²⁶⁷ JOHN, Peter. *Analyzing Public Policy*. 2 ed. Routledge. 2012. Disponível em: <https://www.routledge.com/Analyzing-Public-Policy/John/p/book/9780415476270> Acesso em: 25 out.2021. P. 176/177. (Tradução livre).

²⁶⁸ SABATIER, Paul. *Teoría del proceso de las políticas públicas*. 1 ed. Buenos Aires: Jefatura de Gabinete de Ministros. Presidencia de la Nación. 2010. - 378 p. P. 12. (Tradução livre).

²⁶⁹ KINGDON, John W. *Agendas, alternativas e políticas públicas*. 2033. Estados Unidos. Disponível em: <https://www.icpsr.umich.edu/web/ICPSR/studies/28024> Acesso em: 8 fev.2022. P. 2/3. (Tradução livre).

²⁷⁰ JONES, Bryan D. e BAUMGARTNER, Frank R. *A Model of Choice for Public Policy*. Journal of Public Administration Research and Theory. Vol. 15, Issue 3, July 2005, Pages 325–351. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpart/article/15/3/325/941117> Acesso em: 8 fev. 2022. P. 329. (Tradução livre).

De acordo com Luísa Araújo e Maria de Lurdes é importante pontuar acerca dos modelos teóricos de análise das políticas públicas e suas problemáticas institucionais, processos decisórios e métodos analíticos, de modo a identificar a abordagem de cada um deles, assim como o critério de racionalidade adotado pela respectiva teoria, o papel da ação pública e suas instituições como elemento crucial para se entender a atuação dos atores sociais e os resultados destas políticas, a saber: (i) o modelo sequencial ou do ciclo político, (ii) o modelo dos fluxos múltiplos, (iii) o modelo do equilíbrio interrompido e (iv) o quadro teórico das coligações de causa ou de interesse.²⁷¹ Inobstante as discussões a respeito dos modelos teóricos, o modelo das etapas (sequencial ou do ciclo político) é o mais adotado na análise das políticas públicas por pautar, de forma coerente, todos os aspectos relacionados às abordagens, hipóteses, investigações e modelos teóricos das mesmas.

A abordagem desse importante modelo sequencial ou do ciclo político foi inspirada em teóricos americanos, cujo campo de análise das áreas de políticas públicas se baseia num ciclo metodológico de regras e protótipos existentes num período político, com participação de atores sociais (estatais e não estatais), constituído em quatro etapas de execução organizadas em: (i) temáticas prioritárias (agenda), (ii) a formulação (tomada de decisão e planejamento), (iii) a implementação (execução) e (iv) a avaliação (resultados).²⁷² Considera-se que a fase de implementação reserva uma série de oportunidades para a compreensão das estruturas, instituições, processos e valores das políticas públicas. Daí a importância de ampliar o olhar dos pesquisadores e não a tratar como uma mera etapa de execução.

Isso porque a teoria da política pública se embasa em sínteses teóricas abstraídas das ciências políticas, economia, sociologia e repercutem não só na economia como também na sociedade. Daí porque “qualquer teoria da política pública também precisa explicar a inter-relação entre Estado, política, economia e sociedade”.²⁷³ Motivo esse também de pesquisadores de tantas disciplinas compartilharem interesse comum na área e assim contribuírem com avanços teóricos e empíricos no campo do conhecimento da política pública²⁷⁴.

Desta feita, a formulação de uma política pública não está restrita à disciplina jurídica inflexível, embora haja esse processo na Lei n. 8.080/1990, no tocante à formulação e execução de políticas em saúde que devem visar à “redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos

²⁷¹ *Ibidem.*

²⁷² *Ibidem.*

²⁷³ *Idem.* P. 69.

²⁷⁴ *Ibidem.*

serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” Replicada na lei, ainda no ano de 1990, a ideia das políticas públicas formadas por ciclos, a saber: (i) identificação do estado de coisas (diagnóstico do problema) que impunha intervenção estatal; (ii) formulação das alternativas (tomada de decisão para solução de um problema central e planejamento); (iii) implementação da política (execução); e (iv) avaliação (mecanismo de gestão, ferramenta de *accountability* e verificação dos resultados)²⁷⁵.

“A trajetória da disciplina, que nasce como subárea da ciência política, abre o terceiro grande caminho trilhado pela ciência política norte-americana no que se refere ao estudo do mundo público”²⁷⁶. Esse terceiro caminho, ensina Celina Souza, foi delineado pelo campo das políticas públicas como ramo das ciências políticas a fim de compreender e analisar como e porque os governos decidem por determinadas ações.²⁷⁷

No âmbito das políticas sociais, século XX após a Segunda Guerra Mundial, as políticas estatais foram marcadas pela necessidade de traçarem modelos de proteção social conhecidos, nos dias atuais, como Estados de bem-estar social (*Welfare States*). Na Europa, o campo de política pública surge “como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado - o governo -, produtor, por excelência, de políticas públicas”²⁷⁸.

Após a II Guerra Mundial, as relações entre governo e cidadãos foram incrementadas por meio de atividades do setor público, voltadas à implementação de programas sociais. Pesquisadores interessados nas dimensões normativas e morais dos governos começam analisar a natureza da sociedade, o papel do Estado, direitos e responsabilidades dos cidadãos e poder público. “Entretanto, o abismo entre a teoria política prescritiva e as práticas políticas dos estados modernos, que surgiu entre as duas guerras mundiais e durante a guerra fria subsequente, levou muitos estudiosos a procurar outro método para examinar a política”, segundo Michael Howlett *et al.*²⁷⁹ Método esse que conciliasse teoria e prática pela análise, não pelos juízos de valores emitidos pelos funcionários, mas sim pela avaliação sistemática dos produtos (*outputs*) e resultados (*outcomes*) provenientes dos programas implementados pelo governo.²⁸⁰

²⁷⁵ GOMES, Emerson Cesar da Silva. *O direito dos gastos públicos no Brasil*. São Paulo: Almedina. 2015. P. 91.

²⁷⁶ *Ibidem*.

²⁷⁷ *Ibidem*.

²⁷⁸ *Idem*. P. 67.

²⁷⁹ HOWLETT, Michael, RAMES, M. e PERL, Anthony. *Política pública. seus ciclos e subsistemas: Uma abordagem integral*. 1ª ed. 3ª tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier. 2013. P. 21.

²⁸⁰ *Ibidem*.

Essa visão multidisciplinar de Lasswell adicionou estudos de instituições, teoria política e prática política para as atividades governamentais e seus resultados (*outcomes*), e desta forma indicar diretrizes para uma política pública, embora perdure nos dias atuais, sofreu mudanças ao longo dos anos em virtude da complexidade do processo político que tornou os governos resistentes às orientações dadas por quem detinha expertise no assunto.²⁸¹ Ou seja, o campo da política pública muitas vezes é subordinado aos anseios do mundo político.

Neste contexto a concepção de multidisciplinar mudou, a ciência política se tornou uma disciplina em si com terminologia, conceitos e objeto próprio e os analistas de política agora admitem que necessitam de seu suporte científico para entenderem o processo da *policy-making*. Diante da dificuldade de tratamento de muitos problemas públicos, os estudiosos resolveram não só prescrever objetivos e normas específicas, mas também considerar na avaliação de políticas públicas critérios mais simples como efetividade, eficiência e eficácia.

É o que se denomina de *policy oriented*, uso de evidências acerca da importância no contexto nacional, cuja análise de indicadores qualitativos/quantitativos sobre o problema permite dimensioná-lo, vislumbrar obstáculos, fundamentar a tomada de decisão com medidas de adequação e modificação de programas, visando à melhoria da qualidade do seu processo de formulação, implementação e do desempenho da política pública.²⁸²

A política pública como campo holístico abarca várias disciplinas, teorias e modelos analíticos, embora “seja formalmente um ramo da ciência política”²⁸³ a ela não se restringe, pois detém suas próprias modelagens, teorias, conceitos, metodologias e métodos sem se afastar de outras áreas do conhecimento, como a econometria, bastante utilizada nas avaliações (quantitativas/qualitativas) de políticas públicas. Por fim, “políticas públicas, após desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistemas de informações e pesquisas.²⁸⁴ Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação.”²⁸⁵

Sem fazer distinção entre as expressões políticas públicas e programas de governo, o Tribunal de Contas da União (TCU)

²⁸¹ *Idem*. P. 23.

²⁸² DRAIBE, Sonia Miriam. *Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas*. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/handle/11465/1763> Acesso em: 10 jan.2021. P. 18.

²⁸³ *Ibidem*.

²⁸⁴ “Muitas vezes, a política pública também requer a aprovação de nova legislação”, complementa Celina Souza. *Ibidem*.

²⁸⁵ *Ibidem*.

consideram políticas públicas não apenas aquelas explícitas em atos normativos, como por exemplo as constantes dos programas e planos governamentais (plurianuais, nacionais, setoriais, regionais, organizacionais), mas, também, outras ações concretas e diretrizes, emanadas de atores políticos/governamentais, mesmo que não regulamentadas em ato normativo, que orientam a ação, ou inação, estatal e da sociedade quanto ao tratamento de problemas públicos.²⁸⁶

Esse conjunto de programas ou atividades governamentais requerem uma análise *ex ante* de criação, expansão e aperfeiçoamento dessas políticas públicas e são precedidas de um ciclo de ações que proporcionem (i) diagnóstico do problema; (ii) objetivos, ações, público-alvo e resultados esperados; (iii) estratégias de implementação, execução, monitoramento, avaliação e controle; (iv) custo-benefício; e (v) impacto orçamentário e financeiro. Com efeito, as funções de avaliação, monitoramento e direção constituem instrumentos da governança pública, na medida que “os sistemas de avaliação e monitoramento, desenvolvidos para apoiar a implementação e gestão das políticas públicas, geram conhecimento avaliativo e subsidiam os processos decisórios nas organizações.”²⁸⁷

Para traçar as evidências da realidade brasileira e o desenho de nova política pública a ser implementada é preciso analisar como outros Estados identificaram o problema e assim alinhar o enfrentamento de acordo com as metas traçadas e se esses insumos básicos e essenciais estão compatíveis com os compromissos assumidos junto aos organismos internacionais, se existentes, e, desta forma, elaborar a política pública eficaz, utilizando diagnósticos para solucionar eventuais problemas para que não haja solução de continuidade, nem seja alvo de intervenção do Estado. Diante dessa realidade é necessário responder cinco indagações: (i) o que é proposto, (ii) por quem, (iii) para que, (iv) para quem e (v) como.²⁸⁸

As soluções para as disfunções coletivas demandam compreensão e análise de como elas se apresentam e dialogam entre si para fins de priorizar as que são identificadas como principais (causas) ou secundárias (consequências). Quer dizer, se se trata da principal (causa) é óbvio que a secundária (consequência) também será beneficiada, visto que se organiza a política pública

²⁸⁶ TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. *Referencial de Controle de Políticas Públicas*. 2020. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=guid+9020+avalia%C3%A7%C3%A3o+de+pol%C3%ADticas+p%C3%BAblicas&oq=guid+9020+avalia%C3%A7%C3%A3o+de+pol%C3%ADticas+p%C3%BAblicas&aqs=chrome..69i57l6190j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8> Acesso em: 9 jan.2021. P. 17.

²⁸⁷ TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. *Sistemas de Avaliação e Monitoramento da Administração Pública*. Acórdão n. 1209/2014 - TCU - Plenário. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PV4w5Wgu1lsJ:https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/sistemas-de-avaliacao-e-monitoramento-da-administracao-publica.htm+%cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 9 jan.2021.

²⁸⁸ AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: GUIA PRÁTICO DE ANÁLISE *EX ANTE*, volume 1/ Casa Civil da Presidência da República, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Brasília : Ipea, 2018. v. 1 (192 p.). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180319_avaliacao_de_politicas_publicas.pdf Acesso em: 22 out.2020. P. 72.

intervindo no cenário comunitário através das ações de especialistas e gestores públicos elencando as prioridades, as urgências, os fatores intervenientes que causam a tensão social e pressionam a prestação de serviços públicos.

A identificação do problema requer o levantamento de evidências com o intuito de delinear através dos indicadores quantitativos/qualitativos, o problema a ser enfrentado, as causas potenciais e a articulação prévia à implementação da política, projetando o seu horizonte. O uso de evidências possibilita a tomada de decisão mais adequada, com maior transparência aos envolvidos, assim como compartilha as decisões sobre a alocação dos recursos públicos, incrementando a figura da *accountability*²⁸⁹ por meio do controle social da política pública, a qual estabelece critérios para julgar e aprovar ações, decisões e resultados referentes a essa política.

A *accountability* dos decisores políticos encontra amparo no Decreto n. 8.777/2016 que regulamenta a Política de Dados Aberto no âmbito do Poder Executivo federal prevista na Lei n. 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação - LAI), a qual estabelece uma política de transparência e publicidade, com indicadores legais para a divulgação de forma aberta, clara e estruturada por rede mundial de dados que não estejam sob sigilo ou restrição de acesso. Quer dizer, o referido ato normativo, Decreto n. 8.777/2016, estipula regras para o uso de bases de dados, assegurando por parte da sociedade a possibilidade de uso das informações para fins de monitorar e avaliar a efetividade (conceito relacionado aos resultados) e a eficácia (conceito relacionado ao grau de alcance das metas programadas) e a da política em referência.

O acesso às informações é relevante para detectar a natureza, a abrangência, a dimensão da adversidade identificada através de estudos, bases de dados públicos, mapeamento de políticas já implementadas ou descontinuadas, informações estatísticas, socioeconômicas e territoriais, de modo a evidenciar o diagnóstico do problema da política em proposição, proporcionando ferramentas ao gestor para melhor compreensão deste e também das dificuldades que, porventura, surjam na implementação da nova política e, assim, evitar incorrer em falhas já existentes.

Identificado o problema é preciso reconhecer a razão para justificar a intervenção estatal. Se se trata de um preceito constitucional, de uma atribuição legal do Estado ou de externalidades negativas advindas da economia de mercado. Feito o diagnóstico do panorama socioeconômico a partir da constatação da presença de um problema, inicia-se a etapa seguinte de modulação de

²⁸⁹ É o conjunto de procedimentos que levam os gestores públicos a prestarem contas dos resultados de suas ações, garantindo-se maior transparência e a exposição das políticas públicas.

política capaz de extirpar ou atenuar o problema propondo soluções através de ações governamentais, com custos e benefícios detalhados.

As etapas caracterizadoras da política pública são desenvolvidas em ciclos, uma fase de cada vez, que se retroalimentam entre si: os dados colhidos em estágio anterior subsidiam o próximo módulo sem a obrigatoriedade de seguir uma ordem cronológica. Ou seja, o que importa é definir a extensão e multiplicidade do objetivo (para quê?), a amplitude do público-alvo a ser alcançado (para quem?), as ações públicas implementadas, por intermédio de instrumentos e mecanismos (como?), e os resultados e metas almejados com a política traçada, como também a definição, as atribuições e o papel desempenhados pelos atores sociais envolvidos.²⁹⁰

Os dados colhidos nessa fase indicam as evidências a serem utilizadas na formatação e na implantação de uma política pública, como também a estimativa de tempo dispendido para a sua implantação, a duração dos impactos produzidos na adoção da ação pública, o montante de recursos financeiros que serão absorvidos, a minimização dos custos envolvidos e a maximização dos resultados/metastas e dos benefícios sociais, assim como a delimitação do público-alvo envolvido pelo problema que será atendido e priorizado pela nova política, devido à limitação imposta por diversos aspectos, como a restrição do dinheiro público.

Delimitado o problema e descrito o perfil de forma eficiente da comunidade atingida por ele é possível incrementar os efeitos positivos almejados pelos atores sociais e com isso atenuar os efeitos negativos dos contemplados pela política implementada.

Nesse contexto exibido é possível levantar alguns pontos que devem ser considerados para fins de se evitar o insucesso da ação pública. São eles:²⁹¹

(i) a relação entre mercado e população a respeito dos incentivos gerados pela nova política a propiciar um ambiente social estável aos envolvidos, visto que alocação de recursos influi no custo-benefício de bens e serviços e as distorções devem ser evitadas; (ii) o local, seja geográfico (onde reside o público-alvo) ou institucional (onde a instituição atua ou concentra seu poder de atuação), é crucial para inibir contratempos que podem alargar ou restringir as desigualdades socioeconômicas e diversidades regionais por todo habitat nacional; (iii) a progressividade da ação governamental no sentido de identificar o grau de benefício/oneração proporcionado benesses aos atores sociais da nova política; (iv) o reconhecimento da população elegível que esteja abrangida pelo problema identificado, assim como os dados sociais, econômicos, demográficos e da localização geográfica da população que será priorizada; (v) as

²⁹⁰ *Idem.* P. 73.

²⁹¹ *Idem.* P. 72.

metas quantitativas/qualitativas são relevantes para a avaliação da eficiência e eficácia/efetividade da política proposta e os resultados estimados atinentes aos produtos/benefícios para o ano da implantação e ainda os dois anos subsequentes (art. 16, II da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) - Lei Complementar (LC) n. 101/2000)²⁹² visando evitar solução de continuidade da ação pública.

A formulação de políticas públicas depende da interação dos atores sociais envolvidos - agentes estatais (diversas esferas de governo) e não estatais (setor privado e sociedade civil). Esse movimento de interação de múltiplos interesses, por vezes até antagônicos, conhecimentos técnicos diferentes e graus diversos de poder político e econômico evita, atenua e controla os riscos, porventura surgidos durante o processo de formulação da ação pública, visto que as ações políticas escolhidas devem refletir as alternativas que abordam a melhor forma de arranjo institucional de articulação entre os participantes envolvidos.

A transformação impulsionada por esse processo político de elaboração é de ordem interna (com ação de agentes e instituições públicas) e extramuros (com atuação da sociedade e da iniciativa privada) composto de definições sobre a natureza dos problemas, objetivos coletivos traçados, metas determinantes e determinadas que se não forem potencialmente operacionalizadas podem comprometer a condução da política pública, causando conflitos e tensões entre os atores sociais e impondo barreiras por ausência de integração e coordenação social ao setor público, o que causará comprometimento na gestão de governança.

Para concretizar políticas públicas é preciso observar que o Estado desenvolve papel de regulação, prestação de serviços ou de investimentos, sendo crucial traçar metas e finalidades para alcançar os resultados esperados. Tudo isso demanda cautela especial com governança pública, ante o cenário de que essa boa governança depende de ações coordenadas estatais baseadas na premissa ética da eficiência. Exemplos de políticas públicas formuladas e implementadas na modalidade de programas sociais e que, durante um período de tempo, indicaram a aplicação dos preceitos de boa gestão de governança, podem aqui ser exemplificados, a saber: (i) Programa Bolsa Família (Lei n. 10.836/2004), (ii) Fundo de Financiamento Estudantil (FIES/Lei n. 10.260/2001), (iii) Programa Cartão Reforma (Proposta de nova política: criação de política voltada à melhoria habitacional/Decreto n. 9.084/2017), (iv) Programa Minha Casa Minha Vida (PMCMV/Lei n. 11.977/2009).²⁹³

²⁹² Art. 16 - A criação, expansão ou aperfeiçoamento de ação governamental que acarrete aumento da despesa será acompanhado de: I - estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que deva entrar em vigor e nos dois subsequentes;

²⁹³ *Idem*. P. 82.

Ademais, essa preocupação é reforçada durante as etapas de criação, execução e aporte financeiro das ações públicas por força do pacto intragovernamental nos níveis de atribuições exclusivas, comuns e concorrentes dos entes federativos, conforme prevê os artigos 21 a 24 da CRFB/88. Nos diferentes níveis de governança é fundamental que as ações estejam afinadas, articuladas e coordenadas num eficiente sistema de controle social capaz de aferir mecanismos e estratégias de monitoramento das demandas sociais e avaliar políticas públicas de qualidade em prol da sociedade.

No campo das conquistas constitucionais, o Estado brasileiro expandiu nas áreas do planejamento integrado, governança, regionalização, descentralização das políticas públicas, participação e delegação mais ampla de atores não estatais e da sociedade civil, possibilitou transparência, monitoramento e expandiu o marco legal e seu poder regulatório. No entanto “o processo de construção do desenho institucional de uma política nunca acaba”, complementa Marta Arretche.²⁹⁴ Segundo a autora, o que impulsiona esse processo de contínuo aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão da política pública é o esboço resultante do “conflito entre distintos grupos burocráticos e de interesse e os grupos perdedores estão permanentemente buscando oportunidades políticas para introduzir os mecanismos institucionais que mais lhes interessam”.²⁹⁵

Fica assim delineada uma agenda democratizante, cujas funções administrativas são distribuídas entre os níveis de governo com atribuições de gestão envolvendo delegações de funções e transferência de recursos com ênfase na descentralização das políticas, na articulação entre os programas sociais e na participação do cidadão nas etapas de formulação e implementação de políticas públicas.

Doutra banda, a estrutura de organização federativa do Estado se baseia na maleabilidade para legitimar e conceber novas formas de governança regional e espécies de parcerias territoriais, com peculiaridades locais variáveis e diversos projetos instituídos e compartilhados entre as esferas governamentais com participação de atores sociais, integrantes do poder público, iniciativa privada e cidadão.

No entanto, um aspecto importante na estrutura federativa nacional fica evidente com a LRF, estabelecida pela LC n. 101/2000: enquanto a União ganha reforço priorizando superávits primários e restringindo repasses de recursos aos demais entes federativos, as demandas por

²⁹⁴ ARRETCHE, Marta. *Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia*. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a02v08n2.pdf>. Acesso em: 23 jan.2021. P. 332.

²⁹⁵ *Ibidem*.

ações que influenciam o aumento de gastos sociais não param de crescer apontando não só um papel secundário dos estados na coordenação descentralizada dessas ações, mas também indicando um processo de limitação de políticas públicas realizadas pelos municípios por carência de recursos, onde a pressão social é expressiva, em virtude de sua massa populacional urbana ser significativa.

Diante desse quadro, em 2003, através de um protocolo de cooperação federativa, foi criado o Comitê de Articulação Federativa (CAF), instituído pelo Decreto n. 6.181/2007²⁹⁶, considerado o principal espaço de articulação do governo federal com os municípios, cuja competência (art. 2º) era: (i) contribuir para a formulação de políticas públicas federativas a serem implementadas pelos órgãos e entidades da administração pública federal; (ii) sugerir projetos e ações que visem ao aperfeiçoamento das relações intergovernamentais e promovam o fortalecimento da Federação; (iii) sugerir procedimentos que promovam a integração das ações, no âmbito da administração pública federal, voltadas ao fortalecimento da capacidade financeira, técnica e gerencial dos governos municipais; (iv) atuar como instância de articulação e mobilização dos entes públicos e da sociedade, para o aperfeiçoamento da integração e do relacionamento entre os entes federativos; e (v) realizar estudos e estabelecer estratégias que fundamentem propostas legislativas e administrativas tendentes a maximizar o diálogo, a cooperação e a solidariedade entre os entes federativos. Em resumo, o CAF fora criado com a finalidade de “promover a articulação na formulação de estratégias e implementação de ações coordenadas e cooperativas entre as esferas federal e municipal de governo, para atendimento das demandas da sociedade e aprimoramento das relações federativas” (art. 1º).

Nota-se que o modelo federativo brasileiro é um desafio de governança se se levar em consideração que tal espécime mescla autonomia e reciprocidade entre entes federativos numa conjuntura de grandes diversidades e desigualdades e proposições de políticas públicas universais. As relações intergovernamentais passam a exigir melhor desempenho governamental, com intensas “pressões por economia (cortar gastos e custos), eficiência (fazer mais com menos) e efetividade (ter impacto sobre as causas dos problemas sociais) – três tópicos que dependem, em países federativos, de maior coordenação entre as esferas político-administrativas na gestão das políticas públicas”, como afirma Fernando Luiz Abrucio.²⁹⁷

²⁹⁶ Revogado pelo Decreto n. 9.784, de 2019.

²⁹⁷ ABRUCIO, Fernando Luiz. *A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula*. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsocp/n24/a05n24.pdf> Acesso em: 21 jan.2021. Págs. 41/42.

Ainda em 2009, o TCU²⁹⁸ aponta deficiências na estrutura organizacional, nos sistemas de informação e nos controles internos da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) com relação aos recursos do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Por meio da metodologia COSO (*Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*) avaliou as cinco dimensões que integram os controles internos do FNDE, tais como (i) ambiente de controle (integridade e ética, competência profissional, estrutura organizacional), (ii) avaliação dos riscos (estabelecimento de objetivos, identificação dos riscos, análise dos riscos), (iii) atividades de controle (FNDE) não dispunha de um sistema de informação), (iv) informação e (v) comunicação, monitoramento. Como resultado dessa avaliação impôs à SUDENE que promovesse, no âmbito de sua área de atuação, “reuniões envolvendo, além da pasta da cultura, secretarias de estado de outras áreas com o objetivo de viabilizar uma maior articulação entre os entes federativos para a promoção do desenvolvimento regional”. Em suma, o TCU esquadrihava a definição conceitual de governança pública.

No ano de 2014 o TCU lança o “Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas”²⁹⁹, para fins de orientar as questões estruturantes da Administração Pública no tocante às formulações de políticas públicas, a otimização de seus processos, como são implementadas, avaliadas e se apresentam resultados efetivamente transformadores, à altura das expectativas da população.

A esse contexto de análise dos órgãos e entidades da Administração Pública no trato da coisa pública e da governança institucional das políticas públicas denomina-se de “governança pública”, termo que detêm significados múltiplos, resultantes de diferentes panoramas e abordagens de análise aplicáveis, sob o prisma de diversos tipos de governanças, a saber: a corporativa, a participativa, a global, a de tecnologia da informação (TI), a ambiental, a local, a de Organizações não Governamentais (ONGs) e a sustentável, emprestando o TCU o conceito de Rachel M. Gisselquist.³⁰⁰

No âmbito das organizações do setor público, de acordo com o TCU, a análise ocorre sob quatro perspectivas de observação: (i) Estado e sociedade, (ii) entes federativos, esferas de

²⁹⁸ ATA Nº 33, DE 8 DE SETEMBRO DE 2010. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A14D7BBDF2014D8BB7D76D0128> Acesso em: 21 jan.2021. P. 24.

²⁹⁹ REFERENCIAL PARA AVALIAÇÃO DE GOVERNANÇA EM POLÍTICAS PÚBLICAS. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A14DDA8CE1014DDFC404023E00> Acesso em: 21 jan 2021.

³⁰⁰ Citado em Nota de Rodapé. *Idem*. P. 9.

poder e políticas públicas, (iii) órgãos e entidades, e (iv) atividades intragovernamentais, com foco na formulação, implementação e efetividade da governança corporativa (entes federativos, esferas de poder e políticas públicas).³⁰¹

O modelo metodológico utilizado pelo TCU já fora anteriormente empregado para avaliação da governança da Política Nacional de Desenvolvimento Regional - PNDR³⁰² e apoiado nos quatro pilares de boa governança pública desenvolvidos por Brainard Guy Peters: (i) metas coletivas indicadas de forma legítima pela sociedade, pois a depender do processo político e da classificação a que for alçada, diz o autor, a saúde mental, por exemplo, será uma questão de saúde, de serviço social ou de segurança pública, “uma ou outra organização dentro do setor público terá responsabilidade sobre ela e os recursos a ela associados.”³⁰³; (ii) coerência entre as políticas públicas e coordenação entre os diversos atores sociais para sua efetivação; (iii) implementação de políticas públicas que visam as metas já selecionadas para o setor público; (iv) responsabilização, controle e avaliação, formas de *accountability*, proporcionando capacitação e aperfeiçoamento contínuos circundando todas as extensões de transparência da ação pública.

A preocupação ditada pela CRFB/88 a respeito do significado de governança é reforçada pelo Estatuto da Metrópole, Lei n. 13.089/2015, quando define em seu art. 2º, inciso IV o conceito de governança interfederativa como “compartilhamento de responsabilidades e ações entre entes da Federação em termos de organização, planejamento e execução de funções públicas de interesse comum” e em seu inciso IX do mesmo dispositivo legal identifica governança interfederativa das funções públicas de interesse comum como “compartilhamento de responsabilidades e ações entre entes da Federação em termos de organização, planejamento e execução de funções públicas de interesse comum, mediante a execução de um sistema integrado e articulado de planejamento, de projetos, de estruturação financeira, de implantação, de operação e de gestão.”³⁰⁴

As funções de governança pública (avaliar, direcionar e monitorar) para que sejam realizadas necessitam de estratégias que envolvem a definição de diretrizes, objetivos, planos e

³⁰¹ *Idem*. P. 10.

³⁰² ATA Nº 33, DE 8 DE SETEMBRO DE 2010. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Acórdão n. 2.919/2009-TCU- Plenário e TC 033.934/2011-8. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A14D7BBDF2014D8BB7D76D0128> Acesso em: 21 jan 2021. P. 179.

³⁰³ PETERS, B. Guy. *O que é governança?* In Revista do Tribunal de Contas da União, ano 45, n. 127 (pp. 28 a 33). Brasília, 2013. Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/download/87/85> Acesso em: 21 jan.2021. P. 30.

³⁰⁴ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13089.htm Acesso em: 21 jan.2021.

ações, além de critérios de priorização e alinhamento entre organizações públicas e partes interessadas (sociedade e setor privado) para que os serviços e produtos de responsabilidade da ação pública alcancem o resultado pretendido³⁰⁵ com a maximização dos resultados.

As práticas de governança se desdobram em planos de (i) ação, (ii) organização, (iii) monitoramento, (iv) avaliação de riscos, (v) execução, (vi) acompanhamento de resultados e soluções para melhoria do desempenho das organizações e (vii) instrumentos de promoção do processo decisório fundamentado em evidências (art. 6º, parágrafo único, III do Decreto n. 9.203/2017)³⁰⁶, alicerçadas nos princípios da transparência, integridade e responsabilidade ou dever de prestar contas (*accountability*).

O artigo 30 do Decreto n. 9.191/2017 indica como competente para executar a análise *ex ante* o Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP) quando considerada estratégica pelo Comitê Interministerial de Governança (CIG).³⁰⁷

Em reforço ao dispositivo legal acima, o artigo 4º do Decreto n. 9.203/2017³⁰⁸ que instituiu a política de governança da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional realça como uma das diretrizes da governança pública “avaliar as propostas de criação, expansão ou aperfeiçoamento de políticas públicas e de concessão de incentivos fiscais e aferir, sempre que possível, seus custos e benefícios” instituindo no art. 7º-A o CIG com a finalidade de assessorar o Presidente da República na condução da política de governança da Administração Pública federal.

O artigo 2º, inciso I do referido Decreto define governança pública como conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade³⁰⁹, cujos princípios são: (i) capacidade de resposta; (ii) integridade; (iii) confiabilidade; (iv) melhoria regulatória; (v) prestação de contas e responsabilidade; e (vi)

³⁰⁵ Art. 5º, II do Decreto n. 9.203/2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9203.htm Acesso em: 21 jan.2021.

³⁰⁶ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9203.htm Acesso em: 21 jan.2021.

³⁰⁷ Reportando-se ao art. 11 do Decreto n. 10.321, de 15 de abril de 2020 que assim estabeleceu. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.321-de-15-de-abril-de-2020-252726412> Acesso em: 21 jan.2021.

³⁰⁸ A Instrução normativa n. 24/2020 que dispõe sobre a elaboração, avaliação e revisão do planejamento estratégico institucional dos órgãos e das entidades da administração pública federal integrantes do Sistema de Organização e Inovação Institucional do Governo Federal - SIOIG, estruturado nos termos do art. 21 do Decreto n. 9.739/2019 em seu art. 2º, inciso IV replica o aludido conceito. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-normativa-n-24-de-18-de-marco-de-2020-251068261> Acesso em: 21 jan.2021.

³⁰⁹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9203.htm Acesso em: 10 jun.2020.

transparência (art. 3º)³¹⁰, e com os seguintes mecanismos para o exercício desta: (1) liderança, que compreende conjunto de práticas de natureza humana ou comportamental exercida nos principais cargos das organizações, para assegurar a existência das condições mínimas para o exercício da boa governança, quais sejam: (a) integridade; (b) competência; (c) responsabilidade; e (d) motivação; (2) estratégia, que compreende a definição de diretrizes, objetivos, planos e ações, além de critérios de priorização e alinhamento entre organizações e partes interessadas, para que os serviços e produtos de responsabilidade da organização alcancem o resultado pretendido; e (3) controle, que compreende processos estruturados para mitigar os possíveis riscos com vistas ao alcance dos objetivos institucionais e para garantir a execução ordenada, ética, econômica, eficiente e eficaz das atividades da organização, com preservação da legalidade e da economicidade no dispêndio de recursos públicos (art. 5º).

A dimensão do processo de formulação, implementação e regulação da política pública é sistema que conta com a participação dos decisores políticos para financiar e coordenar as decisões intergovernamentais entre governo federal e locais. De outro lado, a sociedade civil, através da prática de negociação e consulta, reivindica a ação pública modelada conforme suas necessidades, executada e regulada por provedores de serviços – públicos e privados –, de forma a atender com eficiência e baixos custos de operação.³¹¹

Soma-se a este cenário a peculiar estrutura político-administrativa prevista na CRFB/88, onde os três níveis federativos de governo (União, estados e municípios) são autônomos e independentes entre si, sem vinculação hierárquica, e com características bastante heterogêneas quanto ao espaço geográfico-populacional, as condições técnico-operacionais, a disponibilização e alocação de recursos orçamentários, a programação e execução físico-financeira, as estratégias de regulação do acesso, o controle, a avaliação e a organização funcional desempenhada pelas entidades para identificar as prioridades da população e, desta forma, consolidar e aprimorar a ação pública.

O monitoramento e avaliação de políticas públicas requer um movimento contínuo de concertação dos três entes federativos, entrelaçados por objetivos setoriais, para levantamento de indicadores provenientes dos dados levantados, ordenados e comparados que apontarão o caminho a ser seguido durante a análise de diagnóstico, se a continuidade da ação pública ou adequação imediata da iniciativa social. Por fim, “políticas públicas, após desenhadas e

³¹⁰ O Decreto n. 8.777/2016 estabeleceu a política de dados aberto no âmbito do poder Executivo federal ampliando a atuação do governo nas ações de transparência dispostas na Lei n. 12.527/2011 - Lei de Acesso à Informação (LAI).

³¹¹ *Idem*. P. 337.

formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação”, elucida Celina Souza.³¹²

Para Theodore Lowi³¹³ os tipos de formulação e avaliação de políticas públicas passam por quatro formatos: (i) políticas distributivas, onde a decisão governamental não é constrangida por limitação de recursos financeiros e tem como intuito contemplar com a oferta de serviços públicos interesses clientelistas de determinado grupo de eleitores, despida de critérios legais e universais, privilegiando determinado grupo ou região em detrimento do todo; (ii) políticas regulatórias, que são mais visíveis ao público de determinado setor, as decisões são tomadas com base em regras gerais, envolvendo burocracia administrativa, políticos e grupos de interesse. Na “elaboração/implementação de políticas regulatórias, o relacionamento dos elementos de liderança grupal entre si e com os pontos de acesso ao governo é demasiado instável para formar uma elite única organizadora da política”³¹⁴; (iii) políticas redistributivas envolvem relações entre amplas categorias de indivíduos e impõem perdas reais num curto espaço de tempo para determinadas classes sociais, e expectativas de ganhos para outros; envolvem políticas públicas sociais amplas e universais como o sistema de saúde, o sistema tributário, o sistema prisional e são processos políticos que tramitam com maior dificuldade. “As questões que envolvem redistribuição, mais do que quaisquer outras, implicam divisões em termos do que se pode chamar, grosso modo, de divisões de classes sociais, ativando interesses com uma amplitude dessa espécie”³¹⁵; (iv) políticas constitutivas, “que lidam com procedimentos. Cada uma dessas políticas públicas vai gerar pontos ou grupos de vetos e de apoios diferentes, processando-se, portanto, dentro do sistema político de forma também diferente.”³¹⁶

O processo de avaliação é um dos instrumentos indicados como forma de otimizar os recursos orçamentários. O teto dos gastos públicos³¹⁷, que congelou até 2036 a despesa primária da União, reforça a questão dos procedimentos de avaliação, para decisão sobre expandir ou reduzir políticas. Impõe fazer e justificar as escolhas. O relator da Proposta de Emenda à Constituição n. 241-A/ 2016, Deputado Darcísio Perondi, cita, expressamente, que, quanto à

³¹² *Idem*. P. 26.

³¹³ LOWI, Theodore. *Distribuição, regulação, redistribuição: as funções do governo*. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5066893/mod_resource/content/1/Distribuicao-Regulacao-Redistribuicao-Lowi.pdf Acesso em: 12 fev.2021. P. 2/5.

³¹⁴ *Idem*. P. 9.

³¹⁵ *Idem*. P. 15.

³¹⁶ *Idem*. P. 28.

³¹⁷ O Novo Regime Fiscal / Emenda Constitucional n. 95/2016.

política fiscal “em sua formulação devem estar considerados mecanismos de acompanhamento e procedimentos corretivos apropriados”³¹⁸. Aponta, ainda, a transparência como mecanismo de monitoramento ao destacar que “o Tesouro Nacional, o Ministério do Planejamento e o Banco Central do Brasil produzem mensalmente dados e estatísticas reconhecidamente confiáveis, dentro de padrões metodológicos rigorosos e de comparabilidade internacional”³¹⁹, possibilitando à sociedade em geral “acompanhar o cumprimento da regra, como já permite verificar o atingimento do resultado primário fixado para cada exercício desde o surgimento da Lei de Responsabilidade Fiscal.”³²⁰ E vai mais longe ao elencar, dentre várias características, a necessidade de se avaliar a robustez, a credibilidade e a exequibilidade de uma regra fiscal, esta deve “ser simples, ou seja, de fácil aplicação, compreensível para a opinião pública e clara quanto aos indicadores a serem monitorados. O monitoramento dos gastos federais é possibilitado a toda a sociedade.”³²¹ E havendo falhas em sua execução, o monitoramento especifica “os mecanismos de correção a serem acionados automaticamente e as medidas para corrigir os desvios dentro de um prazo definido.”³²²

A adoção dos procedimentos de avaliação impõe ao poder público a opção de escolha entre expandir ou restringir tais ações públicas, sempre praticada de forma transparente, a fim de proporcionar o engajamento da sociedade no processo de monitoramento e avaliação das políticas públicas. É preciso ter um processo sistematizado, um claro cronograma de execução, com as etapas de início, meio e fim estabelecidas para se saber como estão sendo conduzidas as avaliações e quem está realizando.

A revisão de gastos (*spending review*) é o insumo em que se decide reduzir, ampliar ou extinguir a ação governamental com nova priorização de despesas. Ou seja, as avaliações devem se conectar com o processo orçamentário. O *spending review* é a lista de políticas públicas que podem ser revistas para abrir gastos, pois se observa as avaliações e mensura o que pode ser redefinido com nível de despesas. A avaliação *ex-ante* também é importante antes da criação da política pública como importante documento técnico por indicar uma avaliação sistematizada de quais os problemas serão solucionados.³²³

³¹⁸ COMISSÃO ESPECIAL - PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO Nº 241-A, DE 2016. Trecho do Relatório do Deputado Darcísio Perondi, Relator da Proposta de Emenda à Constituição n. 241-A, de 2016. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node01r9ynhm5stgqz3bm6zttkfmxq658700.node0?codteor=1495741&filename=Tramitacao-PEC+241/2016 Acesso em: 12 fev.2021. P 35.

³¹⁹ *Idem*. Págs. 25/26, 31/32.

³²⁰ *Idem*. P. 35.

³²¹ *Idem*. P. 36.

³²² *Ibidem*.

³²³ AFONSO, José Roberto R. e RIBEIRO, Leonardo. *Revisão dos gastos públicos no Brasil*. Disponível em: <https://observatorio-politica-fiscal.ibre.fgv.br/sites/observatorio-politica->

A institucionalização da avaliação de políticas públicas surge com o Comitê de Monitoramento e Avaliação dos Subsídios da União (CMAS) regulamentado através do Decreto n. 9.588/2018 visando avaliar as políticas financiadas através de subsídios³²⁴, sendo revogado por meio do Decreto n. 9.834/2019 que instituiu o Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP) órgão criado para coordenar as avaliações do governo federal com status de conselho consultivo dividido em comitês para apoiá-lo nas decisões, cuja finalidade é: (i) avaliar as políticas públicas selecionadas, que são financiadas por gastos diretos ou subsídios da União;³²⁵ e (ii) monitorar a implementação das propostas de alteração das políticas públicas resultantes da avaliação, em consonância com as boas práticas de governança. (Art. 1º, incisos I e II).

Outro aspecto crucial da avaliação é a necessidade de o cronograma de análise estar atrelado diretamente ao Orçamento, já enfatizado na NOAS-SUS 01/2001³²⁶ como mecanismo de controle e avaliação pelo gestor público com o devido acompanhamento do orçamento público em saúde. Tanto assim que o Plano Plurianual (PPA 2020/2023)³²⁷, Lei n. 13.971/2019, regulamentado pelo Decreto n. 10.321/2020, como um processo sistemático, integrado e institucionalizado de análise das políticas públicas e em seu artigo 16³²⁸, estabelece que a avaliação das ações públicas será realizada no âmbito do CMAP, cujo objetivo é aprimorar os programas e a qualidade das ações públicas financiadas por gastos diretos e subsídios da União, selecionadas anualmente a partir de critérios de materialidade, criticidade e relevância.³²⁹

fiscal.ibre.fgv.br/files/u52/ze_leonardo_conjuntura_economica_2020_09_baixa.pdf Acesso em: 15 fev.2021. P. 21.

³²⁴ Subsídios entendidos como conjunto de benefícios de natureza tributária, financeira e creditícia.

³²⁵ Para fins do disposto neste Decreto, consideram-se: I - políticas públicas financiadas por gastos diretos - aquelas financiadas por meio de dotações consignadas no Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União ou por recursos dos fundos geridos pela União; II - subsídios da União - o conjunto de benefícios de natureza tributária, financeira e creditícia de que trata o § 6º do art. 165 da Constituição. (Art. 1º, § 1º, I, II)

³²⁶ Item 37.5 da Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001 que disciplina a NOAS-SUS 01/2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS). Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html#:~:text=A%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20das%20Normas%20Operacionais,os%20munic%C3%ADpios%2C%20um%20conjunt%20de Acesso em: 15 fev.2021.

³²⁷ Lei n. 13.971, de 27 de dezembro de 2019 institui o Plano Plurianual da União para o período de 2020 a 2023 (PPA 2020-2023). Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/institucional/institucional-1> Acesso em: 15 fev.2021.

³²⁸ Art. 16. A Avaliação prevista no art. 14 desta Lei será realizada no âmbito do Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP) e contemplará avaliações de políticas públicas financiadas por gastos diretos e subsídios da União, selecionadas anualmente a partir dos programas dispostos no Anexo I desta Lei. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/institucional/institucional-1> Acesso em: 15 fev.2021.

³²⁹ Art. 14. A avaliação do PPA 2020-2023 consiste em processo sistemático, integrado e institucionalizado de análise das políticas públicas, com objetivo de aprimorar os programas e a qualidade do gasto público. § 1º A escolha das políticas que constarão da lista anual de avaliações ocorrerá segundo critérios de materialidade, criticidade e relevância.

O aperfeiçoamento e o monitoramento das políticas públicas em execução incidirão sobre os programas finalísticos e os seus objetivos, as suas metas e os seus indicadores, que também poderá ser subsidiado pelas informações referentes ao processo de acompanhamento das ações orçamentárias e não orçamentárias (art. 8º, Decreto n. 10.321/2020). A respeito da abrangência do termo ação orçamentária das políticas públicas é necessário que: (i) a mesma esteja vinculada a um projeto de investimento e este condicionado à existência de crédito orçamentário específico, cujo conceito, previsto no §15 do art. 165 da CRFB/88, significa (ii) o conjunto de despesas em obras, desenvolvimento de equipamentos, aquisição de equipamentos e demais despesas associadas ao projeto, como estudos, projetos, supervisão e fiscalização da execução, desapropriações e medidas compensatórias de ordem ambiental e social, com prazos de início e fim definidos, destinado à ampliação do estoque de ativos de infraestrutura econômica, social, administrativa ou militar, ou por meio da intervenção em ativo de infraestrutura existente que resulte, no último caso, em melhorias que alterem as características originais do ativo de infraestrutura.³³⁰

A transparência e o engajamento da sociedade no processo de monitoramento e avaliação das políticas públicas diz respeito ao seu processo de governança composto por iniciativas relacionadas à coordenação, à integração e à implementação de políticas públicas e por práticas relacionadas com ações de liderança, estratégia e controle³³¹, com vistas a tornar eficiente a execução orçamentária e financeira e manter a responsabilidade fiscal, a estruturação de financiamento de suas receitas à base de tributos, renúncias tributárias, benefícios creditícios e financeiros.

No tocante à avaliação e revisão de políticas públicas é possível reenquadrar programa orçamentário com vistas a proporcionar aderência à realidade de implementação das políticas públicas, desde que seja efetuado: (i) a compatibilização com as leis orçamentárias anuais e leis de crédito adicional, no prazo de cento e vinte dias após a publicação da Lei Orçamentária Anual, podendo (a) alterar o valor global dos programas; (b) adequar as vinculações entre ações

§ 2º O Poder Executivo dará publicidade, por meio de sítio eletrônico, sobre os montantes de recursos dos programas classificados em gasto direto ou em subsídio.

§ 3º O Poder Executivo encaminhará anualmente ao Congresso Nacional relatório contendo os resultados e as recomendações das avaliações. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/institucional/institucional-1> Acesso em: 15 fev.2021.

³³⁰ Consoante o art. 15 do Decreto n. 10.321/2020. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/institucional/institucional-1> Acesso em: 15 fev.2021.

³³¹ Arts. 1º, § 1º e 7º, § único, ambos do Decreto n. 10.321/2020. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/institucional/institucional-1> Acesso em: 15 fev.2021.

orçamentárias e programas; (c) revisar ou atualizar metas; e (d) revisar ou atualizar os investimentos plurianuais em até vinte e cinco por cento do valor total previsto para os conjuntos de investimentos discriminados, conforme a Lei n. 13.971/2019 e anexos³³²; (ii) para alteração das metas; (iii) para inclusão, exclusão ou alteração dos seguintes atributos: (a) unidade responsável por programa; (b) valor global do programa, em razão de alteração de fontes de financiamento com recursos não orçamentários; e (c) montante de recursos dos programas classificados em gasto direto ou em subsídio; e (iv) para alteração dos atributos gerenciais dos programas, definidos em ato da autoridade competente³³³, ficando a Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria da Secretaria Especial de Fazenda do Ministério da Economia (Secap/Fazenda/ME) a exercer as atividades de órgão responsável pelo apoio técnico e administrativo ao CMAP.³³⁴

De acordo com a página oficial do governo federal “as atribuições, a estrutura e a composição do CMAP possibilitarão à Administração Pública federal formular políticas públicas baseadas em evidências, assim como tomar decisões sobre execução orçamentária e financeira de forma mais eficiente.”³³⁵

Com efeito, quanto ao ciclo de avaliação de políticas públicas destaca-se o art. 37, §16 da CRFB/88³³⁶. Inserido por intermédio da EC n. 109/2021³³⁷ que trata de ajuste fiscal no contexto da pandemia, o texto constitucional tem por característica ser, especialmente, deslocado da matéria original apresentada.

O Projeto de Lei (PL) n. 1.031/2022³³⁸ regulamenta o art. 37, §16 da CRFB/88 para dispor sobre a avaliação de políticas públicas no âmbito da Administração Pública federal, e altera a LRF para instituir anexo de avaliação de políticas públicas à lei de diretrizes orçamentárias.

³³² Art. 21, § 2º do art. 16 da Lei n. 13.971/2019. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/institucional/institucional-1> Acesso em: 15 fev.2021.

³³³ Art. 13 do Decreto n. 10.321/2020. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/institucional/institucional-1> Acesso em: 15 fev.2021.

³³⁴ Portaria ME n. 401, de 3 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-me-n-401-de-3-de-dezembro-de-2020-292422136> Acesso em: 15 fev.2021.

³³⁵ Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/institucional/institucional-1> Acesso em: 15 fev.2021.

³³⁶ § 16. Os órgãos e entidades da administração pública, individual ou conjuntamente, devem realizar avaliação das políticas públicas, inclusive com divulgação do objeto a ser avaliado e dos resultados alcançados, na forma da lei.

³³⁷ Emenda Constitucional n. 109, de 15 de março de 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp109.htm Acesso em: 17 set.2022.

³³⁸ Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node01pc1rbnl83fp04xo66kzpa_rmo14287878.node0?codteor=2160804&filename=PL+1031/2022 Acesso em: 17 set.2022.

O art. 2º do PL n. 1.031/2022 estabelece que a avaliação de políticas públicas tem por objetivo promover o aperfeiçoamento da gestão pública, e compreenderá, de forma sistemática, integrada e contínua: (i) o monitoramento da economicidade, da efetividade, da eficácia e da eficiência das políticas públicas; (ii) a avaliação periódica e anual de desempenho de todos os programas com orçamento superior a R\$ 100 milhões; (iii) avaliação periódica e anual, por amostragem, e de modo aleatório, de um subconjunto de programas com orçamento inferior a R\$ 100 milhões.

Dispõe ainda que todas as avaliações de políticas públicas deverão analisar, minimamente e seguindo as melhores práticas científicas, o objetivo dos programas avaliados, o número de pessoas beneficiadas direta e indiretamente e a qualidade dos resultados atingidos (art. 2º, § 2º do PL n. 1.031/2022).

Seguindo semelhante diretriz, em tempo recente, a novel EC n. 108/2020³³⁹, acrescentou o parágrafo único ao art. 193 da CRFB/88³⁴⁰ com a seguinte redação:

Artigo 193 — (...)

Parágrafo único. O Estado exercerá a função de planejamento das políticas sociais, assegurada, na forma da lei, a participação da sociedade nos processos de formulação, de monitoramento, de controle e de avaliação dessas políticas.

Embora as referidas normas sejam previstas em dispositivos constitucionais diversos, tanto o art. 37, §16 da CRFB/88, como o artigo 193, parágrafo único da CRFB/88, fazem referência à fase de avaliação de políticas públicas. Mas não é só isso. Visam, também, conforme o art. 165 da CRFB/88, analisar, no que couber, os resultados do monitoramento e da avaliação das políticas públicas. Assim, visando dar maior transparência e ensejar a responsabilidade fiscal, impõe aos órgãos e entidades da Administração Pública não só efetuar avaliação de suas políticas públicas, como publicizar resultados alcançados encontrados. Inclusive, a citada LRF traz em seu texto dispositivo com esse sentido (art. 4º, inciso I, alínea e), impondo à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) a tarefa de dispor sobre normas relativas ao controle de custos e à avaliação dos resultados dos programas financiados com recursos dos orçamentos. Disto exposto, a norma constitucional trata de mecanismo para melhorar a efetividade da ação governamental, dentro de um ambiente fiscal transparente.

³³⁹ Emenda Constitucional n. 108/2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/emenda-constitucional-n-108-274384345> Acesso em: 17 set.2022.

³⁴⁰ Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

A implementação de políticas públicas é um movimento interativo que envolve diversos atores sociais no processo decisório de sua materialização, com participação de estruturas burocráticas organizacionais integrantes ou não do poder público, defendendo diversos interesses, perspectivas e valores nem sempre convergentes. “A implementação é influenciada por fatores relacionados a sistemas mais gerais (formato do Estado, crenças e valores sociais, cultura nacional etc.), organizacionais e relacionados aos indivíduos que atuam nas políticas”, nos dizeres de Gabriela Lotta.³⁴¹

A complexa implementação de políticas públicas, de acordo com Sandra Gomes, passa por diversos fatores que influenciam a postura dos agentes implementadores. Esses fatores a autora denomina como “macro” por abranger um “desenho institucional de uma política, os instrumentos ou ferramentas escolhidas, as condições sociais, econômicas ou culturais de uma sociedade etc.” chegando ao “micro” que são as “decisões tomadas por burocratas e outros atores sociais – isto é, indivíduos – em seus contextos e realidades locais e em suas rotinas administrativas cotidianas”.³⁴²

Isso sem deixar de mencionar, continua a autora, que essa complexidade se eleva com a forma federativa do Brasil na medida em que comandar e orientar a coordenação geral das ações públicas junto aos entes federados com autonomia política e administrativa “depende tanto de aspectos macro (como desenhos institucionais que produzam incentivos e/ou constrangimentos) quanto micro (variedade de condições e capacidades estatais para a implementação de políticas em contextos locais ou regionais).”³⁴³

Com efeito, no setor público os desafios são múltiplos e abrangem atores sociais incluindo os políticos, grupos de interesse, comunidade envolvida, além de órgãos de controle. Ou seja, é um conjunto complexo de agentes públicos e privados e fontes de legitimação. Isso tudo sem deixar de mencionar que a atuação dos servidores públicos inclui valores e motivações e são importantes para compreender e analisar os resultados das políticas públicas, visto que

³⁴¹ LOTTA, Gabriela. *A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas*. In: Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil/organizadora, Gabriela Lotta. -- Brasília: Enap, 2019. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf Acesso em: 19 fev.2021. P. 20.

³⁴² GOMES, Sandra. *Sobre a viabilidade de uma agenda de pesquisa coletiva integrando implementação de políticas, formulação e resultados*. In: Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil/organizadora, Gabriela Lotta. -- Brasília: Enap, 2019. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf Acesso em: 19 fev.2021. P. 41.

³⁴³ *Ibidem*.

tais ações públicas são delineadas “por múltiplas redes de atores internos e externos ao Estado capazes de alterar o desenho e os resultados das políticas. Essas novas abordagens, ancoradas nas ideias de governança e de redes sociais, buscam compreender o funcionamento das organizações estatais”³⁴⁴, levando em consideração “não a estrutura formal ou a atuação individual dos agentes, mas, sim, como essas são condicionadas e alteradas pelas múltiplas interações com agentes estatais, privados ou sociais que, por meio das relações sociais, influenciam o Estado.”³⁴⁵

Nesse contexto, os burocratas, postos em liderança por serem dotados de indispensável conhecimento técnico, conjugam ainda também a capacidade de diálogo entre os vários níveis da estrutura institucional burocrática, decorrente de uma habilidade política.

Teóricos como Pereira e Silva³⁴⁶ em pesquisa com gestores de três instituições federais de educação superior observaram a presença de quatro tipos de competências gerenciais em seus discursos pretendidas para execução de tarefas diárias: (i) competência cognitiva, (ii) competência funcional, (iii) competência comportamental e (iv) competência política. “Logo, no momento em que os profissionais compartilham conhecimentos por meio de uma linguagem, mapas e estruturas mentais similares, amplia-se a possibilidade de melhorar a interação no trabalho.”³⁴⁷ Quer dizer, uma questão importante deve ser salientada, sobretudo nas diversas áreas de políticas públicas, o poder de comando de algumas categorias sobre outras pode servir de ponto de convergência na implementação de políticas e suas diretrizes, afinal uma ação pública convergente nos interesses da classe envolvida pressupõe o seu cumprimento e paulatino aperfeiçoamento.

Durante sua execução é necessário um sistema capaz de medir o desempenho da política pública para auxiliar alcançar os resultados pretendidos. Os indicadores servem para constatar se os objetivos estão sendo alcançados, se as estratégias estão adequadas, e se esses não estiverem sendo atingidos indicam que algo precisa ser reformulado visando atingir seu objeto.

A mensuração dos indicadores, se sistematicamente realizada, proporciona efetuar, de imediato, adequações, corrigindo as falhas e desvios surgidos no decorrer do processo, assim como as informações colhidas permitem aos gestores avaliarem a dinâmica dos atores sociais

³⁴⁴ LOTTA, Gabriela Spanghero; PIRES, Roberto Rocha Coelho e OLIVEIRA, Vanessa Elias. *Burocratas de médio escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas*. Revista do Serviço Público Brasília 65 (4): 463-492 out/dez 2014. Brasília. 2014. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1836/1/562-2210-1-PB.pdf> Acesso em: 20 fev. 2021. P. 480.

³⁴⁵ *Ibidem*.

³⁴⁶ PEREIRA, Aline Lucena Costa e SILVA, Anielson Barbosa da. *As competências gerenciais nas instituições federais de educação superior*. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/1316/as-competencias-gerenciais-nas-instituicoes-fed---p.637-647>. Acesso em: 22 fev.2021. P. 11.

³⁴⁷ *Ibidem*.

sociodemográficos envolvidos, as práticas, os processos, os insumos, os produtos, a gestão. Após o quê, podem tomar decisões para redirecionar não somente as estratégias da política pública implementada, como também identificar a alocação de recursos públicos para auferir os resultados pretendidos³⁴⁸, com o suporte do acompanhamento analítico das peças orçamentárias, mais especificamente, o Plano Plurianual (PPA), a LDO e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Tudo porque este tríade legal constitui um sistema de monitoramento de avaliação ao longo de sua execução, haja vista a ação pública ser cíclica e envolver planejamento/preparação, dotação orçamentária/alocação apropriada de recursos, implementação/execução e avaliação.

O processo avaliativo deve ser visto “como mecanismo de melhoria no processo de tomada de decisão, a fim de garantir melhores informações aos governantes, sobre as quais eles possam fundamentar suas decisões e melhor prestar contas sobre as políticas e os programas públicos.”³⁴⁹ Segundo Marjukka Ala-Harja & Sigurdur Helgason, “à medida que se popularizam as avaliações são reconhecidas como *feedback* e consulta, denominadas com diferentes termos (revisões, acompanhamento, monitoramento, auditoria, escrutínio, avaliação) e com abordagens e técnicas que refletem a dimensão das atividades avaliativas.”³⁵⁰

Conquanto, o ciclo avaliativo consiste em duas etapas: (i) implementar ou aprimorar a política pública (avaliação formativa) ou (ii) estabelecer medidas sobre sua adoção ou ampliar a política pública (avaliação somativa). Significa que “na prática, esses tipos de avaliação geralmente são combinados, conforme pode ser demonstrado no caso das avaliações somativas e formativas”, esclarecendo que a avaliação de uma política pública não reflete um processo de tomada de decisão política, mas possibilita que as decisões sejam tomadas de forma mais coerentes, elucidam Marjukka Ala-Harja & Sigurdur Helgason,³⁵¹ visto que “a avaliação é o elo que fecha o círculo e completa o circuito de *feedback*. Uma política ou programa que tenham sido avaliados podem ser melhorados, expandidos ou substituídos.”³⁵²

Como consequência é possível vislumbrar as principais metas das avaliações, uma vez que se embasam no uso prático da informação como mecanismo regular e eficiente de

³⁴⁸ ELABORAÇÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO INSTITUCIONAL. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2403/1/Elabora%C3%A7%C3%A3o%20de%20indicadores%20de%20desempenho_apostila%20exerc%C3%ADcios.pdf Acesso em: 8 jul.2021. P. 10.

³⁴⁹ ALA-HARJA, Marjukka e HELGASON, Sigurdur. *Em direção às melhores práticas de avaliação*. Revista do Serviço Público. Ano 51 Número 4 Out-Dez 2000. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/334/340> Acesso em: 10 jul.2021. P. 5.

³⁵⁰ *Idem*. P. 7.

³⁵¹ *Ibidem*.

³⁵² *Idem*. P. 10.

monitoramento para compreender a lógica da intervenção pública, buscando “a melhoria do processo de tomada de decisão, a alocação apropriada de recursos e a responsabilidade”.³⁵³

Para Jannuzzi, avaliação é o conjunto de procedimentos técnicos para gerar informação e conhecimento, “em perspectiva interdisciplinar, para desenho *ex-ante*, implementação e validação *ex-post* de programas e projetos sociais, por meio das diferentes abordagens metodológicas da pesquisa social”, impulsionada pela necessidade constante de se aferir a eficácia de políticas públicas (alcance dos programas e projetos), a eficiência (adequação desses resultados face aos custos relacionados) e a efetividade (transformação promovida no público-alvo).³⁵⁴ Ou seja, “avaliação tem o objetivo de produzir evidências, compilar dados e sistematizar estudos que contribuam para o aperfeiçoamento de programas e projetos sociais, além da consecução de seus objetivos.”³⁵⁵

A análise de informações/dados e métodos de coleta para se avaliar projetos e programas sociais, relata o autor, se fundam em diversos parâmetros/critérios atribuídos à pesquisa avaliativa, tornando este campo um arcabouço de acúmulo teórico e metodológico de diferentes vertentes, razão pela qual os conceitos-chave são, a seguir, descritos para melhor compreensão: (i) avaliação diagnóstica - quando detém a natureza diagnóstica e sua fonte de dados é extraída de entidades como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), cadastros públicos de órgãos/instituições públicas, a fim de permitir um rápido dimensionamento e caracterização da questão social a ser objeto de intervenção; (ii) avaliação de desenho - é necessário detectar o contexto socioeconômico, o modo de vida, a realidade ambiental; a capacidade de gestão pública e a oferta de serviços públicos para esquadrihar a problemática desta realidade em projetos idealizados; (iii) avaliação da implementação - efetuar as atividades planejadas, conduzindo a execução dessas ações mediante dados de gestão e de monitoramento, capaz de identificar problemas na disponibilização, regularidade e qualidade dos serviços por intermédio de pesquisas; (iv) avaliação de resultados e impactos - identificados e, sempre que possível, corrigidos os desafios da implementação, cabe mensurar se a interferência da ação estatal teve o condão de cumprir seus objetivos, redesenhar a realidade social, capaz de inovar o ambiente comunitário enfrentado; por fim, a (v) avaliação custo-efetividade (resultados justificam investimentos de tempo e recursos consumidos) - é crucial examinar os custos absorvidos na execução de suas

³⁵³ *Ibidem.*

³⁵⁴ JANNUZZI, Paulo de Martino. *Avaliação de programas sociais: conceitos e referenciais de quem a realiza*. Est. Aval. Educ., São Paulo, v. 25, n. 58, p. 22-42, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/index.php/ae/article/view/2916/2768> Acesso em: 10 jul.2021. P. 26.

³⁵⁵ *Idem.* Págs. 26/27.

atividades, equipamentos e pessoal, pois “o valor gasto para produzir unidades de resultados e impactos em um período de tempo e território específicos, é certamente uma informação fundamental para avaliar a sustentabilidade dos programas e projetos no futuro e em outros contextos.”³⁵⁶

Enfim, a importância dos atores sociais é crucial, mas é necessário lembrar que as ações públicas governamentais são dotadas de grande diversidade e que dentre essas atuações várias ações são influenciadas e conduzidas por atores não integrantes do poder público, enquanto outras são idealizadas, centralizadas e manipuladas pelo Estado e suas instituições.

Diante desse ciclo dinâmico, composto por diversos estágios: escolha de agenda, identificação de alternativas, apreciação e definição das opções, formulação, implementação e avaliação, faz-se necessário abordar como surgiu a política manicomial nacional e a consciência coletiva do enfrentamento do problema.

2.3 LINHA DO TEMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Durante a realização da III Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1963, já se indicava como diretriz de políticas públicas em saúde a municipalização como centro de apoio e cuidados das ações de saúde, eixo norteador confirmado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, na qual foram traçados os princípios fundantes de um futuro sistema único de saúde.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental acontece em 1987 apontando a necessidade de uma radical transformação no modelo de assistência em saúde mental brasileira.

Em 1990 é realizada a Conferência Regional de Caracas, sob a batuta da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), originando a Declaração de Caracas, marco fundamental a alicerçar as primeiras ações de reestruturação da atenção em saúde mental na América. Esse cenário internacional encontra campo fértil no Brasil com a recente criação do SUS pela CRFB/88. Os atores sociais envolvidos no movimento social de reforma psiquiátrica almejavam a reversão do modelo predominante de atenção à saúde mental.

Ainda no ano de 1990, as atividades administrativas do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)³⁵⁷ são absorvidas pelo Ministério da Saúde (MS), instituindo um controle único em cada esfera de governo e também instrumentos de

³⁵⁶ *Idem.* P. 28/29.

³⁵⁷ É extinto pela Lei federal n. 8.689, de 27 de julho de 1993.

financiamento sob o comando do MS. De forma paulatina, o marco inicial do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental começa a ser implantado.

Diante deste panorama é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, com ampla participação dos municípios, estados, governo federal e sociedade em geral. Respeitando a diretiva de descentralização administrativa do SUS, passam a ser implementadas redes assistenciais de atenção psicossocial, sob comando dos municípios e integrada ao SUS.

As ações voltadas à atenção primária ganham relevo. Isso porque a saúde possui tipos de determinantes: (i) a estrutura genética; (ii) o ambiente social e físico, contexto ambiental, condições sociais e relações sociais; (iii) os comportamentos individuais/comunitários resultantes da cultura e meio social que se vive; e (iv) os serviços de saúde, as chamadas práticas médicas. Os serviços de saúde, na condição de determinantes diretos, podem influir no papel na melhoria da saúde.³⁵⁸ Com apoio desta teoria, é possível um sistema de saúde efetivo e equânime, desde que haja uma densa orientação de atenção primária, o que se denota no SUS, auxiliando assim o emprego das diretrizes enunciadas pela reforma psiquiátrica.

Desta feita, consagrada pelo SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) não só integra uma rede assistencial no sistema de saúde como também se torna a porta de entrada a este. A APS é “a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde”³⁵⁹, caracterizada pelo seu alto nível de descentralização, uma que se realiza na localidade mais próxima da vida do indivíduo.

Por intermédio da Portaria n. 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000³⁶⁰, são criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em saúde mental, no âmbito do SUS. Os SRT constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, e configuram-se como ponto de atenção do componente desinstitucionalização. São modelos estratégicos no processo de desospitalização e reinserção social de pessoas longamente internadas (dois anos ou mais ininterruptos) nos hospitais psiquiátricos ou em hospitais de custódia. Segundo a Portaria, o caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito,

³⁵⁸ STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio, entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf Acesso em: 31 jul.2022. Págs. 22/23.

³⁵⁹ *Idem*. P. 28.

³⁶⁰ PORTARIA N. 106/GM/MS, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000 (alterada pela Portaria n. 3.090, de 23 de dezembro de 2011). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/8973.html> Acesso em: 1 ago.2022.

promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

O marco legal de políticas públicas em saúde mental surge com a Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, substituindo o modelo da lógica hospitalar pelo modelo de cuidados comunitários e expandindo a rede de atenção psicossocial.

Em 31 de janeiro de 2002, a Portaria GM/MS n. 251³⁶¹, estabelece as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no SUS.

Por meio da Portaria n. 336 GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002³⁶², surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e se constituem em serviço ambulatorial de atenção diária, funcionando consoante a lógica do território e não mais focado em hospitais, e sim em centros comunitários de saúde mental. Logo, só podem operar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar, com acesso privativo e equipe profissional própria. Classificados por modalidades de serviços - CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, são definidos por ordem crescente de porte/complexidade e pela capacidade operacional para atendimento a depender do número populacional do município em que fora instalado e do público a ser atendido.

A Portaria n. 816 GM/MS, de 30 de abril de 2002³⁶³, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas, institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, desenvolvido de forma articulada pelo MS e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios. Tem como marco histórico o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), regulamentado em 2002 se apresentando como estrutura sistêmica com a finalidade de organizar o combate ao uso indevido e ao tráfico ilícito de drogas. O SISNAD fora inspirado na Política Nacional Antidrogas (2001) que através do I Levantamento Domiciliar sobre Drogas Psicotrópicas no Brasil³⁶⁴ (2001) demonstrava os indicadores sobre drogas ilícitas na ordem de 6,9% da população entrevistada já tinha feito uso na vida de maconha, 5,8% de solventes, o uso de heroína foi de 0,1%, 4,3% já tinha consumido os orexígenos (estimuladores de apetite), cuja

³⁶¹ PORTARIA N. 251/GM/MS, DE 31 DE JANEIRO DE 2002. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_251.pdf Acesso em: 1 ago.2022.

³⁶² PORTARIA N. 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

³⁶³ PORTARIA N. 816, DE 30 DE ABRIL DE 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html Acesso em: 1 ago.2022.

³⁶⁴ “O levantamento foi aplicado no período de setembro a dezembro de 2001, abrangendo as 107 maiores cidades do país, com população superior a 200.000 habitantes, incluídas aí todas as capitais brasileiras, totalizando 47.045.907 habitantes, representativos de 41,3% da população brasileira.” Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/i-levantamento-domiciliar-2001/> Acesso em: 7 ago.2022.

venda ocorria sem qualquer tipo de controle.³⁶⁵ Um ano mais tarde, 2003, fora realizado um Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 capitais brasileiras pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID/UNIFESP) para orientar políticas públicas e subsidiar ações que se beneficiam com dados sobre os índices de consumo de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua³⁶⁶. A pesquisa já indicava números surpreendentes de usuários.

A Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003³⁶⁷, regulamentada através da Portaria n. 2.077/GM, de 31 de outubro de 2003³⁶⁸ e pela Portaria de Consolidação n. 5, de 28 de setembro de 2017³⁶⁹, dispendo sobre o auxílio reabilitação psicossocial, cria o Programa de Volta Para Casa (PVC). Uma das estratégias do PVC, no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, é oferecer auxílio à reabilitação psicossocial das pessoas acometidas por transtornos mentais, com histórico de internação de longa permanência (a partir de dois anos ininterruptos) em hospitais psiquiátricos ou de custódia. O PVC integra, em conjunto com o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de longa permanência, os SRT e os CAPS, o processo de desinstitucionalização das pessoas acometidas por transtornos mentais com a finalidade de reabilitar o direito à moradia e convivência comunitária, como também estimular a autonomia do indivíduo.

A Portaria n. 2.197, de 14 de outubro de 2004³⁷⁰ redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Em seu preâmbulo insere informações fornecidas pela OMS de que a dependência de álcool acomete cerca de 10 a 12% da população mundial, assim como pesquisa realizada pela UNIFESP, a qual revelou que 11,2% dos brasileiros que moram nas 107 maiores cidades do país são dependentes de álcool,

³⁶⁵ Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/i-levantamento-domiciliar-2001/> Acesso em: 7 ago.2022.

³⁶⁶ LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE O USO DE DROGAS ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA NAS 27 CAPITAIS BRASILEIRAS. Secretaria Nacional Antidrogas Gabinete de Segurança Institucional 2003. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/10/Levantamento-Nacional-sobre-o-Uso-de-Drogas-entre-Crian%C3%A7as-e-Adolescentes-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-nas-27-Capitais-Brasileiras-2003.pdf> Acesso em: 7 ago.2022.

³⁶⁷ LEI N. 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm Acesso em: 1 ago.2022.

³⁶⁸ PORTARIA N. 2.077, DE 31 DE OUTUBRO DE 2003 Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2077_31_10_2003.html Acesso em: 1 ago.2022.

³⁶⁹ PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N. 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html Acesso em: 1 ago.2022.

³⁷⁰ PORTARIA N. 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html#:~:text=Redefine%20e%20amplia%20a%20aten%C3%A7%C3%A3o,SUS%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 2 ago.2022.

corroborando consistentemente a equivalência entre esta realidade nacional e a apontada pela OMS.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), estratégia nacional da APS, direciona os serviços prioritários ao cidadão e com o intuito de facilitar a inserção da ESF na rede de serviços e fomentar o processo de territorialização e regionalização a partir da ampliação da abrangência da atenção básica no Brasil, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008³⁷¹. O objetivo da Portaria é incrementar a resolutividade e a capacidade de resposta das equipes de saúde da família aos problemas da população. Em seu conteúdo, o ato normativo trouxe como um dos atributos o cuidado da saúde mental e eleva à condição de epidemia os transtornos mentais, recomendando assim que cada NASF conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental.

A Portaria n. 1.190, de 4 de junho de 2009 do MS, institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. A novidade prevista nesta Portaria é dispor como uma das prioridades do PEAD, junto à rede de saúde mental, o segmento populacional formado por crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade, em virtude de haver uma tendência de uso de álcool e outras drogas cada vez mais cedo nessa população, além das altas prevalências de uso de álcool e drogas entre jovens. Um dos eixos de intervenções para as linhas de ação do PEAD é (i) a expansão de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi); (ii) a implantação/piloto de casas de passagem/moradias assistidas e outras experiências de acolhimento transitório; (iii) o fortalecimento e expansão de experiência de intervenção comunitária, como consultórios de rua, ações no território, atenção domiciliar e outros (articuladas à atenção básica e visando à inclusão social); e, (iv) apoio à articulação entre as políticas da Saúde (articulação de ações com os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde já implantados nos Municípios prioritários do PEAD), (v) Desenvolvimento Social (ampliação da rede de suporte social - instituições sociais e de acolhimento, casas de passagem, grupos de ajuda mútua, etc.), Educação (fortalecimento da articulação com as ações do Programa Saúde na Escola), Esporte, Justiça, Trabalho (iniciativas de Geração de Renda e Inclusão Social pelo trabalho), Direitos Humanos (implantação de

³⁷¹ PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html Acesso em: 1 ago.2022. Revogada pela Portaria GM/ MS n. 2.488 de 21 de outubro de 2011 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Centros de Convivência - Pontos de Acolhimento e Integração Social), Cultura (Programa Mais Cultura/Ministério da Cultura), dentre outras políticas públicas sociais.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), estratégia para superar a fragmentação da atenção e gestão na saúde, assim como aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, busca garantir a integralidade do cuidado. Suas diretrizes são traçadas pela Portaria n. 4.279 GM/MS, de 30 de dezembro de 2010³⁷², onde dispõe ser objetivo da RAS proporcionar a integração de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do SUS relativo ao acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Dentro do modelo de APS se qualifica como primeiro nível de atenção, definidos como pontos de atenção à saúde, cujos locais se disponibilizam determinados serviços de saúde, tais como os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros.

O processo de gestão da RAS ocorre mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde, cujas ferramentas de gestão são: (i) diretrizes clínicas (incorporar as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia); (ii) linhas de cuidado (articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas); (iii) gestão da condição da saúde (alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base em evidência disponível na literatura científica); (iv) gestão dos riscos coletivos e ambientais (vigilância, prevenção e controle das doenças, agravos e fatores de risco); (v) gestão de caso (relação personalizada entre o profissional responsável pelo caso e o usuário de um serviço de saúde); (vi) auditoria clínica (análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes em todos os pontos de atenção, observada a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos); (vii) lista de espera (racionalizar o acesso a serviços em que exista um desequilíbrio entre a oferta e a demanda).

A Portaria n. 2.338 GM/MS, de 3 de outubro de 2011³⁷³, estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da RAS e funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde.

³⁷² PORTARIA N. 4.279 GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html Acesso em: 3 ago.2022.

³⁷³ PORTARIA N. 2.338 GM/MS, de 3 de outubro de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html Acesso em: 3 ago.2022.

A Portaria n. 3.088 GM/MS, de 23 de dezembro de 2011³⁷⁴, dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. São componentes da RAPS: (i) atenção básica em saúde (ABS), subdividida em: (i.a) Unidade Básica de Saúde (UBS); e, (i.b) ABS para populações específicas, a saber: (a.1) Consultório na Rua (Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2011); (i.2) Atenção Residencial de Caráter Transitório; (i.c) Centros de Convivência; (ii) atenção psicossocial especializada, formada por (ii.a) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) compostos de diversas modalidades, quais sejam: CAPS I; CAPS II; CAPSi (crianças e adolescentes); CAPS AD (álcool e drogas); CAPS III, CAPS AD III; CAPS AD IV, todos classificados em categorias de acordo com faixa etária, grau de transtorno mental e proporcional ao número de habitantes, sendo considerados substitutivos ao modelo asilar; (iii) atenção de urgência e emergência, agrupados em: (iii.a) SAMU 192; (iii.b) Sala de Estabilização; (iii.c) UPA 24 horas; (iii.d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; (iii.e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros; (iv) atenção residencial de caráter transitório, organizada por: (iv.a) Unidade de Recolhimento; (iv.b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; (v) atenção hospitalar, configurado por: (v.a) enfermaria especializada em Hospital Geral; (v.b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; (vi) estratégias de desinstitucionalização, constituída por: (vi.a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e (vii) reabilitação psicossocial.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução CFM n. 2.056, de 20 de setembro de 2013³⁷⁵, fixa e normatiza serviços e ambientes médicos, estabelecendo critérios mínimos para funcionamento, como também a atuação dos profissionais médicos nesses locais. Em seu bojo, distingue as comunidades terapêuticas de natureza médica daquelas consideradas de caráter não médica (art. 28, §2º). Já as comunidades terapêuticas de natureza não médica são proibidas de prescrever medicamentos, sendo-lhes vedadas internações involuntárias e compulsórias em função de transtorno psiquiátrico, entre os quais a dependência química, ou de patologias que requeiram atenção médica presencial e constante (art. 29, §1º). Desta feita, somente as comunidades terapêuticas de natureza médica podem realizar internações involuntárias e compulsórias, desde que sejam dotadas das mesmas condições dos

³⁷⁴ PORTARIA N. 3.088 GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 3 ago.2022.

³⁷⁵ RESOLUÇÃO CFM N. 2.056, DE 20 DE SETEMBRO DE 2013. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=162&data=12/11/2013> Acesso em: 7 ago.2022.

estabelecimentos hospitalares, ou seja, dispor de plantão médico presencial durante todo o horário de funcionamento e equipe de profissionais da saúde habilitados.

A Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017³⁷⁶ estipula as diretrizes para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e legitimada pela Resolução n. 1, de 9 de março de 2018, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)³⁷⁷, traça “novas” diretrizes sobre política nacional de drogas impactando nos preceitos consolidados nas últimas três décadas. Isso porque, nos últimos tempos, o Estado efetua releituras da legislação brasileira e cria um modelo de desmonte, objeto de retrocesso. O quadro normativo aponta nessa direção: regras de orçamento público, direitos humanos e direitos sociais formam uma teia complexa que entrelaçam entre si e desembocam no enfraquecimento da política pública de saúde mental no Brasil, resultante da reforma psiquiátrica.

A Resolução n. 32/2017, embora seu preceito tenha sido definir diretrizes para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), trouxe, em seu bojo, regras de subfinanciamento para o setor ao inserir hospitais psiquiátricos especializados na RAPS, adotando medida contrária à excepcionalidade da internação psiquiátrica e do tratamento preferencial em serviços comunitários de saúde mental. Essa interpretação se depreende da leitura do artigo 11 da citada Resolução³⁷⁸ ao propor parceria entre Ministério da Saúde (MS), Ministério da Justiça (MJ), Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e Ministério do Trabalho (MT) com o intuito de fortalecer a parceria em relação às comunidades terapêuticas, instituições que possuem natureza asilar, considerado um modelo arcaico de tratamento, refutado pela Lei n. 10.216/2001, excluindo do paciente a possibilidade de existência digna e convívio social, atirando-o num lugar de exclusão. Estratégias que “contrastam com as perspectivas dos usuários e dos familiares”³⁷⁹, que não propiciam o exercício de liberdade das pessoas acometidas com sofrimento psíquico.

Certamente a estrutura legal nesse sentido só aumenta, a exemplo da Portaria n. 3.588/2017³⁸⁰ e da Portaria Interministerial n. 2/2017 do Ministério da Justiça e Segurança

³⁷⁶ RESOLUÇÃO N. 32, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html Acesso em: 7 ago.2022.

³⁷⁷ RESOLUÇÃO Nº 1, DE 9 DE MARÇO DE 2018. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971> Acesso em: 7 ago.2022.

³⁷⁸ “Art. 11 - Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação as Comunidades Terapêuticas.” Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html Acesso em: 7 ago.2022.

³⁷⁹ NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. de S. *Afirmção e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial*. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.18, n. 3, p. 143-151, set./dez. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14018> Acesso em: 7 ago.2022. P. 148.

³⁸⁰ PORTARIA N. 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

Pública, da Saúde, do Desenvolvimento Social e do Trabalho. A Lei n. 13.840/2019 ampliou, de forma significativa, o rol de pessoas que podem solicitar a internação involuntária do dependente químico. Em maio de 2020, em plena pandemia de Covid-19, a Portaria GM/MS n. 1.325, de 18 de maio de 2020³⁸¹, data que marca em solo nacional a comemoração do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, revogou a Portaria GM/MS n. 95/2014 que tratava sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis aos presos com transtornos mentais no âmbito do SUS. Em meio ao clamor de repúdio da sociedade brasileira³⁸², a Portaria n. 1.754, de 14 de julho de 2020 revogou a Portaria n. 1.325/GM/MS/2020.³⁸³

O sistema normativo nacional - Lei n. 10.216/2001, Lei n. 13.146/2015³⁸⁴ e Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, ratificada através do Decreto n. 6.949/2009³⁸⁵, com status de emenda constitucional, centrado em preceitos e garantias da pessoa com transtornos mentais e a sua condição de sujeito de direito, tem sofrido constantes retrocessos com a retomada da lógica da internação manicomial, do incremento das comunidades terapêuticas, da quebra de reorientação do modelo de tratamento centrado na promoção da autonomia e dignidade humana. São sinais evidentes da onda retrógrada que fragilizam e demonstram lacunas importantes, se considerados os avanços nos tratamentos terapêuticos e cuidados dispensados aos que padecem de transtornos mentais, a partir da reforma psiquiátrica.

A propósito, a Atenção de Urgência e Emergência, ferramenta de apoio em atenção psicossocial, integrante da rede de cuidados (RAPS), composta de SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, UBS (serviços extra-hospitalares) e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro (serviços hospitalares), também apresenta um cenário devastador no âmbito das políticas públicas em saúde mental. As emergências psiquiátricas são unidades centrais para conter internações excessivas com uma estrutura de permanência de até 72 horas, tempo suficiente para efetuar triagem de casos para internação ou estabilizar e instituir

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html Acesso em: 7 ago.2022.

³⁸¹ PORTARIA N. 1.325, DE 18 DE MAIO DE 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1325_25_05_2020.html Acesso em: 7 ago.2022.

³⁸² Notas de Repúdio: Disponíveis em: (i) <https://www.portal.abant.org.br/2020/06/08/nota-de-repudio-da-aba-em-relacao-a-portaria-gm-ms-no-1-325-2020/> ; http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/06/Portaria_1325.pdf Acesso em: 7 ago.2022;

³⁸³ PORTARIA N. 1.754, DE 14 DE JULHO DE 2020. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2020/07/portaria1754.pdf> Acesso em: 7 ago.2022.

³⁸⁴ LEI N. 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm Acesso em: 7 ago.2022.

³⁸⁵ DECRETO N. 6.949, DE 25 DE AGOSTO DE 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm Acesso em: 7 ago.2022.

tratamento médico para os casos agudos, além de proporcionar atenção psicossocial. O modelo fora criado para evitar sobrecarga na rede de saúde mental e acabar com o serviço psiquiátrico atual dos manicômios, espaços sempre relacionados com ambientes insalubres, superlotações e tratamentos inadequados. Ou seja, os serviços de emergências psiquiátricas (SEPs) devem ter prioridade na atenção à saúde mental, aprimorados e ampliados. Mas não é o que se constata.

Em reportagem recente, Bianca Camatta e Adrielly Kilryann relatam a “falta de estrutura para o atendimento de crianças e adolescentes, demanda excessiva de pacientes, superlotação de salas de curta permanência e ausência de vagas para internação são alguns dos problemas enfrentados pelas unidades de emergências psiquiátricas”.³⁸⁶ No citado estudo, Cintia de Azevedo-Marques Périco e *et al.*, observou que “as unidades de emergência psiquiátricas brasileiras estão diminuindo e englobam as deficiências da Rede Brasileira de Atenção à Saúde Mental.”³⁸⁷ Diante de um pleito excessivo e constante da sociedade fora constatada a existência de somente 52 SEPs em solo nacional, espaço insuficiente para atendimento à criança/adolescente, aumento da procura por parte de pacientes, demanda excessiva de prescrições, superlotação de salas de curto prazo, aumento de decisões judiciais para internação, falta de leitos para internação, dentre outros.³⁸⁸

No Brasil, os pacientes em situações de crise, seja por um transtorno mental crônico, seja por uma crise sem história psiquiátrica pregressa, excepcionalmente, tiveram prioridade nas políticas públicas de atenção à saúde mental, movimento que somente se intensifica após a década de 1980. O trato médico ao paciente nos SEPs, em geral, encontra limitação. Ainda em 2010 estudos³⁸⁹ indicavam a pouca disponibilidade de leitos para melhor avaliação e acompanhamento da evolução do quadro de saúde do paciente, o que, muitas vezes, impedia um efetivo tratamento terapêutico, resultando em internação integral do doente psiquiátrico. Até mesmo as unidades de atendimento de serviços extra-hospitalares possuíam uma estrutura

³⁸⁶ CAMATTA, Bianca e KILRYANN, Adrielly. *Brasil conta com apenas 52 unidades públicas de emergência psiquiátrica*. Jornal USP. Publicado em: 12 jul.2022. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/brasil-Conta-com-apenas-52-unidades-publicas-de-emergencia-psiquiatrica/> Acesso em: 9 ago.2022. Texto extraído do artigo *Psychiatric emergency units in Brazil: a cross-sectional study*, pesquisa que avaliou as unidades de emergência psiquiátrica.

³⁸⁷ PÉRICO, Cintia de Azevedo-Marques, SANTOS, Roberto Mendes dos, BALDAÇARA, Leonardo Rodrigo, SÍMARO, Camila Santos, JUNQUEIRA, Renata Costa, PEDRO, Maria Olivia Pozzolo, CASTALDELLI-MAIA, João Mauricio. *Psychiatric emergency units in Brazil: a cross-sectional study*. Rev Assoc Med Bras 2022;68(5):622-626. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/D8LkrM65TFjxqbDLDDmSXFF/#> Acesso em: 9 ago.2022. P. 625. (Tradução livre).

³⁸⁸ *Ibidem*.

³⁸⁹ BARROS, Régis Eric Maia, TUNG, Teng Chei, MARI, Jair de Jesus. *Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira*. Revista Brasileira de Psiquiatria • vol 32 • Supl II • out2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/xQ7NkgJ4VHTTPZ6Vsz76mpS/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 9 ago.2022. P. S72.

que apresentava dificuldades nos SEPs. A estabilização clínica e suporte psicossocial dos pacientes que buscam os SEPs exigem uma equipe de profissionais da saúde bem estruturada com efetiva integração aos programas terapêuticos, fatores esses que já indicavam limitações com necessidade de “ampliação de serviços de retaguarda para o atendimento de emergência, associada a uma efetiva integração entre as equipes de profissionais que atuam nos diferentes serviços que prestam atendimento ao paciente psiquiátrico.”³⁹⁰

Recente pesquisa do IBGE sobre a saúde mental dos adolescentes brasileiros - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)³⁹¹, realizada em 2019 e divulgada em 2021, exhibe um retrato da saúde mental de uma população que vive uma fase importante de suas vidas: a adolescência. “O que os pesquisadores não contavam é que conseguiriam tirar esse retrato justamente no período pré-pandemia”³⁹² por se caracterizar uma fase de menor exposição a perigos do que a vivida durante a pandemia. O que mais chama a atenção na pesquisa é a disparidade de gênero. Em torno de 30% das meninas tem uma autoavaliação negativa da própria saúde mental. De forma geral, os indicadores são piores para as meninas como é possível constatar: (i) 3,8% das estudantes do sexo feminino e 4,2% dos estudantes do sexo masculino declararam não ter amigos próximos; (ii) as questões sobre saúde mental mostram que 29,6% das meninas declararam sentir que a vida não vale a pena ser vivida; para os meninos, o indicador é 13%; (iii) a autopercepção de saúde mental negativa entre as meninas foi de 27%, mais do que o triplo dos meninos (8%); (iv) 66,5% dos estudantes se sentiam satisfeitos ou muito satisfeitos em relação ao próprio corpo, 49,8% consideravam seu peso normal e 42,4% declararam não tomar qualquer atitude de mudança; (v) por sexo, os estudantes satisfeitos ou muito satisfeitos com o próprio corpo são 75,5% dos meninos, contra apenas 57,8% das meninas; (vi) 20,1% das meninas já sofreram violência sexual (meninos, 9%); (vii) 26,5% das meninas relataram ter sofrido *bullying* (eles, 19,5%); (viii) aparência corporal foi declarada como motivo do *bullying* por 16,5% dos estudantes no Brasil.

Em suma, os sinais de depressão e ansiedade já eram evidentes nas respostas antes mesmo da pandemia. A série de dados extraídos pela PeNSE como “insatisfação com o próprio

³⁹⁰ *Ibidem.*

³⁹¹ Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31606-questao-de-genero-indicadores-de-saude-mental-sao-piores-para-as-meninas> Acesso em: 17 set.2022.

³⁹² Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31606-questao-de-genero-indicadores-de-saude-mental-sao-piores-para-as-meninas> Acesso em: 17 set.2022.

corpo, *bullying*, autoagressão e histórico de violências física, sexual ou psicológica”³⁹³ são indícios de riscos à saúde mental, o que requer atenção e maiores cuidados, em especial às meninas, conforme os resultados apresentados.

Nessa perspectiva, as desigualdades em saúde demandam a construção de políticas públicas pela máquina estatal e atores sociais com estratégias dinâmicas para incrementar as capacidades estatais necessárias para o alcance de desenvolvimento humano e da sociedade, considerando o ambiente cultural, socioeconômico e recursos físicos, cognitivos, emocionais, que são a base do bem-estar social.

3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

3.1 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

A formulação, implementação, execução e avaliação das políticas públicas não ocorreu de forma sistemática no Brasil. Durante as décadas de 1930 a 1980 as decisões de produção de

³⁹³ Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31606-questao-de-genero-indicadores-de-saude-mental-sao-piores-para-as-meninas> Acesso em: 17 set.2022.

políticas eram centralizadas e emanadas por um núcleo de atuação burocrata de alto escalão circundados em gabinetes de comissões e academias, desenvolvidas dentro de um projeto nacional desenvolvimentista. Com a promulgação da CRFB/88, o movimento de criação de políticas públicas recebe contornos democráticos com abertura de espaços mais horizontalizados. Um instrumento governamental de democracia participativa estimula camadas sociais populares integrarem as deliberações a respeito de demandas comunitárias com os demais atores envolvidos, tais como gestores públicos, agentes políticos e sociedade civil, invertendo o ciclo *top-down* (de cima-para-baixo) das políticas públicas para o modelo *bottom-up* (debaixo-para-cima).³⁹⁴

As etapas de uma política pública para refletir a demanda comunitária de determinada região dos atores que serão contemplados com a ação governamental exigem o emprego de indicadores agrupados em bases de dados técnicas e confiáveis, os quais serão definidos a partir de escolhas teóricas, empíricas ou políticas e sempre realizadas em uma fase anterior ao problema a ser enfrentado. Denominados como indicadores sociais, e utilizados no campo destas políticas, são capazes de “acompanhar a mudança social, avaliar o efeito de programas sociais implementados, corrigir eventuais distorções de implementação”, uma vez que “são medidas usadas para permitir a operacionalização de um conceito abstrato ou de uma demanda de interesse programático.”³⁹⁵

A utilização de evidências na criação de políticas públicas nem sempre corresponde às noções de racionalidade instrumental, como diz Paulo Jannuzzi, lembrando a pesquisa nas ciências sociais de Carol Weiss na década de 1970. Seus estudos descrevem sete modelos de usos de pesquisa, dentre os quais (i) um “modelo 'político' no qual a pesquisa é estrategicamente utilizada para alcançar metas preexistentes; e (ii) um modelo de 'iluminação', no qual a pesquisa influencia o pensamento mais amplo de forma mais geral.”³⁹⁶

Em seu livro *Evaluation Research: Methods for Assessing Program Effectiveness*, 1972, Carol Weiss observou que alguns projetos experimentais podem sobrepujar outros, que a escolha do método deve ser guiada pelas questões acerca do problema que se quer abordar, e quando adotado método quantitativo ou qualitativo devem ser apontadas suas restrições metodológicas. Acreditava na importância das evidências para o conhecimento e seus diversos

³⁹⁴ Disponível em: https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/medicamentos-da-biodiversidade/processos_de_implementao_de_politicas.html Acesso em: 4 jan.2022.

³⁹⁵ JANNUZZI, Paulo de Martino. *Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil*. Revista do Serviço Público Brasília 56 (2): 137-160 Abr/Jun 2005. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2025/1/39-32-PB.pdf> Acesso em: 4 jan.2022. P. 138 e 142.

³⁹⁶ *Idem*. P. 265.

modelos de coleta, afinal “a objetividade pura era impossível.”³⁹⁷ Convicta de que o processo político influía na realidade da comunidade abrangida pela política social, Carol Weiss reconheceu na teoria da avaliação um misto entre a racionalidade dos métodos de pesquisa científica e o mundo social menos racional das políticas e programas públicos.

A realização da avaliação é complexa, afirma Carol Weiss. Requer previsão e planejamento e envolve: (a) identificar as perguntas-chave para o estudo; (b) decidir se deve usar métodos quantitativos, métodos qualitativos ou uma combinação dos dois; (c) desenvolver medidas e técnicas para responder às perguntas-chave; (d) descobrir como coletar os dados necessários para operar as medidas; (e) planejar um desenho de pesquisa apropriado com atenção a esses métodos como os tipos de relatório(s) dos resultados do estudo e assim (f) promover o uso adequado dos resultados.³⁹⁸

Portanto, é preciso considerar, durante a avaliação, que os programas sociais são compostos por valores, interesses e decisões políticas dividindo os participantes em grupos aliados e adversários. Por sua vez, os avaliadores acabam por ter noção clara dos valores dos tomadores de decisão, assumindo posições políticas ao avaliar, apesar de que esses comportamentos não impedem de reformular, adequar e melhorar as políticas e serviços públicos avaliados.

Envolver as evidências mais relevantes na formulação de políticas públicas para determinar um repositório de dados e melhorar boas práticas sem ignorar a relação custo-benefício e custo-efetividade vem sendo incrementada a partir das últimas décadas do século passado, com base na prática médica baseada em evidências (PMBE) como maneira de alcançar os objetivos da política adotada.³⁹⁹

O ciclo deste processo político reconhece o problema, requer ações, identifica metas, valores e objetivos que são listados e organizados. A solução do problema depende das estratégias alternativas, conhecidas como metas e objetivos, e a probabilidade de o problema ser solucionado e ter como consequência alcançar o maior número de beneficiários pelo menor custo do curso da ação política é o resultado dinâmico que produz acordo, estabelece consenso e proporciona bem-estar social.⁴⁰⁰

³⁹⁷ NEWCOMER, Kathryn. *Carol H. Weiss, Evaluation Research: Methods for Studying Programs and Policies*. Disponível em: <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199646135.001.0001/oxfordhb-9780199646135-e-37?mediaType=Article> Acesso em: 5 jan.2022. P. 3. (Tradução livre).

³⁹⁸ WEISS, Carol H. *Evaluation. Methods for studying programs and policies*. 2 ed. Prentice Hall: New Jersey. 1972. P. 72. (Tradução livre).

³⁹⁹ *Ibidem*.

⁴⁰⁰ CARLEY, Michael. *Rational Techniques in policy analysis*. London: Heinemann Education Books. 1980. P. 11/18. (Tradução livre).

A criação de políticas com base em evidências surge de um movimento de políticas sociais voltadas à saúde, especialmente no Reino Unido (UK), final dos anos 1990, com a ascensão de Tony Blair (Partido dos Trabalhadores) ao poder e representado pelo documento oficial intitulado *Modernising government* (1999), descortinando a nova abordagem das políticas públicas baseadas em evidências (PPBEs). O plano de governo, então, direcionava para implementação de estratégias de modernização do governo, focado em um programa baseado em cinco compromissos, a saber: (i) Desenvolver as melhores práticas de gestão e estudos de políticas de longo prazo, não simplesmente reagindo a pressões de curto prazo: treinamento de servidores públicos de alto e baixo escalão; (ii) Implementar serviços públicos responsivos: atender às necessidades dos cidadãos, e não a conveniência dos prestadores de serviços, estimulando parcerias que cumprissem às necessidades de todos os grupos diferentes na sociedade; (iii) Serviços públicos de qualidade: prestar serviços públicos eficientes e de alta qualidade, com foco em melhorias reais na qualidade e eficácia dos serviços públicos, monitorando o desempenho para intervir nas falhas e melhorar o gerenciamento; (iv) Governo da Informação: empregar novas tecnologias para atender às necessidades de cidadãos e negócios, desenvolvendo estratégias de tecnologia de informação (TI) para o progresso dos serviços eletrônicos; (v) Serviços Públicos: valorizar o serviço público, modernizar o serviço civil, revisar arranjos de gerenciamento de desempenho, enfrentar a precária representação de mulheres, minorias étnicas e pessoas com deficiência.⁴⁰¹

Em 2002, o Relatório Saúde no Mundo, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), descrevia os conhecimentos em neurociências sobre o consumo e a dependência de substâncias psicoativas (ou farmacodependências) como “a primeira tentativa da OMS de fornecer uma idéia global dos fatores biológicos relacionados ao consumo de substâncias e à farmacodependência.”⁴⁰² Demonstra o citado estudo hipóteses acerca da possibilidade de relação entre o consumo de farmacodependências e doenças mentais, dentre elas: (i) uma base neurobiológica semelhante; (ii) consumo de substâncias pode trazer alívio a alguns sintomas da doença mental ou dos efeitos medicamentosos; (iii) consumo de substâncias pode provocar doenças mentais ou estimular mudanças biológicas que têm componentes em comum com doenças mentais. Desta forma, destaca que as evidências são relativas, mas afirma parecer

⁴⁰¹ MODERNISING GOVERNMENT. Disponível em: <https://ntouk.files.wordpress.com/2015/06/modgov.pdf> Acesso em: 26 jan.2022. P. 7. (Tradução livre).

⁴⁰² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Neurociência de consumo e dependência a substâncias psicoativas: resumo*. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Neuroscience_P.pdf Acesso em: 15 ago.2022. P. 5.

“evidente que as farmacodependências têm laços importantes com doenças mentais”.⁴⁰³ Por fim, o estudo conclui que o desenvolvimento na pesquisa em neurociências pode aumentar de forma a “incrementar os investimentos em ciências sociais, prevenção, tratamento e pesquisas em políticas públicas”⁴⁰⁴, visto que “a redução da carga do consumo de substâncias e transtornos associados deve apoiar-se em políticas baseadas em evidência e em programas que sejam o resultado de pesquisa e sua aplicação.⁴⁰⁵

A expressão “evidência” como abordagem de identificação sistemática das evidências usadas em políticas públicas requer entender os pressupostos epistemológicos de seu conceito. A palavra “epistemologia” é um termo relativamente recente, datado do final do século XIX. Mas a epistemologia, a teoria filosófica do conhecimento, é muito antiga, remontando pelo menos aos esforços de Platão para distinguir o conhecimento, crença ou opinião⁴⁰⁶. A epistemologia, portanto, é “a disciplina para a qual compete articular o que distingue investigação genuína da pseudoinvestigação, o que torna a pesquisa mais ou menos bem conduzida, a evidência mais forte ou mais fraca, etc.”⁴⁰⁷

No dia a dia do cotidiano é possível abstrair o valor da evidência sem aprofundarmos ou necessitarmos de qualquer teoria epistemológica, assegura Susan Haack. Mas não conseguimos nos desvincular da ajuda da referida teoria quando, por exemplo, a “evidência é complexa ou ambígua, ou o quando o assunto em questão é tão emocionalmente influenciado que corremos o risco de perder a calma – como ocorre sempre em tribunais de direito, em política, em problemas médicos e de saúde pública, em questões ambientais...”⁴⁰⁸

É possível que nossas aspirações, vontades, receios possam influenciar nosso julgamento sobre a evidência, mas elas, em si mesmos, não são evidências. Informa Susan Haack que evidência consiste, num primeiro momento, no que abstraímos, no que enxergamos, ouvimos, sentimos, etc., a qual denomina de “evidência experiencial” e, numa segunda etapa, consiste nas informações de fundo, as “razões que trabalham juntas mais como pistas e entradas já preenchidas de palavras cruzadas”, apontando que:

A evidência pode ser melhor ou pior; se, e neste caso, em que grau uma afirmação é garantida, depende de quão boa é a evidência em relação àquela afirmação. Razões

⁴⁰³ *Idem.* Págs. 27/28.

⁴⁰⁴ *Idem.* P. 34.

⁴⁰⁵ *Ibidem.*

⁴⁰⁶ HAACK, Susan. *Epistemology and the Law of Evidence: Problems and Projects*. In: Evidence Matters Science, proof, and truth in the law. TWINING, William; McCRUDDEN, Christopher e MORGAN, Bronwen (Orgs). Cambridge University Press. 2014. P. 5. (Tradução livre).

⁴⁰⁷ *Idem.* P. 332.

⁴⁰⁸ *Ibidem.*

ramificam, como entradas de palavras cruzadas; e o que faz uma evidência melhor ou pior é análogo ao que faz uma entrada de palavra cruzada mais ou menos razoável: quão sustentadora (*supportive*) ela é (análogo: quão bem uma entrada se encaixa com suas pistas e as entradas já preenchidas); quão segura ela é, independente da afirmação em questão (quão razoáveis as entradas já preenchidas são); e quão compreensiva ela é, quanta evidência relevante ela inclui (quanto das palavras cruzadas foram preenchidas). Como essa terceira condição revela, se sua evidência é muito rudimentar, você não tem direito de acreditar nela de qualquer maneira – por isso é, sem dúvida, que a palavra inglesa “parcial” tem dois significados: “incompleto” e “tendencioso”. Como isso também mostra, não possuímos evidência de que p não significa possuímos evidência de que não-p.⁴⁰⁹

Logo, a autora clarifica a ciência com uma metáfora simples, a palavra cruzada. Nesta, o jogo é confuso. As pistas são desordenadas, são atacadas aleatoriamente e se é guiado pela vaga sensação de que a solução é fácil e rápida de resolver. Se cruza as respostas com outras, para assegurar que tudo se encaixa. Detecta-se erros, apaga-os, escreve-se correções. Há a impressão de que o movimento não é racional, mas o resultado confirma o método racional – as respostas se encaixam, se cruzam, os erros são raros. A pesquisa científica, portanto, é como solucionar um jogo de palavra cruzada. As soluções para os enigmas da natureza se mostram de forma irregulares e fragmentadas, mas quando são comparados com outras soluções para outros enigmas e se as respostas não se encaixam, então algo precisa ser alterado. Teorias que antes eram dadas como corretas, tornam-se sem sentido e são descartadas.

De igual modo, o uso das evidências nas políticas públicas atesta o método racional, se cruzam, se encaixam e se surgem por meio das decisões dos *policymakers*, fundadas em processos decisórios desenvolvidos dentro de um contexto epistemológico, político, histórico, cultural, social (comunidade/setor privado), econômico, institucional (poder público/órgãos/instituições) e se entrelaçam de forma inexorável, produzindo o fato de que as evidências, sejam científicas ou empíricas, se integram com outros mecanismos de informações para produção das PPBEs em diversas áreas temáticas (saúde, moradia, segurança pública, programas sociais, etc.).

Para Justin Parkhurst a formulação de PPBE se depara com duas formas antagônicas de perspectivas de abordagens. De um lado, existem grandes diferenças ontológicas, epistemológicas e metodológicas entre os defensores das evidências e de outro lado, aqueles que têm dúvidas quanto à sua viabilidade ou aos valores que ela incorpora.⁴¹⁰ Há também os

⁴⁰⁹ *Idem.* P. 334/335.

⁴¹⁰ PARSONS, Wayne. *From Muddling Through to Muddling Up-Evidence Based Policy Making and the Modernisation of British Government*. Public Policy and Administration Volume 17 N°. 3 Autumn. 2002. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/095207670201700304> Acesso em: 26 jan.2022. P. 45. (Tradução livre).

que assumem os debates entre os campos como uma “guerra paradigmática” travada entre “empiristas positivistas” por um lado e “interpretavistas críticos” por outro.^{411,412}

Os que detêm uma visão crítica sobre a formulação de PPBE imputam uma abordagem falha da realidade resultando numa retórica vazia. Já os adeptos das evidências, retrucam os argumentos desses, com base no saber teórico, devendo tais críticas serem rejeitadas, uma vez que as decisões baseadas em evidências com uma abordagem pragmática indicam que o uso de evidências funciona na prática, fazendo mais bem do que mal, ilustra Justin Parkhurst.⁴¹³

A evidência serve como instrumento de medição, cujo fundamento auxilia a identificar quem será beneficiado com as diversas escolhas ou quantos benefícios diferentes surgirão para os diferentes grupos. As decisões baseadas em evidências trazem consigo respostas científicas (ensaio experimental, ensaio randomizado, ensaio clínico randomizado, revisão sistemática, metanálise), decisões políticas, valores sociais e princípios democráticos para que sejam divulgadas de forma transparente e responsável. “A justificativa para a adoção de evidências científicas reside na visão de que o uso mais rigoroso e sistemático de evidências melhorará a eficácia e eficiência das políticas públicas, assim como melhorou a eficácia e eficiência do tratamento médico.”⁴¹⁴

Um outro fator tem implicações básicas para a assimilação da política da evidência. A formulação de políticas tem embutido um processo político a ser considerado. Uma abordagem baseada em evidências consta um teor político marcado por ideologia que abrange interesses, crenças e valores compatíveis com a arena cultural dominante. O estímulo desse contexto político é a sua sobrevivência e esse painel realístico, indubitavelmente, a base inicial para saber detectar o momento (quando), o motivo (porque) que esse viés técnico se manifesta nos processos políticos. Sua ocorrência reflete uma política de evidências. Para isso, basta o movimento político moldar seus interesses para conduzir um viés técnico das evidências e, estrategicamente, expandir sua possibilidade de obter um resultado favorável.⁴¹⁵

Diante desse cenário, e sendo o processo de formulação de políticas competitivo por abarcar interesses de diversos indivíduos, há possibilidade de surgir um viés moldado pelo

⁴¹¹ Nesse trecho Justin Parkhurst cita Greenhalgh, Trisha and Jill Russell. 2009. 'Evidence-based policymaking: A critique'. *Perspectives in Biology and Medicine* 52(2): 304-318.

⁴¹² PARKHURST, Justin. *The politics of evidence: from evidence-based policy to the good governance of evidence*. Routledge Studies in Governance and Public Policy. Routledge, Abingdon, Oxon, UK. ISBN 9781138939400. P. 7. (Tradução livre).

⁴¹³ *Ibidem*.

⁴¹⁴ *Idem*. P. 18.

⁴¹⁵ *Idem*. P. 74.

grupo dominante para influenciar uma decisão política que lhe é favorável ou manipular as evidências de forma tendenciosa para indicar resultados positivos da política pública ou até para omitir descobertas/resultados indesejados.

De um modo geral, o clima de competição dentro dos ambientes políticos com interesses corporativos bastante organizados pode estimular um viés capaz de manipular as evidências, construir dúvidas, manipular a pesquisa científica para o descrédito. Daí ser necessário a comprovação científica antes que a ação política tente destruir a força da influência da evidência científica nas escolhas políticas, uma vez que o culto à dúvida ou ceticismo sobre a ciência atenderia muito mais aos interesses desses grupos do que adotar as melhores práticas de evidências resultantes de estudos científicos. O sistema político como fator determinante na formação de políticas públicas pode ser ilustrado com as teorias (i) dos múltiplos fluxos, (ii) do equilíbrio pontuado e (iii) de coalizões de defesa de políticas, já mencionadas acima.⁴¹⁶

Também interesses opostos podem causar detrimento nas regras de boas práticas das evidências. Ambos os lados podem utilizar as evidências que lhes trazem mais vantagens na tentativa de influenciar os decisores políticos e, conseqüentemente, ponderarem que estão buscando a melhor “política pública baseada em evidências”⁴¹⁷ em suas posições políticas divergentes.

Vale destacar que os críticos do movimento PPBE veem com certo temor uma outra realidade, qual seja, a despolarização do processo de formulação de políticas causada pela promoção de evidências. “Isso ocorre porque há uma forte suposição, às vezes, de que a evidência é de alguma forma apolítica, e a terminologia de ‘política baseada em evidências’ tem uma implicação clara de que deve haver uma única escolha política correta que a evidência legitime ou justifique”, relata Justin Parkhurst⁴¹⁸.

Na verdade, a formulação de políticas públicas, que envolve disputa política entre diversos grupos de crenças ou interesses, acaba por produzir estímulos que podem criar duas técnicas a serem aplicadas às evidências: (i) primeiro, um viés técnico que pode abranger evidências manipuladas para indicar melhores resultados ou minimizar os que causam problemas; (ii) segundo, um viés de questão que pode escolher e realçar evidências tecnicamente válidas que apenas destacam os aspectos ou resultados em que o agente político está desenvolvendo com boa/excelente habilidade.

⁴¹⁶ Item 2.2.1. Modelos e análise das políticas públicas.

⁴¹⁷ *Idem.* P. 71.

⁴¹⁸ *Ibidem.*

Isto é, os tomadores de decisão deliberam quais políticas públicas são mais viáveis para pôr em prática suas evidências manipuladas por meio de ideologias, objetivos e interesses recheadas de conceitos de vieses de questões, nada mais que atalhos cognitivos que induzem a erros, e que se realizam através de um ambiente retórico. “Retórica política, argumentação, discurso e enquadramento são particularmente os assuntos do subcampo de estudos críticos de política, que explora como o poder político é estruturado ou exercido através da construção de ideias e significados.”⁴¹⁹ Portanto, o processo de formulação de PPBE deve se acautelar para não embaçar a natureza do debate político, nem deixar que as evidências técnicas sejam utilizadas, de forma estratégica, para moldar o próprio debate.

Um outro fator deve ser levado em consideração sobre a extensão política de um viés de questão. Trata-se dos debates binários, a exemplo do aborto, que podem acarretar maiores estímulos à manipulação das evidências por serem altamente polarizados e com estreita margem de concessão, de qualquer lado que esteja o agente, visto que transigir pode representar uma decisão política desfavorável ao grupo contrário e ser encarada como uma excessiva perda do debate. Essa polarização é uma das características que forma a origem do viés, criando formas alternativas de refletir a respeito dos recursos do debate político e suas repercussões para o uso de evidências.

As demais características são a complexidade e a contestação que também determinam implicações na relação entre ciência e política e formam conceitos sobre o uso de evidências. Para tanto, é necessário que haja consenso acerca de quais normas e valores são importantes no debate para se ter certeza sobre qual conhecimento relevante deve ser empregado na solução do problema e assim tomar a decisão. A tarefa é árdua, visto que a origem desses vieses técnicos e de questões, perfazendo o viés probatório, surgem do enalço dos interesses de grupos políticos dentro de um espaço político essencialmente competitivo.

Por outro lado, Sophie Sutcliffe e Julius Court afirmam que a política baseada em evidências (EBP) tende a produzir melhores resultados desde que: (i) as evidências empregadas no processo de formulação de políticas sejam “informadas por uma ampla gama de evidências, não apenas por pesquisas pesadas e que as questões-chave incluam a qualidade, credibilidade, relevância e o custo da política”; (ii) as evidências incorporadas na formulação de políticas respeitem os diferentes estágios dos processos políticos (da definição da agenda até a formulação e implementação), uma vez que as mesmas “têm o potencial de influenciar o processo de formulação de políticas em cada estágio e diferentes evidências e diferentes

⁴¹⁹ *Idem.* P. 75.

mecanismos podem ser necessários em cada um dos estágios da política”; (iii) se reconheça que a evidência não é o único fator que influencia a formação de políticas. É crucial identificar que, em cada estágio do ciclo de políticas, diversos aspectos diferentes também afetarão as políticas. Fenômeno que acontece “tanto em nível individual - por exemplo, a própria experiência, expertise e julgamento de um formulador de políticas - quanto em nível institucional, por exemplo, em termos de capacidade institucional”, pois a formulação de políticas “não é objetiva nem neutra; é um processo inerentemente político.”⁴²⁰

Em período mais recente, a comunidade internacional revela relativo consenso quanto aos benefícios do uso de evidências na formulação, desenvolvimento e avaliação de políticas públicas, embora constitua um desafio. A exemplo disso, o Relatório Mundial de Saúde decorrente da 55ª Assembleia Mundial da Saúde (2002), “Saúde mental: respondendo ao chamado à ação” da OMS⁴²¹ relata o ano de 2001 como singular para a saúde mental por ter sido escolhido para uma ação global de conscientização, promoção e prevenção com uma abordagem mais focada em transtornos mentais e garantia de novas informações científicas e biomédicas, visando a eficácia de diferentes intervenções para prevenção, tratamento e cuidados, urgentemente necessárias para informar a formulação de políticas, financiamento e decisões de programas.⁴²²

Decorrente deste panorama, o Relatório Mundial de Saúde, datado de 2002, denominado “Saúde mental: respondendo ao chamado à ação” produz uma coleção histórica de informações sobre ciência, saúde pública e ética fornecendo aos Estados-Membros “orientações úteis sobre ações baseadas em evidências que levarão a uma maior conscientização de saúde mental, diminuição da estigmatização associada aos transtornos mentais e uma redução substancial da lacuna existente entre aqueles que recebem tratamento e aqueles que não o fazem”.⁴²³ O mesmo ocorrendo na 58ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2005, que preconiza a adoção de “evidência científica” como forma de obter informações baseadas em métodos científicos estabelecidos e aceitos”.⁴²⁴

⁴²⁰ SUTCLIFFE, Sophie e COURT, Julius. *Evidence-Based Policymaking: What is it? How does it work? What relevance for developing countries?* 2005. Disponível em: <https://cdn.odi.org/media/documents/3683.pdf> Acesso em: 26 ago.2022. P. IV. (Tradução livre).

⁴²¹ RELATÓRIO DA 55ª ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. *Saúde mental: respondendo ao chamado à ação*. Disponível em: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5518.pdf Acesso em: 27 ago.2022.

⁴²² *Idem*. P. 2/3.

⁴²³ *Idem*. P. 3.

⁴²⁴ 58ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. GINEBRA, 16-25 DE MAYO DE 2005. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A58_2005_REC1-sp.pdf Acesso em: 27 ago.2022. P. 14. (Tradução livre).

Oportuno dizer que o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do MS, em 2007, buscando incrementar o uso de evidências pelo SUS, apresentou proposta de adesão do Brasil à EVIPNet Américas, junto à Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) com o objetivo de que o país participasse da rede colaborativa mundial (EVIPNet Global) para a formulação, implementação, execução e avaliação de políticas públicas informadas por evidências científicas.⁴²⁵

Desta feita, o uso sistemático das evidências científicas nas políticas de saúde, por intermédio da Rede de Políticas Informadas por Evidências (Evidence-Informed Policy Network/EVIPNet), passa a ser coordenada no Brasil através do MS, procedimento já adotado pela OMS no início da década de 2000, quando estabeleceu diretrizes baseadas nas melhores evidências para se alcançar maior efetividade/eficiência, em especial na formulação e implementação de políticas públicas. Mais adiante, a Agenda de Saúde para as Américas (2008/2017) da OPAS segue o idêntico caminho e manifesta apoio sobre a necessária aplicação.⁴²⁶

Disparidades regionais, desigualdades socioeconômicas, peculiaridades geográficas e demográficas, recursos financeiros, humanos e de materiais limitados, dificultam tomadas de decisão na área da saúde necessitando de ferramentas de uso de evidências para sistematizar o processo de identificação de problemas e potenciais soluções, e assim facilitar o desenvolvimento de políticas nos diferentes níveis de atuação (federal, estadual e municipal) do sistema público de saúde.

Assim, com o uso de evidências os tomadores de decisão poderão melhorar as práticas de gestão do sistema de saúde; perceber a realidade local e o usuário efetuar a melhor escolha fundada na relação custo/benefício (minimização dos custos dos recursos utilizados na consecução de uma atividade, sem comprometimento dos padrões de qualidade⁴²⁷) e custo/efetividade (alcance dos resultados pretendidos, a médio e longo prazo⁴²⁸); promover uma maior abrangência das políticas públicas voltadas a problemas de saúde relevantes e ampliar a divulgação do conhecimento científico para uma melhor interação entre pesquisadores,

⁴²⁵ DIAS, Raphael Igor, BARRETO, Jorge Otávio Maia e SOUZA, Nathan Mendes. *Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso*. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v36n1/50-56/> Acesso em: 27 ago.2022.

⁴²⁶ COLETÂNEA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Síntese de evidências para políticas de saúde estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão*. 1 ed. 1 reimpressão. 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_1ed.pdf Acesso em: 25 ago.2022.

⁴²⁷ Conceito dado pela redação do inciso II do Art. 19-A do PLS n. 488/2017.

⁴²⁸ Conceito dado pela redação do inciso III do Art. 19-A do PLS n. 488/2017.

tomadores de decisão, como também identificar barreiras e estratégias de implementação da ação governamental.

O conhecimento científico divulgado por meio de uma linguagem acessível passa a ser facilmente incorporado ao senso comum e demonstra que o uso direto das informações através de uma fala adaptada a diferentes públicos são mais convincentes e diminuem os danos, os riscos e as incertezas na implementação de uma política pública, visto que a divulgação incrementa canais de comunicação entre academia e gestão.

Essa integração entre cientistas e tomadores de decisão é considerada uma estratégia eficiente para estimular o uso de pesquisas em saúde na formulação de políticas públicas, pois aumenta o diálogo entre os atores, facilita o debate sobre políticas e como implementá-las. Por outro lado, os tomadores de decisão serão facilitadores do uso das pesquisas na elaboração/implementação das políticas de saúde.

Outro aspecto importante do uso de evidências em políticas públicas diz respeito ao custo/efetividade (maior/melhor economia na execução), de modo que o monitoramento e avaliação sejam efetivas, caso a opção sugerida seja incorporada e aplicada na política de saúde. Detalhe crucial a dificultar a efetividade é a concentração de pesquisadores em centros urbanos mais desenvolvidos acentuando as desigualdades regionais.⁴²⁹

A distribuição mais equilibrada de pesquisadores entre as regiões e o intercâmbio através de redes colaborativas entre essas e tomadores de decisão impulsiona os diferentes públicos a identificarem o uso de evidências nas opções de atenção à saúde, sobrepondo assim as barreiras práticas e culturais, visto que as informações lhes possibilitam a participar da formulação, da implementação e assim monitorar a efetividade da política pública de saúde. Com relação à distribuição geográfica, os dados revelam que se observou “a concentração dos NEVs no Centro-Oeste do Brasil. Quanto à localização institucional, 73,3% estavam sediados em universidades e 20% em secretarias estaduais e municipais ou no Ministério da Saúde.”⁴³⁰

⁴²⁹ OLIVEIRA, Sandra Maria do Valle Leone de, BENTO, Andressa de Lucca, VALDES, Gabriel, OLIVEIRA, Saú Tavares Pereira de, SOUZA Albert Schiaveto de e BARRETO, Jorge Otávio Maia. *Institucionalização das políticas informadas por evidências no Brasil*. Rev Panam Salud Publica 44, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53138/v44e1652020.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=O%20primeiro%20NEv%20foi%20implantado,dissemina%C3%A7%C3%A3o%20das%20PIE%20no%20pa%C3%ADs>. Acesso em: 4 ago.2022. P. 3.

⁴³⁰ Sobre Núcleos de Evidências em Saúde (NEVs) ver OLIVEIRA, Sandra Maria do Valle Leone de, BENTO, Andressa de Lucca, VALDES, Gabriel, OLIVEIRA, Saú Tavares Pereira de, SOUZA Albert Schiaveto de e BARRETO, Jorge Otávio Maia. *Institucionalização das políticas informadas por evidências no Brasil*. Rev Panam Salud Publica 44, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53138/v44e1652020.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=O%20primeiro%20NEv%20foi%20implantado,dissemina%C3%A7%C3%A3o%20das%20PIE%20no%20pa%C3%ADs>. Acesso em: 4 ago.2022. P. 3.

Nesse contexto, a iniciativa público-privada do projeto ESPIE (Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências) forma uma rede de parceria entre o Hospital Sírio-Libanês (HSL), apoiador do projeto, no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) e a Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). O objetivo do ESPIE é apoiar e subsidiar com dados a formulação e implementação de políticas públicas de saúde informadas por evidências.⁴³¹

Com recursos decorrentes de imunidade tributária prevista no art. 195, § 7º, da CRFB/88, o Proadi-SUS, iniciado em 2009, é executado em ciclos trienais e “permite a transferência, desenvolvimento e incorporação de novos conhecimentos e práticas em quatro áreas estratégicas para o SUS, por meio da execução de projetos de apoio” dispostas em: (i) Área I: Estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; (ii) Área II: Capacitação de recursos humanos; (iii) Área III: Pesquisas de interesse público em saúde; e, (iv) Área IV: Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.⁴³² Integram o Proadi-SUS seis hospitais sem fins lucrativos, referências no campo médico-assistencial e gestão. São eles: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Beneficência Portuguesa de São Paulo, Hcor (Associação Beneficente Síria/SP), Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Moinhos de Vento e Hospital Sírio-Libanês. O intuito é o uso de evidências científicas como subsídio da tomada de decisão.

O Proadi-SUS também abarca o projeto Desenvolvimento, Implementação e Disseminação de Políticas Informadas por Evidências (DIDPIE), conduzido pelo Hcor, visando o desenvolvimento, implementação e divulgação das Políticas Informadas por Evidências (PIE), através do “apoio na elaboração técnica, revisão e avaliação de diretrizes metodológicas, desenvolvimento de estudos secundários, capacitações, tradução e adaptação local de ferramentas internacionais.” Essa iniciativa também auxilia “com ações na área de comunicação de evidências para gestores de saúde, visando o fortalecimento da rede nacional.”⁴³³ Atualmente, este Projeto conta com a participação da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Brasília, Instituto Veredas de Brasília, Instituto de Saúde de São Paulo e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com o fim de implementar e disseminar Políticas Informadas por

⁴³¹ Disponível em: <https://www.projetoespie.com.br/Account/Login> Acesso em: 22 set.2022.

⁴³² Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/proadi-sus/sobre-o-programa> Acesso em: 22 set.2022.

⁴³³ Disponível em: <http://hospitais.proadi-sus.org.br/projeto/didpie1> Acesso em: 22 set.2022.

Evidências (PIE). “A iniciativa visa melhorar o uso das evidências científicas na formulação e implementação de políticas de saúde.”⁴³⁴

Os formuladores de políticas e gestores dos sistemas de saúde precisam tomar decisões informados pelas melhores evidências para fornecer às pessoas acesso equitativo a cuidados de saúde de alta qualidade. Reconhecendo a necessidade de intensificar os esforços nacionais de cumprir com esse propósito e para reduzir a lacuna entre pesquisa e política, onde os projetos ESPIE e DIDPIE podem ser considerados, nessa perspectiva, redes com vários integrantes que promovem um sistema de evidências em saúde. Tais redes de colaboração se integram e articulam no âmbito do MS a rede EVIPNet Brasil, a qual é coordenada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da SCTIE/MS.

O processo de tomada de decisão governamental relativo às políticas de saúde é complexo e influenciado por inúmeros fatores e atores sociais. O desenho da política pública e as diretrizes que regem suas decisões requer a priorização de uma agenda sobre qual o grupo social será contemplado, a formulação e definição da política pública, a divulgação de ideias, com inclusão de evidências científicas e empíricas, estas últimas resultantes de causas externas e internas, dentre as quais o uso sistemático de dados e sistemas de informação, arranjos institucionais, interesses dos grupos envolvidos, participação da comunidade na tomada de decisões, emprego de avaliações sólidas, todas, sem exceção, influenciarão diretamente as ações dos tomadores de decisão voltadas a uma comunidade ou a totalidade de uma sociedade.

No processo de tomada de decisão uma verdade deve ser dita: mensurar a efetividade das ações de saúde depende do conhecimento produzido pela pesquisa. O suporte de evidências inibe efeitos lamentáveis incluindo desperdício significativo de recursos públicos. Disseminar o conhecimento para intensificar a capacidade dos governos de utilizar as evidências em prol de políticas e práticas de saúde com abordagens mais efetivas significa adotar um processo dinâmico e interativo que abrange “síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento para melhoria da saúde de indivíduos e populações através da provisão de serviços e produtos efetivos na saúde.”⁴³⁵

A tendência do movimento de pouca ou quase nenhuma atenção às evidências de pesquisa para as pesquisas baseadas em evidências significa disseminação do conhecimento, embora represente um desafio peculiar para cientistas e tomadores de decisão. O engajamento

⁴³⁴ Disponível em: <http://hospitais.proadi-sus.org.br/projeto/didpie1> Acesso em: 22 set.2022.

⁴³⁵ BARRETO, Jorge Otávio Maia e SOUZA, Nathan Mendes. *Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí*. Ciência & Saúde Coletiva, 18(1):25-34, 2013. Disponível em: <https://go.gale.com/ps/i.do?p=IFME&u=googlescholar&id=GALE|A318628756&v=2.1&it=r&sid=googleScholar&asid=25db741f> Acesso em: 31 ago. 2022. P. 27.

entre sujeitos detentores de visões e perspectivas diferentes, com objetivos antagônicos, além de linguagens diferenciadas e percepções do tempo distintas é tarefa árdua e pode exibir não só resultados desfavoráveis, como também resultar em desperdícios de recursos bastantes limitados. Superar a lacuna entre o conhecimento (saber) e a prática (fazer), também conhecido como *know-do gap*, importa em criar iniciativas em que interajam produtores e usuários do conhecimento dentro de “um ambiente favorável ao engajamento e integração no processo de pesquisa, além de aprimorar perguntas, metodologias, interpretação e contextualização dos achados.”⁴³⁶

Em termos gerais, essa interligação entre cientistas e tomadores de decisão na elaboração de uma política pública é realizada, dentre outros, por meio de indicadores, considerados medidas-síntese que detém informações relevantes a respeito da realidade socioeconômica, sanitária e ambiental e condições de vida e saúde de determinada comunidade, ilustrada com índices de coletas dotados de dimensões supranacionais, nacionais e/ou regionais a depender da abrangência dessa ação governamental.

Um indicador para ter qualidade deve estampar “as propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados).”⁴³⁷ O grau de perfeição/excelência de um indicador deve ser dotado de: (i) validade, atributo de mensurar o que se pretende alcançar, deve ser demarcada por sua sensibilidade que se reflete na condição de perceber o fenômeno analisado, assim como ser determinada por sua especificidade que nada mais é do que a capacidade de detectar apenas o fenômeno examinado; (ii) confiabilidade, replicar idênticos resultados quando aplicado em condições equivalentes; (iii) mensurabilidade, ter a qualidade de basear-se em dados disponíveis ou acessíveis de conseguir; (iv) relevância, dar respostas a prioridades de saúde, e (v) custo-efetividade, resultados que justificam o investimento de tempo e recursos públicos.⁴³⁸

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), criada por iniciativa conjunta do MS/OPAS, ainda em 1996⁴³⁹, traz o uso de 120 Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDBs)⁴⁴⁰, preferencialmente elencados por meio de índices, visando oferecer aos

⁴³⁶ *Idem*. P. 28.

⁴³⁷ REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf> Acesso em: 2 set. 2022. P. 13.

⁴³⁸ *Ibidem*.

⁴³⁹ Portaria n. 2.390, de 11 de dezembro de 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/PRT2390_11_12_1996.html Acesso em: 2 set. 2022.

⁴⁴⁰ *Ibidem*.

interessados no estudo das condições de saúde no Brasil, dentre os quais constam os demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida, fatores ambientais e de risco, de recursos e de cobertura, para análise da situação de saúde, essencial para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. Portanto, para atuar de modo adequado e suficientemente embasado no enfrentamento de tais problemas, as instituições públicas devem buscar fazer uso de um conjunto de indicadores, preferencialmente organizados por meio de índices, que busque representá-lo com a completude devida e proporcione uma visão igualmente transversal, integrada e sistêmica aos tomadores de decisão.

Em termos gerais, a EVIPNet fora institucionalizada pelo MS em 2009, “integrada por Grupos de Trabalho (GT) localizados em estruturas denominadas Núcleos de Evidências em Saúde (NEv).” O primeiro Núcleo de Evidências em Saúde (NEv) em território nacional foi implantado no ano de 2010, no município de Piripiri/PI, município com 63.829 habitantes⁴⁴¹, situado na região mais pobre do país com a finalidade de apoiar a melhoria de resultados em saúde. Até o momento, “as atividades da EVIPNet Brasil envolveram o suporte à expansão da rede, a capacitação de recursos humanos, a produção de sínteses de evidências e a organização de diálogos deliberativos, também conhecidos como diálogos de política”⁴⁴².

A partir da experiência em Piripiri/PI, buscando fortalecer a integração entre pesquisa e política para institucionalizar o conceito de políticas informadas por evidências (PIE), a EVIPNet Brasil ampliou a implementação dos Nevs no país. A sustentabilidade da rede depende do alinhamento de elementos organizacionais para facilitar as atividades críticas associadas à estratégia, consideradas como prioritárias “as áreas de liderança e composição da equipe de coordenação, a definição dos arranjos de governança, financiamento, comunicação e o monitoramento permanentes, com vistas a uma melhor implementação.”⁴⁴³

Nesse ínterim de mais de 12 anos de criação da EVIPNet Brasil ainda é possível constatar uma lacuna de “conhecimento sistematizado sobre as características organizacionais dos NEVs e suas capacidades para adquirir, adaptar, avaliar e aplicar evidências científicas”⁴⁴⁴, necessárias para adoção e implementação das PIE.

Sandra Oliveira *et al.* destacam que os arranjos organizativos dos NEVs são semelhantes em todo território nacional com relação a governança, financiamento, prestação de serviços e

⁴⁴¹ População estimada pelo IBGE/2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/piripiri/panorama>. Acesso em: 4 ago. 2022.

⁴⁴² *Idem.* P. 2.

⁴⁴³ *Ibidem.*

⁴⁴⁴ *Ibidem.*

implementação (barreiras e facilitadores). No entanto, tais arranjos são diferentes “no processo de formalização nas respectivas sedes e pela atuação de lideranças para sua estruturação se encontram barreiras de implementação”, identificando-as em cinco categorias centrais, quais sejam: (i) financiamento - alta rotatividade de profissionais capacitados, insuficiência de recursos para pagamento de bolsas a graduados e pós-graduados, inexistência de recursos para acesso a bases de dados pagas, falta de recursos para capacitação da equipe do Nev;⁴⁴⁵ (ii) integração da rede - “ausência de eventos nacionais que discutam aspectos metodológicos e que possam contribuir para o fortalecimento dos NEVs, além do baixo nível de compartilhamento de atividades entre pesquisadores e gestores”⁴⁴⁶; (iii) institucionalização das demandas de produção – pouca demanda de produtos por gestores refletida na “falta de envolvimento, interesse e conhecimento de gestores; e ausência de diagnóstico, suporte e monitoramento para desenvolvimento e implementação de produtos, além da influência de interesses políticos e econômicos”;⁴⁴⁷ (iv) capacidade de adaptação dos produtos; e (v) habilidades de comunicação de pesquisa com gestores para recomendar ações no nível local.⁴⁴⁸

Como visto, a PPBE agrupa uma complexidade multifatorial que influencia nos processos decisórios de formação e implementação de políticas públicas. As tomadas de decisões são informadas por evidências, mas as fornecidas por pesquisas científicas não constituem o único tipo de elemento. Também as evidências empíricas, formadas por segmentos sociais, ambientais, econômicos, epistemológicos, políticos, históricos, culturais e burocracia pública, constituem instrumentos informativos nas conjunturas decisórias dos *policymakers*.

A importância de evidências empíricas decorrentes de fatores sociais pode ser ilustrada, por exemplo, com o fenômeno das demandas judiciais ocorridas na década de 2000. Neste contexto, o Judiciário brasileiro entendia que o aumento da judicialização da saúde estava ligado, de alguma maneira, ao conceito de integralidade da assistência terapêutica no âmbito do SUS⁴⁴⁹, impulsionando, com o apoio do Executivo, o Poder Legislativo a editar a Lei n. 12.401/2011 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Na ocasião, fora criada a Comissão Nacional de Incorporação de

⁴⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁴⁹ Audiência pública nº 4 (27/04/2009 - 07/05/2009) convocada pelo Presidente do STF à época, Ministro Gilmar Mendes, para subsidiar o julgamento de processos que discutiam a concretização do direito à saúde (art. 196 da Constituição Federal), a partir do oferecimento de medicação e tratamento pelo Poder Público. O teor desta não está disponível para acesso. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/audienciapublica/audienciaPublica.asp?tipo=realizada&pagina=2> Acesso em: 25 set.2022.

Tecnologias no SUS (Conitec), responsável pela avaliação das tecnologias em saúde, cujas políticas terapêuticas de abrangência nacional deveriam considerar (i) as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; e, (ii) a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível (art. 19-Q, § 2º). Assim, a lei em comento, estabeleceu “a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e os estudos de avaliação econômica como critérios indispensáveis para a tomada de decisão sobre a incorporação tecnológica no SUS.”⁴⁵⁰

Embora a mencionada lei traga avanços quando prevê participação de vários atores, representantes de órgãos e entidades, ao processo de avaliação para incorporação de novas tecnologias em saúde pela Conitec, proporcionando transparência e legitimidade ao procedimento, parte da legislação é passível de crítica. Uma das críticas está relacionada a conflitos de interesses “gerando pressões por parte dos fabricantes, associações de pacientes, médicos, políticos e mídia para o financiamento público de tecnologias que, muitas vezes, carecem de evidências suficientes para sua incorporação e uso racional”.⁴⁵¹

Um outro fator crítico no processo de incorporação de tecnologias em saúde (medicamentos/produtos para a saúde/procedimentos médicos/protocolos clínicos/diretrizes terapêuticas) pela Conitec diz respeito ao uso de “evidências produzidas a partir de avaliações econômicas das tecnologias demandadas em comparação com outras já disponíveis no SUS”⁴⁵². A Comissão ainda não estabeleceu “um limiar de custo-efetividade explícito”⁴⁵³, o que prejudica a transparência sobre qual o parâmetro foi escolhido para deliberar “sobre as vantagens de uma tecnologia em relação a outra, em termos de custos e resultados obtidos, e

⁴⁵⁰ DIRETRIZES METODOLÓGICAS: DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO ECONÔMICA. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_diretriz_avaliacao_economica.pdf Acesso em: 25 set.2022. P. 13.

⁴⁵¹ CAETANO, Rosângela, HAUEGEN, Renata Curi e OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. *A incorporação do nusinersena no Sistema Único de Saúde: uma reflexão crítica sobre a institucionalização da avaliação de tecnologias em saúde no Brasil*. Cadernos de Saúde Pública. 2019. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-35-08-e00099619.pdf> Acesso em: 25 set.2022. P. 10.

⁴⁵² VIEIRA, Fabíola Sulpino. *Desafios do Estado Quanto à Incorporação de Medicamentos no Sistema Único de Saúde*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. 2019. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9357/1/td_2500.pdf Acesso em: 25 set.2022. P. 15.

⁴⁵³ *Ibidem*.

deixa dúvidas sobre os graus de subjetividade e de discricionariedade admitidos no processo decisório.”⁴⁵⁴

Embora o uso das avaliações econômicas na tomada de decisão seja crucial, ainda permanece como questão a ser decidida no SUS, “pois não é recomendado que o Brasil simplesmente adote limiares de custo-efetividade de outros países, sem profundas considerações sobre a sua transferibilidade”.⁴⁵⁵ Fragilidade identificada em pesquisa realizada ainda em 2012 sobre métodos usados nas ATS em 16 países, incluindo o Brasil, que constatou os tipos de estudos mais frequentes, cujas “revisões sistemáticas, acompanhadas ou não por metanálise, foram mais comumente empregadas do que os estudos de modelagem econômica.”⁴⁵⁶

Esta dificuldade se arrasta por anos a fio. A ausência de informação de custos de novas tecnologias em saúde para subsidiar tomadas de decisão sobre a incorporação ou nos processos de monitoramento de tecnologias já incorporadas ao SUS é fato inconteste. E vai mais além. A transparência nas informações de custos proporciona a feitura de avaliações econômicas em saúde e as delas decorrentes, tais como custo-efetividade, custo-benefício, custo-utilidade e estudos de impacto orçamentário.

“Atualmente, a realização desses estudos utilizando dados do SUS demanda grande esforço de pesquisa e constitui importante desafio, pois não existem informações de custos de base nacional e, quando há alguma informação, limita-se a poucos estabelecimentos de saúde”⁴⁵⁷ impactando diretamente nas tomadas de decisões para priorizar a formulação, implementação e monitoramento de políticas públicas, embora desde 2010 o governo federal tenha implementado o Sistema de Informação de Custos (SIC)⁴⁵⁸.

Lembrando que em 10 de janeiro de 2018, a Portaria n. 55 instituiu, no âmbito do MS, o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e o Sistema de Apuração e Gestão de Custos

⁴⁵⁴ *Ibidem*.

⁴⁵⁵ *Idem*. P. 16.

⁴⁵⁶ DIRETRIZES METODOLÓGICAS: DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO ECONÔMICA. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_diretriz_avaliacao_economica.pdf Acesso em: 25 set.2022. P. 14.

⁴⁵⁷ VIEIRA, Fabíola Sulpino. *Produção de informação de custos para a tomada de decisão no Sistema Único de Saúde: uma questão para a política pública*. IPEA. 2017. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7972/1/td_2314.pdf Acesso em: 26 set.2022. P. 17

⁴⁵⁸ Base legal: Art. 85 da Lei n. 4.320/1964; Art. 79 do Decreto-Lei n. 200/1967; Art. 137 do Decreto n. 93.879/1986; Art. 1º, inc. V da Lei n. 9.724/1998; Art. 4º, I “e”, Art. 50, § 3º, Art. 59, § 1º, inc. V, da Lei Complementar n101/2000; Arts. 15, inc. V e 35, § 1º da Lei n. 10.180/2001; Art. 3º, inc. VI e Art. 7º, inc. XIX do Decreto n. 6.976/2009.

do SUS (APURASUS), com a finalidade de gerar e incentivar a efetiva utilização da informação de custos pelos gestores de saúde, no intuito de otimizar o desempenho do SUS. (Art. 1º)⁴⁵⁹

Em 2019, decorrente da Resolução n. 1, de 9 de março de 2018⁴⁶⁰, é aprovada a nova Política Nacional sobre Drogas (Pnad)⁴⁶¹, fruto do “realinhamento da política nacional de saúde mental do Ministério da Saúde em 2017, objeto de pactuação da CIT - Comissão Intergestora Tripartite, Resolução 32/2017 e da Portaria nº 3.588/2017”⁴⁶². Em seu art. 1º, inciso I, a Resolução n. 1/2018 reforça o termo “realinhamento” da política nacional sobre drogas, mas dispõe que deve ser considerado prioritariamente “estudos técnicos e outros elementos produzidos pela comunidade científica, capazes de avaliar as práticas atuais e apontar caminhos de efetiva e eficaz utilização dos recursos disponíveis para estruturação de programas e projetos.”⁴⁶³

Mais adiante, no mesmo documento normativo, o inciso II do art. 1º assegura que a orientação principal da Política Nacional sobre Drogas “deve considerar aspectos legais, culturais e científicos, em especial a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto às iniciativas de legalização de drogas”.⁴⁶⁴ Em dada ocasião, Anexo do Decreto n. 9.761/2019, item 4.1.5, há uma única menção sobre evidências científicas quando se tratar de “mensagens utilizadas em campanhas e programas educacionais e preventivos devem ser claras, atualizadas e baseadas em evidências científicas, consideradas as especificidades do público-alvo”.

Com relação ao Plano Nacional de Políticas Sobre Drogas 2022-2027⁴⁶⁵ a expressão “evidências” surge em quatro ocasiões com significado genérico, bastante vago, sem levar em consideração a promoção de medidas baseadas em evidências científicas/empíricas. A primeira citação atesta a existência de diversos programas, projetos e ações de prevenção sendo realizados por entidades públicas federais, estaduais e municipais, privadas e do terceiro setor. No entanto “o significativo número de ações, todavia, contrasta com a falta de evidências acerca

⁴⁵⁹ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0055_12_01_2018.html Acesso em: 26 set.2022.

⁴⁶⁰ Resolução n. 1, de 9 de março de 2018. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971> Acesso em: 3 out.2022.

⁴⁶¹ Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm Acesso em: 3 out.2022.

⁴⁶² Resolução n. 1, de 9 de março de 2018. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971> Acesso em: 3 out.2022.

⁴⁶³ Resolução n. 1, de 9 de março de 2018. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971> Acesso em: 3 out.2022.

⁴⁶⁴ Resolução n. 1, de 9 de março de 2018. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971> Acesso em: 3 out.2022.

⁴⁶⁵ Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/planad_set_2022.pdf Acesso em: 3 out.2022.

da sua eficácia”.⁴⁶⁶ Num segundo e terceiro momento, o tópico “Uso abusivo de benzodiazepínicos” faz alusão à capacitação dos profissionais do SISNAD vinculados ao eixo da prevenção e também ao eixo de cuidados, tratamento, e reinserção social estipulando que “estes localmente realizem suas ações com base no conhecimento científico disponível e calcados em evidências”^{467,468}. E numa quarta e última etapa, na fase de monitoramento, análise e difusão de informações por meio de informes, os operadores do SISNAD deveriam contar com apoio de diversos atores sociais “para instrumentalizar políticas públicas baseadas em evidências”.⁴⁶⁹

Em síntese, a nova política sobre drogas provocou acentuada celeuma⁴⁷⁰ por desconsiderar premissas norteadoras elencadas na Lei n. 10.216/2001 indo, desta forma, na contramão do viés menos punitivo, com um modelo baseado em abstinência no lugar da redução de danos, e estímulo a comunidades terapêuticas indicando uma opção equivocada em termos científicos⁴⁷¹, razão pela qual são descritos em tópicos a seguir a importância da cognição humana e ideias epistemológicas na formulação de políticas públicas baseadas em evidências.

3.2 COGNIÇÃO HUMANA E A POLÍTICA DA EVIDÊNCIA

A ciência cognitiva mostra que a mente humana não vê a realidade em estado bruto, sem alguma interpretação, exprime Nassim Taleb⁴⁷². Lembra que o raciocínio detém uma superficialidade incapacitante, e cita que tais defeitos do raciocínio foram catalogados por psicólogos empíricos e cientistas cognitivos⁴⁷³ que utilizam, estritamente, o método de realizar experimentos controlados e muitos precisos nos humanos e elaboram catálogos de como eles reagem, com o mínimo de teorização.⁴⁷⁴ O objeto desses pesquisadores trata do mapeamento

⁴⁶⁶ Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/planad_set_2022.pdf Acesso em: 3 out.2022. s/n.

⁴⁶⁷ Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/planad_set_2022.pdf Acesso em: 3 out.2022. s/n.

⁴⁶⁸ Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/planad_set_2022.pdf Acesso em: 3 out.2022. s/n.

⁴⁶⁹ Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/planad_set_2022.pdf Acesso em: 3 out.2022. s/n.

⁴⁷⁰ Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/nova-politica-sobre-drogas-gera-controversias/> Acesso em: 3 out.2022.

⁴⁷¹ Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/terapia-de-reducao-de-danos-e-alternativa-para-dependentes-quimicos/> Acesso em: 3 out.2022.

⁴⁷² TALEB, Nassim Nicholas. *A lógica do Cisne Negro. O impacto do altamente improvável*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva. P. 125.

⁴⁷³ Daniel Kahneman, Amos Tversky, Robyn Dawes, Paul Slovic para citar alguns nomes citados pelo autor.

⁴⁷⁴ *Idem*. P. 151/152.

das atividades do raciocínio, separando-o em um modo duplo denominado de “Sistema 1” e “Sistema 2”, ou experiencial e cogitativo.⁴⁷⁵

“O 'Sistema 1', o experiencial, é automático, rápido, opaco (não sabemos que o estamos usando), não demanda esforço, é processado em paralelo e pode cometer erros. É o que chamamos de 'intuição', e realiza essas proezas rápidas que se tornaram populares sob o nome de 'blink'”, enfatiza Nassim Taleb. “Levar a sério nossos poderes de cognição rápida significa que precisamos reconhecer as sutis influências que podem alterar, prejudicar ou desviar os produtos do nosso inconsciente”, nos ensina Malcolm Gladwell.⁴⁷⁶ “Não parece que temos muito controle sobre aquilo que vem à superfície do nosso inconsciente. Mas nós temos e, se podemos controlar o ambiente no qual tem lugar a cognição rápida, então nós podemos controlá-la” vocifera ainda Malcolm Gladwell.⁴⁷⁷ “O 'Sistema 2', o cogitativo, é o que normalmente chamamos de pensamento. É o que usamos em sala de aula, pois requer esforço, (...) é sensato, lento, lógico, serial, progressivo e autoconsciente (...). Comete menos erros que o sistema experiencial”, relata Nassim Taleb,⁴⁷⁸ pois a pessoa tem noção de como obteve o resultado, pode refazer suas etapas anteriores e corrigi-las de forma adaptativa, conclui o autor.⁴⁷⁹

Considera-se que as emoções humanas sejam o aparato que o “Sistema 1” usa para nos orientar e nos forçar a agir com rapidez. “Elas são muito mais eficazes como intermediadoras da prevenção de riscos que nosso sistema cognitivo”, descreve o autor.⁴⁸⁰ Os neurobiólogos, assevera Nassim Taleb, indicaram que o sistema emocional reage com bastante antecedência ao perigo muito antes de termos plena consciência do risco. O homem, desta maneira, evitaria problemas caso tivesse a capacidade de utilizar o “Sistema 2” intensamente ou de forma prolongada. “Além disso, muitas vezes apenas nos esquecemos de usá-lo”, rebate o autor.⁴⁸¹

Esses dois modos diferentes de cognição, conhecidos como pensamento “Sistema 1” e “Sistema 2” foi popularizado por Daniel Kahneman⁴⁸² denominado-os como “pensar rápido” e “pensar devagar”. “O ‘Sistema 1’ funciona programando as funções normalmente automáticas de atenção e memória.” É como se você dispusesse “de um orçamento de atenção limitado para

⁴⁷⁵ *Idem.* P. 153.

⁴⁷⁶ GLADWELL, Malcolm. *Blink. A decisão num piscar de olhos.* Tradução de Nivaldo Montingelli Jr. 1 ed. Rio de Janeiro: Rocco. 2005. P. 160.

⁴⁷⁷ *Ibidem.*

⁴⁷⁸ *Idem.* P. 153/154.

⁴⁷⁹ *Idem.* P. 154.

⁴⁸⁰ *Ibidem.*

⁴⁸¹ *Ibidem.*

⁴⁸² KAHNEMAN, Daniel. *Rápido e devagar: duas formas de pensar.* Tradução Cássio de Arantes Leite. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012. P. 21.

alocar às suas atividades e, se tenta ir além desse orçamento, fracassa”, descreve Daniel Kahneman.⁴⁸³ “Quando o ‘Sistema 1’ funciona com dificuldade, ele recorre ao ‘Sistema 2’ para fornecer um processamento mais detalhado e específico que talvez solucione o problema do momento.”⁴⁸⁴ Portanto, há duas formas de pensar que controlam a mente: o pensamento rápido, intuitivo e emocional e o devagar, lógico e ponderado. Mas há críticas a esse sistematismo. Segundo Gerd Gigerenzer “a intuição é mais do que impulso e capricho; tem sua própria razão”⁴⁸⁵. Ou seja, a intuição não é o contrário da racionalidade. É uma forma de inteligência inconsciente baseada na vivência pessoal e em regras práticas, motivo pelo qual necessitamos do raciocínio e da intuição para sermos pessoas racionais.⁴⁸⁶

Para Daniel Kahneman, o Sistema 2 é o único que pode seguir regras, comparar objetos com base em diversos atributos e fazer escolhas deliberadas a partir de opções. O automático Sistema 1 não dispõe dessas capacidades.”⁴⁸⁷ Já o Sistema 1 detecta relações simples “e se sobressai em integrar informação sobre uma coisa, mas ele não lida com tópicos distintos e múltiplos de uma vez, tampouco é proficiente ao usar informação puramente estatística.”⁴⁸⁸ O Sistema 1 integra o sistema límbico e de sobrevivência. O Sistema 2 atrelado ao córtex prefrontal do cérebro, é analítico. Se se corre perigo ou ameaça, o Sistema 1 assume o comando. Agimos por reflexo, a adrenalina é lançada no organismo e ação é tomada em segundos. A volta à normalidade traz o Sistema 2 ao comando. Pensar, analisar a situação e tomar decisões acertadas é tarefa do Sistema 2. “Uma capacidade crucial do Sistema 2 é a adoção de ‘ajustes de tarefa’ (*task sets*): ele pode programar a memória para obedecer a uma instrução que passa por cima de reações habituais.”⁴⁸⁹

Um outro ponto fundamental da cognição diz respeito a lógica do cisne negro desenvolvida por Nassim Taleb. Ilustra a teoria com o fato da descoberta na Austrália da existência de cisne negro, pois acreditava-se que todos os cisnes eram brancos até o momento da descoberta, afinal nunca tinha sido visto um cisne de cor preta. A partir da descoberta, a biologia e a forma de pensar do homem daquela época sofreu mudanças.⁴⁹⁰

Esses são eventos imprevisíveis, de alto impacto, somente de forma retrospectiva são explicáveis. Acontecem devido um fato que o autor denomina de “evidência silenciosa”, e que

⁴⁸³ *Ibidem.*

⁴⁸⁴ *Ibidem.*

⁴⁸⁵ GIGERENZER, Gerd. *Gut Feelings: The intelligence of the unconscious*. Viking Penguin. 1 ed. 2007. P. 13. (Tradução livre).

⁴⁸⁶ *Ibidem.* Págs. 18/19.

⁴⁸⁷ *Idem.* P. 29.

⁴⁸⁸ *Ibidem.*

⁴⁸⁹ *Idem.* P. 30.

⁴⁹⁰ *Idem.* P. 183.

pode “permeiar tudo o que está conectado à noção de *história*”⁴⁹¹, entendendo por história “qualquer sucessão de eventos vista sob o efeito da *posteridade*”⁴⁹². Atribui à evidência silenciosa um viés que se estende e que pode levar a “erros no uso de provas em tribunais de justiça, a ilusões sobre a ‘lógica’ da história e, obviamente, com mais gravidade à nossa percepção acerca da natureza dos eventos extremos.”⁴⁹³

Acerca do fenômeno da evidência silenciosa, o autor relata o fato de que nem todo caso de *cases* de sucesso onde a pessoa explode na mídia, foi destemido, ousado, apostou e arriscou tudo e se tornou um sucesso, incentivando as pessoas a fazerem o mesmo, mas jamais mostra o tanto de cidadãos que se arriscaram e quebraram. Logo, você só ouve falar dos acertos, dos erros você nunca sabe. O sucesso de alguém não significa que você está fadado a tê-lo. A falta de provas de que o insucesso existe não protege você dele. Nosso cérebro pode ser falho. Sua tendência é buscar evidências de que as coisas existem ou vão ocorrer, a chamada falácia da confirmação.⁴⁹⁴

Sem dúvida, a mais grave de todas as manifestações de evidências silenciosas, a ilusão da estabilidade. Descartamos pontos fora da curva e resultados adversos quando projetamos o futuro⁴⁹⁵, mas esses eventos, chamados de “cisnes negros”, são imprevisíveis e necessitamos ajustar à existência deles, em vez de, de forma ingênua, tentar prevê-los. Trata-se do ensaio sobre o risco: os “cisnes negros” são impossíveis de serem previstos; há baixíssima probabilidade de ocorrência e causam alto impacto nas estruturas da sociedade quando ocorrem. Como desafiam a probabilidade, o máximo que sabemos é a incerteza, uma variação inesperada dentro do improvável, mas que acabam acontecendo sem que qualquer previsão consiga detectá-los.

Temos a tendência de confiar demais nas relações causa e efeito. Isso ocorre por conta de uma característica biológica, o homem não sabe lidar com adversidades, com o que desconhece. Há uma questão biológica, nosso cérebro não gasta energia para buscar compreender ocorrências que jamais poderemos assimilar. Nosso conhecimento é incompleto, o mundo nunca será entendido em sua totalidade. Apostar em falhas e eventos improváveis não condiz com o cérebro humano. Carregamos um viés de sobrevivência pessimista, o medo é um mecanismo e o empregamos como uma couraça de defesa.

⁴⁹¹ *Ibidem*.

⁴⁹² *Idem*. P. 184.

⁴⁹³ *Ibidem*.

⁴⁹⁴ *Idem*. P. 200.

⁴⁹⁵ *Idem*. P. 209.

A tendência é criarmos falsas relações de causa e efeito, sermos pessimistas como forma de defesa e o curto prazo será aleatório. Basta apenas um evento altamente improvável, a existência de um único “cisne negro”, mas bastante impactante para que a amostra anterior seja invalidada. Tudo porque não aceitamos aleatoriedades. Estamos sempre buscando respostas para fatos que acontecem sem necessariamente ter alguma causa. E, quando ocorrem, articulamos nosso conhecimento, de forma rápida, para tentar adequar uma justificativa plausível e mostrar como aquele evento era previsível. É o fenômeno da falácia narrativa, cujos acontecimentos mundiais são explicados a posteriori. Os acontecimentos não ocorrem lentamente, mas enxergamos como se vivêssemos num mundo aparentemente normal, sem grandes variações. Isso porque rejeitamos o desconhecido, tendemos a focar apenas nos fatos conhecidos. No entanto, os eventos no mundo não são lineares, de dimensão média, mas sim de alta magnitude e de significativo impacto, com evoluções exponenciais e muitas vezes desconhecidos de nosso conhecimento por sofrer limitação devido termos apenas possibilidade de prever o ordinário mas não o inusitado.⁴⁹⁶

Primeiro porque diversos fatores de cunho socioeconômicos estão relacionados aos variados tipos de evidências que afetam, informam e monitoram as ações públicas. Segundo porque os objetivos estratégicos delineados no processo de formação de política pública são carregados pelas questões políticas e por vieses caracterizados pelas evidências advindas do conhecimento humano, tais como experiências, práticas e saberes, valores (crenças, hábitos, tradições), interesses, princípios, orientação política.

Em 2013, Dan M. Kahan pesquisando estudos sobre cognição cultural e dinâmicas relacionadas, buscou explicar a “ciência da comunicação científica”⁴⁹⁷, cujo objetivo principal é o paradoxo enfrentado pela sociedade de mitigar os perigos que enfrenta, como o fenômeno das mudanças climáticas, ao mesmo tempo que concorda tão pouco sobre o que sabe coletivamente.⁴⁹⁸

Denominada de teoria cognitiva da proteção identitária, o autor salienta a necessidade das pessoas se sentirem integradas por algum grupo ou pessoas – essenciais para o nosso sentido de identidade – levando-as até a contrariar fatos ou argumentos que coloquem em risco a forma como o grupo as acolhem. É uma maneira de evitar a dissonância e o distanciamento de grupos

⁴⁹⁶ CHERMACK, Thomas J. *Mental Models in Decision Making and Implications for Human Resource Development*. Advances in Developing Human Resources Vol. 5, Nº. 4 November 2003 408-422. DOI: 10.1177/1523422303257373 Copyright 2003 Sage Publications. P. 409. (Tradução livre).

⁴⁹⁷ KAHAN, Dan M. *What is the “science of science communication”?* Journal of Science Communication, Vol. 14, N. 3, 2015. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2562025 Acesso em: 1 out.2022. P. 1. (Tradução livre).

⁴⁹⁸ *Ibidem*.

valiosos, os indivíduos, intuitivamente, resistem a informações factuais que ameaçam seus valores sociais e culturais que os definem. É o que acreditamos dos fatos nos diz quem somos. E o imperativo mais importante que a maioria das pessoas tem em determinado momento é proteger sua ideia de quem é e os relacionamentos com as pessoas em quem confia e nutre afinidades. Discordar de seu meio político ou social sentirá o quão arriscado é. Para diversas pessoas não vale a pena discutir, amargurar com as pessoas com quem se importa. A fonte essencial do “paradoxo, sugere o estudo empírico, é o emaranhado de crenças factuais opostas com as identidades das pessoas como membros de um ou outro grupo cultural. É lógico supor, então, que a solução é separar conhecimento e identidade ao comunicar informações científicas.”⁴⁹⁹

Quer dizer, pode-se inclusive saber dos riscos das evidências científicas quanto ao aquecimento global, por exemplo, mas nesses casos as pessoas são racionais o suficiente para agir de forma que não haja ameaças ao grupo social a que pertence. Desta feita, a cognição cultural, impregna nossa realidade reforçando a suspeita de que o conhecimento é introduzido de forma seletiva, alinhado com a identidade do grupo no que diz respeito à tomada de decisões políticas.

Tendemos a reconhecer riscos de forma alinhada com o grupo social a que pertencemos ou visões do mundo particulares. Tal fenômeno conhecido como cognição protetora de identidade, é espécie do gênero da cognição cultural. Seu efeito sobre nossa cognição é avassalador, as evidências em contrário são enfaticamente menosprezadas, isso quando não causam efeito contrário: a polarização das percepções públicas. Assim, as pessoas orbitam ao torno das percepções de risco que produzem o modo de vida com o qual estão compromissados. Entre os mais letrados, apontou Dan Kahan, as evidências possuíam efeito polarizador, aumentando mais ainda o ceticismo daqueles que percebiam como baixo o risco social “à medida que os membros comuns do público adquirem mais conhecimento científico e se tornam mais hábeis em raciocínio científico, eles não convergem para as melhores evidências relacionadas a fatos controversos relevantes para a política”, por exemplo, mudanças climáticas, controle de armas, etc. “Em vez disso, eles se tornam ainda mais culturalmente polarizados.”⁵⁰⁰

⁴⁹⁹ *Idem.* P. 8.

⁵⁰⁰ KAHAN, Dan M. *Why Smart People Are Vulnerable to Putting Tribe Before Truth*. Disponível em: <https://blogs.scientificamerican.com/observations/why-smart-people-are-vulnerable-to-putting-tribe-before-truth/> Acesso em: 4 out.2022. (Tradução livre).

A teoria do empurrão, ferramenta política extraída da economia comportamental, destaca como os “nudges”⁵⁰¹ podem ser aplicados às políticas públicas ao reforçar padrões e sugestões indiretas, com base na liberdade de escolha, e assim influenciar na tomada de decisões, decorrentes de “crença, ou esperança, que podem ser altamente eficazes para alcançar objetivos sociais importantes”.⁵⁰² Em dada circunstância, a dimensão das consequências das “cutucadas” é inesperada, afirma Cass Sunstein. Também não se pode negar que alguns empurrões em determinadas ocasiões, são ineficazes ou contraproducentes. “Uma compreensão plausível (e abstratamente correta) do que impulsiona o comportamento humano acaba sendo errada em um contexto particular”⁵⁰³, mesmo tendo sido testado o empurrão acaba por ter pouco ou nenhum efeito.

Aproveitando a trilogia - futilidade, perversidade e perigo – descrita por Albert Hirschman em sua retórica da intransigência para dizer que os “empurrões” podem ter efeito oposto da consequência pretendida e assim produzir decepção e insatisfação, o autor afirma que “futilidade, a perversidade e o perigo podem refletir a realidade e não a retórica”⁵⁰⁴ e justifica duas razões que podem explicar a ineficácia dos “nudges”⁵⁰⁵. A primeira “envolve fortes preferências contrárias por parte de quem escolhe, que portanto, opte por sair”. A segunda envolve “contra-empurrões, na forma de compensação comportamental daqueles cujos interesses econômicos estão em jogo, que podem mover os escolhedores em suas direções preferidas”⁵⁰⁶.

A esse incômodo que pode prejudicar políticas públicas na área da saúde pública, aumentar a pobreza e intensificar a desigualdade, Cass Sunstein propõe remover o “lodo” que impõe encargos burocráticos desnecessários e não intencionais que tornam a vida mais difícil⁵⁰⁷.

A remoção de “sludge”⁵⁰⁸ poderia, sem dúvida, ser aplicada num dos principais temas debatidos por Marta Russell, qual seja, a política pública americana voltada à pessoa com deficiência. A autora, ao se reportar sobre a deficiência como “uma categoria socialmente criada

⁵⁰¹ São pequenos truques utilizados para estimular certos comportamentos.

⁵⁰² SUNSTEIN, Cass R. *Nudges That Fail*. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-public-policy/article/abs/nudges-that-fail/8DE5FFFFB7DA5BE14F8DC1E3D2C0C0AA> Acesso em: 5 out.2022. P. 3. Tradução livre.

⁵⁰³ *Idem*. P. 2/3.

⁵⁰⁴ *Ibidem*.

⁵⁰⁵ *Ibidem*.

⁵⁰⁶ *Ibidem*.

⁵⁰⁷ SUNSTEIN, Cass R. *Sludge Audits*. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-public-policy/article/sludge-audits/12A7E338984CE8807CC1E078EC4F13A7> Acesso em: 5 out.2022. P. 5. (Tradução livre).

⁵⁰⁸ Sludge é um entrave, um incômodo. Literalmente quer dizer lama, lodo.

derivada das relações de trabalho”⁵⁰⁹ expõe evidências culturais, históricas, socioeconômicas e políticas que rotulam o termo “deficiente” para designar uma dada pessoa que não parece pertencer à força de trabalho porque algo em seus corpos torna o trabalho dificilmente explorável. Esse viés institucional derivado das relações trabalhistas, baseado num sistema legal que a enxerga como produto de uma deficiência social, produz discriminação econômica, caracterizada como uma barreira excludente do mercado de trabalho, haja vista a necessidade de acomodações de trabalho, intérpretes, leitores, modificações ambientais. Visto sob esta ótica, a deficiência é um aspecto da “contradição do capitalismo, e as políticas de deficiência que não aceitam isso são, na melhor das hipóteses, estratégias de reforma fundamentalmente falhas ou, pior, formas de ideologia burguesa que impedem que isso seja visto.”⁵¹⁰ Este exemplo de norma legal obrigando um comportamento, isto é, a inserção do deficiente no mercado de trabalho, pode levar a um estigma social e, nesse caso refletiria a ineficácia dos “nudges” reconhecida por Cass Sunstein.

3.3 AS EVIDÊNCIAS NAS QUESTÕES EPISTEMOLÓGICAS DO DIREITO

A medicina baseada em evidências, remonta suas origens filosóficas à Paris de meados do século IX. Apesar de sua procedência antiga, a medicina baseada em evidências permanece uma disciplina relativamente recente⁵¹¹, cujos impactos positivos estão repercutindo nas demais ciências. No entanto, “em comparação com outras disciplinas, a legislação baseada em evidências está atrasada. A medicina há muito confia na pesquisa empírica e continua a encontrar novas maneiras de integrar a pesquisa à prática”, como bem afirma Jeffrey J. Rachlinski.⁵¹² Destaca também que o “objetivo da lei baseada em evidências não é produzir um conjunto de trabalhos empíricos que nós, acadêmicos, possamos apresentar uns aos outros em conferências. O objetivo é criar uma lei melhor, informada por realidade.”⁵¹³

Acerca dos movimentos baseados em evidências é incontestável sua aplicação na medicina e na economia, mas não ocorre o mesmo no Direito. A razão desse fenômeno, segundo Jeffrey

⁵⁰⁹ RUSSELL, Marta e MALHOTRA, Ravi. *Capitalism and the Disability Rights Movement*. In: *Capitalism & Disability Selected Writings* by Marta Russell. Edited by Keith Rosenthal. 2019. P. 16. (Tradução livre).

⁵¹⁰ *Ibidem*.

⁵¹¹ SACKETT, David L., ROSENBERG, William M C., GRAY, J A Muir., HAYNES, R Brian e RICHARDSON, W Scott. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ, Volume 312, 13 January 1996. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/312/7023/71> Acesso em: 6 Jan.2022. P. 71/72. (Tradução livre).

⁵¹² RACHLINSKI, Jeffrey J. *Evidence-Based Law*. Cornell Law Review. Volume 96. Issue 4 May 2011 - Symposium: The Future of Legal Theory. Disponível em: <https://scholarship.law.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3208&context=clr> Acesso em: 26 dez.2021. P. 910/911. (Tradução livre).

⁵¹³ *Idem*. P. 910.

J. Rachlinski, indica duas importantes causas: primeiro, a lei tem objetivos conflitantes, os cidadãos não raciocinam sobre as questões sociais da mesma forma que pensam sobre a medicina e a economia. O conflito “é o impedimento mais significativo para a lei baseada em evidências”, enquanto a medicina e a economia têm objetivos claros: a saúde e o lucro. O Direito, muitas vezes, possui interesses antagônicos.⁵¹⁴ Ou seja, “justificativas múltiplas e às vezes conflitantes estão por trás da maioria das regras legais.”⁵¹⁵ Portanto, se as análises científicas de tratamento médico apontam para sua ineficácia esse é deixado de lado. O mesmo acontece com a economia, caso não haja lucro. Isso não significa deixar de lado os estudos jurídicos empíricos. “Os estudos empíricos nem sempre podem responder à questão final, mas podem descartar certos argumentos. O problema dos propósitos múltiplos é, portanto, um impedimento ao direito baseado em evidências, mas não intransponível.”⁵¹⁶

Num segundo momento, Jeffrey J. Rachlinski elenca outro fator como obstáculo ao incremento da lei baseada em evidências: a interferência humana. Casos impactantes envolvendo questões jurídicas como crimes violentos, indenizações vultosas, muitas vezes surtem mais convicções de certeza nas pessoas do que os dados estatísticos. As estatísticas, invariavelmente, são mais frágeis do que as narrativas desses casos. “Mas o poder do caso significativo por si só não pode explicar inteiramente porque a opinião pública sobre o sistema jurídico diverge tão acentuadamente da realidade. Os casos significativos vêm de algum lugar, e nem todos eles acontecem.”⁵¹⁷ Diversas vezes esse contexto é reforçado pela postura lobista de empresas, a exemplo, das seguradoras. Afinal, “a comunidade empresarial também se beneficia com a redução de indenizações por danos. Esses grupos farão o possível para incentivar a mídia a relatar histórias de júris controversos, garantindo que esse tipo de narrativa se prolifere amplamente.”⁵¹⁸

O autor cita, ainda, a classe política como responsável por essa interferência humana. E ilustra com a posição do partido republicano americano que, nas últimas décadas, defende uma postura de combate ao crime de forma severa. Essa ideologia partidária garante, em todas as eleições, candidato que se apresenta com perfil de que será “duro com o crime”. Esse tipo de abordagem complexa de controle do crime “só é útil se a política perceber o crime como uma

⁵¹⁴ *Idem.* P. 917/918.

⁵¹⁵ *Idem.* P. 918.

⁵¹⁶ *Idem.* P. 919.

⁵¹⁷ *Ibidem.*

⁵¹⁸ *Ibidem.*

questão social importante. Garantir que o público tenha acesso a relatos relevantes de crimes violentos atende aos interesses de um dos principais partidos políticos.”⁵¹⁹

Doutra banda, esse comportamento político em nada contribui para combate ao crime e exemplifica com o caso político do governador de Massachusetts, Michael Dukakis, na década de 80 do século passado. Sua credibilidade ficou seriamente abalada, custando sua candidatura à presidência dos Estados Unidos da América, quando concedeu liberdade condicional a um preso que, em liberdade, estuprou e matou um residente de Maryland. Esse famoso caso, provavelmente, causou a eliminação “da liberdade condicional para milhares de infratores em todo o país, pois os políticos estremeceram ao pensar que o mesmo poderia acontecer com eles se também libertassem o preso errado.”⁵²⁰

Essas convicções populares são importantes para os cidadãos. Os casos notórios, narra o autor, provocam uma espécie de mecanismo de defesa, proporcionando às pessoas facilidade para justificar a veracidade de suas opiniões para si mesmas e para os demais. A natureza bastante arraigada desses juízos também demonstra a razão pelo qual as pessoas se agrupam tão solidamente. Esse tipo de conduta também está presente na indústria farmacêutica quando o médico, por exemplo, confia que o medicamento produzido em seu laboratório é eficaz para determinado tratamento de saúde.⁵²¹ “Mas a lei é especialmente vulnerável ao poder dos casos típicos - por quê?” indaga o autor. “A resposta está em uma avaliação de quais espécies de casos duram e quais influenciam o público.”⁵²²

É notório que alguns casos trazem comoção social a tal ponto que podem repercutir diretamente no sistema normativo do Estado. Vejamos alguns exemplos ilustrativos ocorridos em solo nacional: (i) o impacto social causado pelo assassinato violento da artista de novelas Daniela Perez impulsionou um movimento popular que obteve a inserção da tipificação do crime de homicídio qualificado na Lei de Crimes Hediondos (Lei n. 8.072, de 25 de julho de 1990), já que não constava esse tipo penal em seu rol; (ii) o combate à compra de votos, fruto do Projeto “Combatendo a corrupção eleitoral”, liderado pelo grupo Comissão Brasileira Justiça e Paz (CBJP), parte da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), ensejou na sanção da Lei n. 9.840, de 28 de setembro de 1999; (iii) o déficit de moradia apontado pelo Movimento Popular por Moradia fez surgir a Lei n. 11.124, de 16 de junho de 2005, que criou o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social (SNHIS) e o Fundo Nacional de Habitação

⁵¹⁹ *Idem.* P. 919/920.

⁵²⁰ *Ibidem.*

⁵²¹ *Ibidem.*

⁵²² *Idem.* P. 920.

de Interesse Social (FNHIS); (iv) a história da farmacêutica Maria da Penha e sua luta em prol à proteção das mulheres que sofrem violência doméstica influenciou a tal ponto a sociedade e o Legislativo que resultou na feitura da Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida popularmente como Lei Maria da Penha; (v) o Movimento de Combate à Corrupção Eleitoral (MCCE) aplicando pena de cassação e multa ao crime de compra de votos fez surgir a Lei Complementar n. 135, de 4 de junho de 2010, conhecida como a Lei da Ficha Limpa; (vi) em 22 de novembro de 2021, a Lei n. 14.245, denominada Lei Mariana Ferrer, é sancionada para coibir a prática de atos atentatórios à dignidade da vítima e de testemunhas e para estabelecer causa de aumento de pena no crime de coação no curso do processo, diante de forte clamor social do tratamento indigno recebido por Mariana Ferrer durante o julgamento do crime de estupro a qual fora vítima.

Nesse sentido Jeffrey J Rachlinski, aduz que os casos impactantes “que ficam e que têm força não são histórias aleatórias. Eles são os casos significativos que falam a crenças políticas, culturais ou sociais muito próximas. Eles estão disponíveis para as pessoas porque ressoam com crenças mais profundas.”⁵²³ O ambiente cultural onde as pessoas vivem influencia o modo como se veem e o que valorizam e se apresentam como importante indicativo de como elas reagem às evidências das ciências sociais. “As pessoas rejeitam evidências que sejam inconsistentes com suas visões sobre a sociedade e seu papel nela. Eles abraçam evidências que afirmam seus pontos de vista”⁵²⁴, reforça o autor.

Exceção à regra é a notória “Operação Lava-jato”. Embora tenha contado com expressivo apoio da sociedade é incontestemente a falta de repercussão no Direito. O Ministério Público Federal (MPF) apoiou em 2015 o Projeto de Lei (PL) n. 4.850/2016, que tratava das “Dez Medidas contra a Corrupção” e que recebeu mais de 2 milhões de assinaturas da sociedade para tramitar no Congresso Nacional. A inércia venceu a empatia no Legislativo. O tema “combate à corrupção” sempre despertou interesse popular no Brasil, mas no Legislativo a reação foi bem diferente. As evidências sugerem que, dentre vários motivos que levaram ao fracasso do referido PL, é possível detectar que a mídia e grupos políticos o encaravam com desconfiança e juristas de renome manifestavam forte resistência com relação às medidas, não só porque detectaram (i) um aumento de concentração de poder de Órgãos/Instituições de controle, mas também porque o PL (ii) trazia propostas não democráticas, tais como medidas restritivas aos direitos humanos ilustradas pela previsão de restrição à concessão de *habeas*

⁵²³ *Idem.* P. 921.

⁵²⁴ *Idem.* P. 922.

corpus e permissão para o uso de provas ilícitas;⁵²⁵ (iii) por fim, em 9.6.2019, a mídia social, por meio do site theintercept.com, divulga *chats* privados sobre a Lava Jato e Sérgio Moro⁵²⁶, mensagens que ficaram conhecidas como “Vaza Jato”, cujo impacto social foi tão concreto que levou à sua extinção em 1.º de fevereiro de 2021.

“A lei baseada em evidências, portanto, enfrenta uma escalada muito mais íngreme do que a medicina ou a economia baseadas em evidências.”⁵²⁷ No Direito, os cidadãos interpretam as evidências de maneira consistente com seus valores socioeconômicos, religiosos e culturais e se agrupam em grupos que raciocinam de maneira semelhante, aceitando ou rejeitando pesquisas conforme suas convicções, refletindo sobre como a sociedade deve agir e o que ela deve valorizar. “Quer dizer as pessoas rejeitam evidências que sejam inconsistentes com suas visões sobre a sociedade e seu papel nela. Eles abraçam evidências que afirmam seus pontos de vista.”⁵²⁸

Por outro lado, Susan Haack relata que os sistemas legais ocidentais modernos, confiam especialmente na apresentação de provas: o depoimento de testemunhas, provas documentais, provas físicas, como a suposta apreensão da arma do crime, a vontade (depoimento) supostamente forjada, e assim por diante. O sentido atual é indicar que a “prova” pressupõe mostrar alguma afirmação como verdadeira, ou provavelmente verdadeira.⁵²⁹ Evidente que a justificativa para essas práticas depende de alguns pressupostos. Esta questão se torna sensível se refletir a respeito de quais seriam as consequências para o sistema legal se essas suposições fossem falsas.

Segundo a autora o ensaio mental revela que os métodos probatórios atuais exigem a mensuração da evidência, objetivamente, como melhor ou pior; que quanto mais o depoimento seja sustentado pela evidência, mais provável que esta seja verdadeira; e que esses procedimentos e regras legais são suficientes para assegurar que os julgamentos/veredictos

⁵²⁵ O PL n. 4.850/2016 trazia alterações nesse sentido na redação original do Art. 157, § 2º e Art. 647 do Código de Processo Penal (CPP).

⁵²⁶ A Operação Lava Jato foi um conjunto de investigações, algumas controversas, realizadas pela Polícia Federal do Brasil, que cumpriu mais de mil mandados de busca e apreensão, de prisão temporária, de prisão preventiva e de condução coercitiva, visando apurar um esquema de lavagem de dinheiro que movimentou bilhões de reais em propina. A operação teve início em 17 de março de 2014 e conta com 80 fases operacionais autorizadas, entre outros, pelo então juiz Sérgio Moro, durante as quais prenderam-se e condenaram-se mais de cem pessoas; tendo seu término em 1.º de fevereiro de 2021. O nome da operação deve-se ao uso de um posto de combustíveis para movimentar valores de origem ilícita, investigada na primeira fase da operação, na qual prendeu-se o doleiro Alberto Youssef. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Opera%C3%A7%C3%A3o_Lava_Jato Acesso em: 28 dez.2021.

⁵²⁷ *Idem*. P. 922/923.

⁵²⁸ *Idem*. P. 922.

⁵²⁹ HAACK, Susan. *Epistemology and the Law of Evidence: Problems and Projects*. In: Evidence Matters Science, proof, and truth in the law. TWINING, William; McCRUDDEN, Christopher e MORGAN, Bronwen (Orgs). Cambridge University Press. 2014. P. 3/4. (Tradução livre).

sejam, de fato, corretos. Vale dizer, o que “pedimos ao apurador do fato é justamente determinar se a culpa ou a responsabilidade do réu foi comprovada no grau de prova legalmente exigido pelas provas apresentadas; e isso é fazer um julgamento epistemológico.”⁵³⁰

Arremata a autora afirmando que “como eu disse há quase uma década, a lei está ‘até o pescoço na epistemologia’ pois mesmo a mais breve reflexão sobre a lógica das regras e procedimentos probatórios levanta uma série de questões de interesse para um epistemólogo.”⁵³¹

De acordo com Frederick Schauer, a epistemologia jurídica, também denominada Direito probatório, encontra em Jeremy Bentham uma figura seminal. O direito probatório fundado em regras se baseava em um sistema natural, segundo o qual as investigações genuínas eram feitas por pessoas comuns. Não se utilizavam as regras formais para excluir tipos de provas, considerando apenas a relevância e a fiabilidade que essas pessoas atribuíam de acordo com seu juízo de valor. Bentham era irredimível com essa realidade intitulando-o como um sistema técnico usado pelo sistema jurídico. Defendia uma abordagem de um sistema de prova livre, como “um método de investigação probatório destituído de regras formais, onde ‘formal’ se refere a uma regra que deve ser seguida mesmo quando segui-la poderia não servir aos propósitos de fundo mais fundamentais para os quais a regra foi em princípio adotada.”⁵³²

Susan Haack indaga se Jeremy Bentham estava certo ao argumentar que, “por impedirem que provas relevantes sejam ouvidas, as regras de exclusão são um claro impedimento para chegar aos fatos de um caso e atendem principalmente aos interesses dos advogados que beneficiam de sua habilidade em jogos no sistema?”⁵³³ Sabe-se que os métodos probatórios modernos, sejam sistemas de jurisdições *common law* ou *civil law*, desnudam a prova judiciária - depoimentos de testemunhas, provas documentais, provas físicas, por exemplo – como condição necessária para a justiça das decisões e como diz a autora, a prova não é elemento suficiente para conduzir um conceito verdadeiro, em virtude dos procedimentos probatórios pressuporem que “a evidência pode ser objetivamente melhor ou pior; que quanto melhor uma afirmação é garantida pela evidência, mais provável é que seja verdadeira”.⁵³⁴ Ou

⁵³⁰ *Idem.* P. 4.

⁵³¹ *Ibidem.*

⁵³² SCHAUER, Frederick. *In defense of rule-based Evidence Law – and Epistemology too*. Seção Extra Tradução: Em Defesa do Direito Probatório Fundado em Regras – e da Epistemologia Também. Tradução de Lucas Mioto, Revista Teoria Jurídica Contemporânea 1:2-1, julho-dezembro 2016. Disponível em: <https://revistas.ufjf.br/index.php/rjur/article/download/11727/8536> Acesso em: 27 jan.2022. P. 322.

⁵³³ *Idem.* P. 5.

⁵³⁴ The law is “up to its neck in epistemology”. HAACK, Susan. *Epistemology and the Law of Evidence: Problems and Projects In: Evidence Matters Science, proof, and truth in the law*. TWINING, William; McCRUDDEN, Christopher e MORGAN, Bronwen (Orgs). Cambridge University Press. 2014. P. 4. (Tradução livre).

seja, o que se clama ao julgador “é justamente determinar se a culpa ou a responsabilidade do réu foi comprovada no grau de prova legalmente exigido pelas provas apresentadas; e isso é fazer um julgamento epistemológico.”⁵³⁵

O que é preciso não é somente uma teoria epistemológica focada apenas na evidência e sua avaliação, mas que também seja o suficiente detalhista para se “ter um domínio sério sobre questões específicas levantadas por procedimentos probatórios na lei; e, claro, na verdadeira teoria epistemológica.”⁵³⁶ Susan Haack reconhece que as possíveis falibilidades das ciências impõem uma permanente abertura à crítica. A verdade deve ser buscada como meta. “A investigação é melhor conduzida quanto mais perspicazes, imaginativas e informadas forem as conjecturas, quanto mais rigoroso o raciocínio, quanto mais completa a busca de evidências e quanto mais escrupulosamente honesto e (como dizemos) judicioso for o peso das evidências.”⁵³⁷

Na epistemologia jurídica, o requisito de confiabilidade das evidências - grau de garantia e o grau de eficiência das evidências, é fundamental. A pessoa acredita no resultado de suas evidências, desde que combinado com sua crença de que a outra pessoa em questão está bem informado e não tem nenhum incentivo para enganar ou ocultar assunto em questão.⁵³⁸

O que se constata, ao longo dos séculos, são cientistas desenvolverem ferramentas e técnicas “para ampliar e refinar os poderes cognitivos humanos e superar as limitações cognitivas humanas”.⁵³⁹ Quer dizer, a ciência tem pressupostos dependentes do senso comum ou, melhor dizendo, o conhecimento científico é uma extensão do senso comum. Tanto assim que Susan Haack vê no senso comum a raiz da ciência:

Essas observações francas de senso comum são exatamente certas. Qualquer investigador empírico sério, qualquer que seja seu objeto de estudo, fará um palpite informado sobre a explicação possível para o evento ou fenômeno que o intriga, deduzirá as consequências desse palpite, verá o quão adequadamente essas consequências sobrevivem às evidências que tem e quaisquer outras evidências que puder angariar, e então usará seu julgamento se deve manter o palpite inicial, modificá-lo, largá-lo e começar de novo, ou apenas esperar até que possa descobrir que outras evidências poderiam esclarecer a situação, e como consegui-las.⁵⁴⁰

⁵³⁵ *Ibidem.*

⁵³⁶ *Idem.* P. 6.

⁵³⁷ *Idem.* P. 31.

⁵³⁸ *Idem.* P. 76.

⁵³⁹ HAACK, Susan. *Seis sinais do cientificismo*. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Susan-Haack/publication/305851126_Seis_Senais_de_Cientificismo_2012/links/57a39adb08aefe6167a712c1/Seis-Senais-de-Cientificismo-2012.pdf?origin=publication_detail acesso em: 28 set.2022. P. 15.

⁵⁴⁰ *Ibidem.*

Desta feita, senso comum antecede a ciência, revestido de crítica, acervo cultural, e é o desfecho de inúmeras mentes livres convergindo no espaço e no tempo. Já a ciência depende do teste de convergência das ideias despontadas em determinado tempo por cientistas diferentes. Isso é mais uma evidência de que a ciência tem raízes no senso comum. E se recusarmos aceitar o observável, é crucial trazermos provas que confirmem nossa negação. Em ciência, toda nova teoria deve justificar a teoria anterior, além de trazer algo novo. A proposta de nova teoria deve explicitar o porquê do observável ser assim.

3.4 O DIREITO E O MOVIMENTO DAS EVIDÊNCIAS NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A partir dos anos de 1960 e 1970 um avanço analítico fora observado quando a atenção voltou-se para o fato de que o Estado não era a única fonte de normas obrigatórias, mas outras formas eram geradas e o controle social era exercido. “Este fenômeno heterogêneo veio a ser chamado ‘pluralismo jurídico’, culminando na ampla concepção de estudos, engajados politicamente, que abordam os direitos humanos, os requisitos da democracia, e os obstáculos à sua realização.”⁵⁴¹

Essa mudança resultou em transformação na metodologia e ênfase teórica. Os objetos finais do estudo, os campos de ação, a natureza do Estado, as áreas econômicas e políticas, as entidades (não)institucionais, absorvem o ambiente social e o direito passa a ser analisado sob essa ótica combinada com as ideias, valores, hábitos e práticas culturais.⁵⁴² Para Sally Moore, o aspecto cultural perdeu a inocência política. Hoje, quando a diferença cultural é oferecida como uma legitimação para a explicação da diferença legal, esse contexto cultural muitas vezes reflete uma forma de consciência mobilizada da identidade coletiva presente no interior de uma luta política, e surge nas constituições, as desigualdades coletivas, dentro e fora, e outros aspectos do nacional e políticas étnicas.⁵⁴³

Um outro aspecto da legislação deve ser percebido. É quando ela encampa o argumento econômico dos grupos poderosos e funciona como uma máscara protetora para interesses da elite. A partir de então, deixa de promover o bem-estar social da coletividade e incorpora a defesa da causa dos poderosos. Desse modo, a lei reflete, habitualmente, a ideologia da classe dominadora, explica a autora destacando estudos de Snyder’s.⁵⁴⁴ A funcionalidade da lei

⁵⁴¹ MOORE, Sally Falk. *Certainties undone: fifty turbulent years of legal anthropology, 1949-1999*. The Journal of the Royal Anthropological Institute 7 (2001): 95-116. Scribd. P. 1. (Tradução livre).

⁵⁴² *Idem*. P. 2.

⁵⁴³ *Idem*. P. 3.

⁵⁴⁴ *Idem*. P. 4.

também é explicada pela autora. Vista como uma resposta racional para os problemas sociais, ela é traduzida como uma técnica, um instrumento de resolução de problemas, um dispositivo de minimização de conflitos.⁵⁴⁵

Elaborar uma lei diz respeito a um processo interativo, com etapas sucessivas, a começar pela (i) identificação do problema que demanda uma intervenção normativa, (ii) estabelecer um diagnóstico da situação julgada insatisfatória que “revela uma tensão entre uma realidade vivida e uma realidade desejada”, cuja análise da situação remete a valores que permitem esquadrihar, por conseguinte, as metas (finalidades) estabelecidas.⁵⁴⁶ Por fim, o processo interativo de elaboração legislativa apresenta etapas que devem “responder a uma necessidade prática: ela facilita a apresentação do caminho e das técnicas de análise próprias a cada uma das etapas” que consiste em responder às seguintes questões: “(i) qual é o problema a resolver? (ii) quais são os objetivos a atingir? (iii) como alcançar esses objetivos?”⁵⁴⁷

Sob o prisma da metodologia, ultrapassada a análise da situação e definição do problema, cabe ao legislador se indagar quais os motivos o levam a atuar, mantendo-se atento às demandas que lhe chegam, bem como ter uma clara noção desta polêmica cuja resolução lhe é reivindicada. “Esse distanciamento crítico lhe permite manter o controle da situação, apreciar a natureza do problema em termos de gravidade e urgência e, caso constate a existência de um problema, julgar os meios de ação que ele deve empregar para resolvê-lo.”⁵⁴⁸

Cumpridas as etapas primordiais da abordagem metodológica, quais sejam, análise e definição do problema, é necessário detectar se a intervenção legislativa teve um impacto sobre a realidade. Caso haja menosprezo à situação inicial, provavelmente, a avaliação ulterior da lei será insatisfatória pela condição de multifuncionalidade da lei. Isso porque a legislação por si só não é apenas mecanismo a serviço de objetivos substanciais claramente fixados na norma jurídica. “De maneira geral, contribui para reforçar a confiança dos indivíduos nas instituições e, igualmente, funciona como resposta simbólica às expectativas, quer sejam de efetividade ou de eficácia dessas.”⁵⁴⁹

A existência de um problema pressupõe duas condições básicas, de acordo com Delley. Primeiro, “um estado de tensão, com a percepção de uma distância entre a situação presente e a desejada. O problema nasce da confrontação entre as ordens do ser e do dever ser”⁵⁵⁰; e num

⁵⁴⁵ *Idem.* P. 5.

⁵⁴⁶ DELLEY, Jean-Daniel. *Pensar a lei. Introdução a um procedimento metódico.* Cad. Esc. Legisl., Belo Horizonte, v. 7, n. 12, p. 101-143, jan./jun. 2004. P. 101.

⁵⁴⁷ *Idem.* P. 102/103.

⁵⁴⁸ *Idem.* P. 107.

⁵⁴⁹ *Idem.* P. 107/108.

⁵⁵⁰ *Idem.* P. 109.

segundo momento, “uma imputação de responsabilidade. Sem evidenciar as causas do problema, não há possibilidade de intervenção estatal mediante atuação do Poder/esfera competente.”⁵⁵¹

Essas premissas põem em evidência os pressupostos constitutivos de um problema, um analítico e outro normativo, alude Delley. “A definição do problema acha-se, portanto, em estreita relação com a análise dos fatos e a questão dos valores. O que é percebido como problema se refere sempre a um valor, e o objeto de insatisfação é suscetível de uma descrição empírica.”⁵⁵² As falhas na análise “podem surgir nos dois níveis o dos valores e o dos fatos, conduzindo à preocupação com um problema falso: os fatos considerados não existem ou, se existem, não têm o caráter de gravidade que lhes é atribuído.”⁵⁵³ Logo, o contexto das evidências com relação “à definição do problema consiste em estabelecer os fatos que permitirão apreciar sua consistência, existência e gravidade, demandando ou não intervenção legislativa,”⁵⁵⁴ consoante quadro ilustrado pelo autor⁵⁵⁵:

Quadro 5: Impulso Legiferante

⁵⁵¹ *Ibidem.*

⁵⁵² *Ibidem.*

⁵⁵³ *Ibidem.*

⁵⁵⁴ *Ibidem.*

⁵⁵⁵ *Idem.* P. 110.

Problematizar o impulso legiferante

- **natureza:** em que consiste o problema
- **causas:** a quem atribuir o problema? Em que condições ele surgiu e quais são suas causas?
- **duração:** o problema é permanente ou temporário?
- **dinâmica:** pode-se observar uma evolução do problema (ciclos, regularidade, agravamento)?
- **meios envolvidos:** quem é afetado pelo problema e de que maneira, direta ou indiretamente?
- **Conseqüências:** o que ocorreria caso se omitissem os atores e setores envolvidos?

Com efeito, é necessário estabelecer as causas possíveis atreladas à legislação e que são fonte do problema levantado, dentre as quais se destacam: (i) lacunas na aplicação da lei, que pode ser mal feita ou simplesmente negligenciada; (ii) inadequação dos meios escolhidos em relação ao problema a resolver; (iii) definição imprecisa do problema; (iv) evolução do problema no tempo.⁵⁵⁶

Definida como “uma metodologia da concepção da ação pública e de sua tradução normativa, que procura determinar as melhores modalidades de elaboração, de redação, de edição e de aplicação da norma”⁵⁵⁷, surge a Legística racionalizando a produção legislativa e se apoiando “nas ciências sociais para apreender a realidade e nas ciências da comunicação e da linguagem para formular as normas”.⁵⁵⁸

Em solo nacional, o desenvolvimento e aplicação da Legística segue esse raciocínio. No processo de tomada de decisões políticas, o Poder Legislativo preconiza a necessidade de se utilizar a “Avaliação de Impacto Legislativo” ao assegurar que devem estar baseadas “em análises sólidas, apoiadas pelos melhores dados disponíveis”.⁵⁵⁹

Neste contexto, a Avaliação de Impacto Legislativo (AIL) tivera sua aplicação experimentada por meio da Lei Complementar n. 95, de 26 de fevereiro de 1998 (LC 95/98)⁵⁶⁰,

⁵⁵⁶ *Idem*. P. 113.

⁵⁵⁷ FLÜCKIGER, Alexandre e DELLEY, Jean-Daniel. *A elaboração racional do Direito Privado: da codificação à Legística*. Cad. Esc. Legis., Belo Horizonte, v. 9, n. 14, p. 35-58, jan./dez. 2007. Disponível em: <https://dspace.almg.gov.br/bitstream/11037/1279/3/0001279.pdf> Acesso em: 18 ago.2022. P. 36.

⁵⁵⁸ *Ibidem*.

⁵⁵⁹ DIRETRIZES PARA AVALIAÇÃO DE IMPACTO LEGISLATIVO NA CÂMARA DOS DEPUTADOS. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/gestao-na-camara-dos-deputados/gestao-estrategica-na-camara-dos-deputados/arquivos-de-projetos-corporativos/ail/diretrizes-para-avaliacao-do-impacto-legislativo-das-leis> Acesso em: 19 ago.2022. P. 3.

⁵⁶⁰ Art. 7º O primeiro artigo do texto indicará o objeto da lei e o respectivo âmbito de aplicação, observados os seguintes princípios:

que instituiu regras para elaboração, redação, alteração e consolidação das leis e dos atos normativos, inovando com relação à padronização das leis, embora mais atrelada ao cumprimento de diretrizes de Legística formal (concepção extremamente focada na redação legislativa⁵⁶¹).

A LC 95/98 junto com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LC 101/2000) e a Lei de Acesso a Informações (Lei n. 12.527/2011) formam um sistema que alberga os princípios consagrados na Legística (metodologias utilizadas na produção legislativa brasileira) e na Legisprudência (epistemologia) “que por sua vez redesenham a Teoria da Legislação e apontam para uma hermenêutica própria dos processos de formação dos atos normativos.”⁵⁶²

Desta feita, os termos Teoria da Legislação, Legística ou Legisprudência simbolizam a disciplina que analisa a dimensão do fenômeno legislativo para atingir um patamar de qualidade, aqui entendida como “a possibilidade dos cidadãos (e mesmo os operadores do Direito) de conhecerem as normas que regem as suas vidas, suas obrigações e direitos”⁵⁶³.

Em outras palavras, a Legística é “fruto do deslocamento do enfoque da ciência jurídica da lei posta (*de lege lata*) e de sua eventual validade perante um determinado Ordenamento Jurídico, para o processo de formação da lei nascente (*de lege ferenda*)”⁵⁶⁴, e assim alcançar a legitimidade, efetividade e eficiência das normas.

Buscar leis mais efetivas e eficientes exige uma visão mais ampla do problema, sua natureza e o seu equacionamento. A escala dessa problemática deve pretender solucionar as possíveis consequências socioeconômicas, demográficas, ambientais e legais da norma jurídica a ser proposta (avaliação *ex ante*) ou analisar os impactos e os efeitos concretos que se esperava da lei vigente (avaliação *ex post*). Diante dessa realidade, a elaboração de uma AIL, importante ferramenta de debate no processo legislativo e executada com base em levantamentos estatísticos e projeções de dados, proporciona evidências robustas e facilita a tomada de decisões para adoção, se for o caso, de uma pretendida política pública, na forma de uma lei.

(...)

II - a lei não conterà matéria estranha a seu objeto ou a este não vinculada por afinidade, pertinência ou conexão;

⁵⁶¹ GUIMARÃES, André Sathler e BRAGA, Ricardo de João. *Legística: Inventário semântico e teste de estresse do conceito*. Revista de Informação Legislativa. Brasília a. 48 n. 191 jul./set. 2011. P. 83.

⁵⁶² SOARES, Fabiana de Menezes. *Estudos em Legística*. In: SOARES, Fabiana de Menezes, KAITEL, Cristiane Silva e PRETE, Esther Kulkamp Eyng (Orgs.). *Estudos em Legística*. 1 ed. Florianópolis: Tribo da Ilha. 2019. P. 7.

⁵⁶³ PRETE, Esther Kulkamp Eyng. *Por que surgiu a Legística? Antecedentes históricos de seu surgimento*. In: SOARES, Fabiana de Menezes, KAITEL, Cristiane Silva e PRETE, Esther Kulkamp Eyng (Orgs.). *Estudos em Legística*. 1 ed. Florianópolis: Tribo da Ilha. 2019. P. 17.

⁵⁶⁴ *Idem*. P. 10.

O escopo de evidências tem um roteiro para tomada de decisões pelos Poderes Executivo e Legislativo traçado no anexo do Decreto n. 9.191/2017⁵⁶⁵, cujas questões analisadas são relativas ao: (i) diagnóstico; (ii) alternativas; (iii) competência legislativa; (iv) necessidade de lei; (v) reserva legal; (vi) norma temporária; (vii) medida provisória; (viii) oportunidade do ato normativo; (ix) densidade do ato normativo; (x) direitos fundamentais; (xi) norma penal; (xii) norma tributária; (xiii) norma de regulação profissional; (xiv) compreensão do ato normativo; (xv) exequibilidade; (xvi) análise de custos envolvidos; (xvii) simplificação administrativa; (xviii) prazo de vigência e de adaptação; (xix) avaliação de resultados. De posse das informações coletadas é possível traçar os impactos sobre o orçamento público, os efeitos socioeconômicos, as repercussões sobre os direitos humanos.

O fator transparência, englobando governança e gestão da máquina pública, é outro requisito atrelado à AIL. Tanto assim que o art. 27 do Decreto n. 9.191/2017⁵⁶⁶ impõe à proposta de atos normativos demonstrar em sua exposição de motivos, na hipótese de a proposta de ato normativo gerar despesas, diretas ou indiretas, ou gerar diminuição de receita para o ente público, o atendimento aos preceitos da LRF, assim como os limites individualizados para as despesas primárias, consoante o art. 107 do ADCT da CRFB/88.

Esse processo legislativo quando transparente, englobando gestão de governança do poder público, refletirá a visão de Estado, a ser atingida a médio ou longo prazo, capaz de identificar, gerir e monitorar a evolução e os riscos que possam inibir o alcance dos objetivos, devidamente baseados em estudos e evidências a resultar, mais a frente, na verificação do custo-benefício e do custo-efetividade das políticas públicas implementadas. Enfrentar os problemas surgidos, avaliar os resultados obtidos, corrigir as falhas no decorrer da execução da ação governamental é salvaguardar de riscos, de desperdício de recursos públicos e de atuações inoportunas e inefetivas do Estado.

O propósito para aprimorar políticas públicas com arranjos institucionais baseados em uma política de governança desponta, inicialmente, no parágrafo primeiro do art. 174 da CRFB/88, onde dispõe que “a lei estabelecerá as diretrizes e bases do planejamento do desenvolvimento nacional equilibrado, o qual incorporará e compatibilizará os planos nacionais e regionais de desenvolvimento” (grifei). O escopo dessa premissa consta do Acórdão 811/2017-TCU-Plenário quando aponta a “falta de uniformidade e padronização dos planos nacionais e falta de integração desses com os demais instrumentos de planejamento

⁵⁶⁵ Regulamenta a LC n. 95/1998.

⁵⁶⁶ Estabelece as normas e as diretrizes para elaboração, redação, alteração, consolidação e encaminhamento de propostas de atos normativos ao Presidente da República pelos Ministros de Estado.

governamental” por constar um hiato “d) entre políticas públicas que dependam de integração setorial e federativa, melhorando a eficiência do gasto governamental.”⁵⁶⁷ Decorre dessa Recomendação por parte do TCU e da Organização para a Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE) a elaboração de uma política de governança da Administração Pública federal - Projeto de Lei n. 5.898/2019, embora ainda vigente o Decreto n. 9.203/2017.

Interessante mencionar que a essência da formulação de políticas públicas voltada ao desenvolvimento econômico, tais como diretrizes, indicadores, índices que guardam similitudes com as demais áreas de atuação do poder público, podem, inclusive, ser utilizadas na área da saúde pública, por exemplo. Isso ocorre devido as características intersetoriais da visão integrada da Administração Pública. Os tomadores de decisão levarão em consideração a evolução de problemas de natureza transversal, estampados em dados históricos, culturais, demográficos, socioeconômicos, estatísticos, etc., capazes de permitir a identificação das diversas políticas públicas que necessitam atuar em conjunto com outras ações governamentais empregando idênticos instrumentos de mensuração. São as chamadas evidências, sejam científicas ou empíricas.

A afirmação acima pode ser ilustrada com os eixos econômico, institucional, infraestrutura, ambiental e social da Estratégia Federal de Desenvolvimento para o Brasil, período de 2022 a 2031 - Decreto n. 10.531/2020.⁵⁶⁸ Sua diretriz principal, qual seja, elevar a renda e a qualidade de vida da população brasileira com redução das desigualdades sociais e regionais tem como índice-chave o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Já o eixo institucional, a diretriz principal tem por objetivo aprimorar a governança pública, com foco na entrega efetiva de serviços ao cidadão e na melhoria do ambiente de negócios. O índice-chave é o Índice de Competitividade Global (ICG)⁵⁶⁹, desmembrando-se em: (i) indicadores de governança mundial (voz e *accountability*); (ii) indicadores de governança mundial (estabilidade política); (iii) indicadores de governança mundial (eficácia do governo); (iv) indicadores de governança mundial (qualidade regulatória); (v) indicadores de governança mundial (Estado de Direito); (vi) indicadores de governança mundial (controle da corrupção); (vii) Índice de Governo Digital/*E-Government Development Index* (EGDI), cujo desafio é

⁵⁶⁷ ACÓRDÃO N. 2608/2018 – TCU – PLENÁRIO. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/orcamento/OR2019/TCU-2018/Acordao26082018-TCU-Plenario.pdf> Acesso em: 7 set.2022. P. 15.

⁵⁶⁸ DECRETO N. 10.531, DE 26 DE OUTUBRO DE 2020. Institui a Estratégia Federal de Desenvolvimento para o Brasil no período de 2020 a 2031. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10531.htm Acesso em: 7 set.2022.

⁵⁶⁹ É composto por 26 indicadores aglutinados em oito dimensões: segurança, capital social, freios e contrapesos, desempenho do setor público, transparência, direitos de propriedade, governança corporativa e orientação futura do governo. Disponível em:

melhorar e fortalecer as capacidades de governança e gestão do Estado, governança do setor público, aumentando a eficiência, a eficácia e a efetividade das ações de governo, incorporando ao processo decisório as práticas de avaliação periódica das políticas públicas.

Sendo assim, no cenário de referência do SUS a implantação de políticas públicas nacionais é pressuposto *sine qua non* à plena efetivação dos direitos à saúde, visto que se entrelaçam em suas diretrizes, princípios, atores sociais e instrumentos de atuação dos agentes públicos no atendimento às demandas da sociedade em geral, cujas as orientações previstas no referido Decreto, para a melhoria dos serviços de saúde, são: (i) adequar os serviços de saúde para atendimento às novas demandas decorrentes do envelhecimento populacional; (ii) rever os atos normativos e aperfeiçoar as estratégias voltadas para a redução da judicialização da área de saúde; (iii) melhorar a competitividade da indústria da saúde, reduzindo a dependência externa, com o desenvolvimento e a produção de vacinas, medicamentos, insumos e equipamentos médicos; (iv) aprimorar a gestão do SUS, avançando na articulação entre os setores público e privado (complementar e suplementar), aperfeiçoando os mecanismos de regulação e aumentando a eficiência e a equidade do gasto com adequação do financiamento às necessidades da população; (v) integrar as informações de saúde provenientes das redes pública e privada, a partir da criação de padrão de dados único e da implementação de prontuário eletrônico pelo SUS, a fim de atender à demanda com equidade e eficiência; (vi) fortalecer a atenção primária, por meio da melhoria da estrutura e da ampliação da cobertura e da qualificação dos profissionais para o SUS, de forma integrada com os outros serviços de saúde e com a vigilância em saúde; (vii) reduzir os vazios assistenciais, revisando modelos de financiamento do sistema de saúde e considerando a equidade e a eficiência como critérios para investimentos em saúde; (viii) fortalecer a cooperação entre os entes federativos e resgatar o papel dos Estados na regionalização e organização da rede de atenção; (ix) reforçar as políticas de valorização da vida, de promoção da saúde e de prevenção de doenças; e (x) incrementar as políticas de promoção à prática e à cultura de alimentação saudável e de esportes na prevenção e no tratamento de doenças crônicas.

No plano constitucional, as políticas públicas na área da saúde estão respaldadas pelo art. 198 da CRFB/88 ao estabelecer que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” face ao dever do Estado de prestar serviços públicos na área da saúde de forma universal e integral, sem prejuízo das atividades desenvolvidas pela iniciativa privada. Diante do contexto constitucional, o Brasil inaugura estratégias de transformação cultural na gestão do SUS, em direção à tomada de decisões baseadas em evidências nas três esferas do SUS. A sistematização do uso das

evidências tem por sustentáculo duas vertentes de ações. De um lado, uma estrutura normativa respaldando as atividades e metodologias para a efetivação de integração de seu uso nas práticas de saúde. Por outro lado, um quadro de atos administrativos para o incremento de um modelo de atenção à saúde operacionalizada por uma máquina administrativa efetiva, eficaz e eficiente. Por essa razão passamos a relatar este panorama.

A Portaria n. 2.690/2009 ao instituir a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) consagrou o uso das evidências científicas. Em seu art. 4º, inciso I dispõe que as ações estabelecidas na PNGTS serão orientadas para uma gestão de tecnologias que deve utilizar as evidências científicas e considerar os atributos de segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão. O art. 5º elenca as diretrizes da PNGTS destacando a utilização de evidências científicas para subsidiar a gestão por meio da avaliação de tecnologias em saúde. E no parágrafo único do art. 7º reconhece a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats) como apoio para a geração e a síntese de evidências científicas no campo de Avaliação de Tecnologias em Saúde.⁵⁷⁰

A Lei n. 12.401/2011 trouxe alteração à Lei n. 8.080/1990 para determinar à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS que seu relatório quando se tratar de incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, deverá levar em consideração, necessariamente, as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso (art. 19-Q, § 2º, I).⁵⁷¹

A Portaria n. 2.436/2017⁵⁷², ato normativo que disciplinou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do SUS, estabelece diretrizes para a organização do componente Atenção Básica (AB), na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ao mencionar as características do processo de trabalho na AB consagra o uso das evidências em dois momentos: (i) ao conceituar “resolutividade” como capacidade de identificar e intervir nos riscos,

⁵⁷⁰ PORTARIA N. 2.690, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf Acesso em: 8 set.2022.

⁵⁷¹ LEI N. 12.401, DE 28 DE ABRIL DE 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm Acesso em: 8 set.2022.

⁵⁷² PORTARIA N. 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 8 set.2022.

necessidades e demandas de saúde da população, devendo promover o uso de ferramentas que apoiem e qualifiquem o cuidado realizado pelas equipes, utilizando, por exemplo, a gestão da clínica efetiva, de forma “estruturada com base em evidências científicas”; e, (ii) em etapa posterior, quando cita “planejamento ascendente das ações de saúde” impondo que este deve ser elaborado “com base em parâmetros estabelecidos em evidências científicas”.

Em tempo recente, a Lei n. 13.979/2020⁵⁷³, diante da necessidade de compra de materiais e insumos para atendimento aos pacientes com Covid-19, enfatiza que as medidas para o enfrentamento da pandemia somente poderão ser determinadas com base em evidências científicas considerando o aprendizado sobre as informações estratégicas à promoção e à preservação da saúde pública (art. 3º). A determinação legal abrange os entes subnacionais – Estados, Distrito Federal e municípios, e demonstra a adoção de evidências científicas de medidas proporcionais e restritas aos riscos, tais como “as investigações, inquéritos e estudos epidemiológicos (que devem seguir princípios éticos de pesquisa em seres humanos no Brasil)”.⁵⁷⁴

Sob o título da notícia “sancionada lei que autoriza SUS a receitar remédios sem aval da Anvisa”⁵⁷⁵ a mídia nacional mencionou a Lei n. 14.313/2022⁵⁷⁶ que trata dos processos de incorporação de tecnologias ao SUS e sobre a utilização, pelo SUS, de medicamentos cuja indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A lei em comento altera, de forma significativa, o processo de estudos e desenvolvimento de medicamentos. Em síntese, a legislação permite à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Sistema Único de Saúde (Conitec) aprovar o uso *off-label* de medicamentos com “novas indicações para os medicamentos, aquelas que não estão descritas em bula, sem que garanta efetivamente a segurança ao paciente.”⁵⁷⁷ Em sede de relatório da

⁵⁷³ Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735> Acesso em: 29 ago.2022.

⁵⁷⁴ Projeto de Lei n. 1902, de 2021. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesweb/prop_mostrarintegra?codteor=2015203. Acesso em: 29 ago.2022. P. 26.

⁵⁷⁵ Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/03/22/sancionada-lei-que-autoriza-sus-a-receitar-remedios-sem-aval-da-anvisa> Acesso em: 8 set.2022.

⁵⁷⁶ LEI N. 14.313, DE 21 DE MARÇO DE 2022.
Art. 19-T. (...)

Parágrafo único. Excetuam-se do disposto neste artigo:

I - medicamento e produto em que a indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro na Anvisa, desde que seu uso tenha sido recomendado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), demonstradas as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança, e esteja padronizado em protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde;

⁵⁷⁷ NOTA PÚBLICA DA ABRACRO SOBRE A LEI Nº 14.313/2022. Disponível em: <https://abracro.org.br/noticias/nota-publica-sobre-a-lei-no-14-313-2022/> Acesso em: 8 set.2022.

matéria legislativa o voto do relator reforça a preocupação da comunidade científica ao expor que:

Compreendo a delicadeza do tema posto, em virtude das circunstâncias que temos vivido no decorrer do último ano, **mas a clareza do artigo ao exigir evidências científicas acerca das indicações *off-label* recomendadas pela Conitec afasta quaisquer possibilidades de uso político da Comissão para a adoção de tratamentos clínicos.** (grifo nosso)⁵⁷⁸

O método *off label* é um uso de remédios para outras finalidades não testadas e aprovadas pelo órgão sanitário. Não há evidências científicas, pois evidências comprovadas para determinado quadro clínico podem não ser aplicadas a outras doenças. Na prática, a lei tem um viés político, esvazia as atribuições da Anvisa criando duas hipóteses para retirar de sua competência o processo de aprovação, controle e monitoramento dos medicamentos. No primeiro caso, atribui ao Conitec competência até então inexistente, cuja participação se dava em momento posterior à autorização/registro da Anvisa ao analisar a incorporação do medicamento pelo SUS. A segunda situação do uso *off label* do medicamento é a possibilidade de ser adquirido por meio de organismos multilaterais internacionais.

O Projeto de Lei do Senado (PLS) n. 488, de 2017 (Complementar) acrescenta dispositivos à LC n. 95/1998, Lei da Técnica Legislativa, com o intuito de estabelecer normas e diretrizes para encaminhamento de proposições legislativas que instituem políticas públicas e propiciem melhor responsabilidade gerencial na Administração Pública, haja vista a LC n. 95/1998, marco legal do processo de produção de leis, não tratar, especificamente, da idealização de políticas públicas.

O ponto crucial do PLS n. 488/2017 é tornar obrigatório ao Poder Executivo a elaboração e encaminhamento ao Poder Legislativo a avaliação de impacto legislativo (AIL)⁵⁷⁹ quando da criação de determinada política pública, além de propor diretrizes que contribuirão com o êxito da ação governamental. Elaborada em etapa *ex ante*, ou seja, previamente, à vigência da norma ou da política pública, a AIL que tem por finalidade atenuar possíveis falhas quando da implementação da política pública avaliando sua qualidade, além de maximizar o retorno positivo para a sociedade, em termos de “uma gestão pública mais transparente,

⁵⁷⁸ Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2049390&filename=Avulso+-PL+1613/2021+%28N%C2%BA+Anterior:+PLS+415/2015%29 Acesso em: 8 set.2022. P. 14.

⁵⁷⁹ “Ferramenta de debate no processo legislativo e executada com base em levantamentos estatísticos e projeções de dados, proporciona evidências robustas e facilita a tomada de decisões para adoção, se for o caso, de uma pretendida política pública, na forma de uma lei”, conforme definição contida nas Págs. 192/193.

profissional e eficiente, promovendo uma melhor governança e gestão na Administração Pública.”⁵⁸⁰

O PLS n. 488/2017, aguardando trâmite na Câmara Federal⁵⁸¹, propõe a inclusão dos artigos 17-A, 17-B e 17-C na LC n. 95/1998, com destaque ao art. 17-C ao estipular os requisitos da AIL, grande novidade legislativa no âmbito das políticas públicas. Vejamos:

Art. 17-C. A avaliação prévia de impacto legislativo referida no *caput* do art. 17-A conterá:

I – parecer conclusivo sobre a constitucionalidade, a juridicidade e a regularidade formal do ato normativo proposto;

II – notas explicativas que demonstrem, no que for pertinente, a economicidade, a eficácia, a eficiência e a efetividade das medidas constantes do projeto de lei, contendo:

a) síntese qualitativa e quantitativa da situação ou do problema que requer providências;

b) objetivos da proposição e sua vinculação com a situação ou o problema que requer providências;

c) alternativas existentes para a solução da situação ou do problema identificado, com a respectiva previsão dos impactos econômicos e sociais e a comparação das análises de custo-benefício global de cada alternativa, justificando-se a escolha da solução ou da providência contida no projeto proposto;

d) custos administrativos da solução ou da providência contida no projeto proposto;

e) indicação de prévia dotação orçamentária ou da fonte de recursos, quando a solução ou a providência contida no projeto proposto acarretar despesas, e de como a ação se enquadra no plano plurianual vigente.⁵⁸²

Como se observa o “Projeto de Lei parece estar em sintonia, de alguma forma, com o documento produzido pela Casa Civil da Presidência, chamado: ‘Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise *ex ante*’ (feita antes), publicado nesse ano de 2018”, e dentre os motivos para sua proposição consta, expressamente, o “ ‘amadurecimento democrático da sociedade brasileira’, que demanda cada vez mais controle sobre a atuação estatal, sobretudo quanto à ‘efetividade das ações que empreende visando à melhora da realidade socioeconômica’ ”, como elucida Pâmela de Rezende Côrtes e *et al.*⁵⁸³

⁵⁸⁰ JUSTIFICAÇÃO. Parte integrante do Avulso do PLS n. 488 de 2017. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7326614&ts=1630416791485&disposition=inline> Acesso em: 9 set.2022. P. 6.

⁵⁸¹ Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/131852/pdf> Acesso em: 9 set.2022.

⁵⁸² PARECER Nº 53, DE 2018 – PLEN/SF. *Redação final do Projeto de Lei do Senado nº 488 – Complementar, de 2017*. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7715228&ts=1630416791939&disposition=inline> Acesso em: 9 set.2022. Págs. 3/4.

⁵⁸³ CÔRTEES, Pâmela de Rezende, OLIVEIRA, André Matos de Almeida e LARA, Fabiano Teodoro de Rezende. *Políticas públicas baseadas em evidências comportamentais: reflexões a partir do Projeto de Lei 488/2017 do Senado*. Revista Brasileira de Políticas Públicas. Dossiê Especial. Indução de comportamentos:

Com isso, a produção de novas políticas públicas viria acompanhada de avaliação prévia de impacto legislativo, como também de notas explicativas sobre critérios de economicidade, a eficácia, a eficiência e a efetividade das medidas constantes do projeto de lei.

De forma antagônica a esta iniciativa legislativa, tem-se o exemplo do que ocorreu às políticas públicas sobre drogas - Lei n. 11.343/2006, modificada pela Lei n. 13.840/2019. O debate foi aceso devido os “graves retrocessos nas políticas de drogas”⁵⁸⁴, como bem afirma a nota pública expedida pela Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas (PBPD) em 6 de maio de 2019.

A questão principal, diz o documento, é a desconsideração das evidências abordadas e regulamentadas pela Lei n. 11.343/2006. Através do Projeto de Lei da Câmara (PLC) n. 37/2013, de autoria do então deputado Osmar Terra, à época Ministro da Cidadania, a Lei n. 13.840/2019 trouxe pontos controversos às políticas de drogas que, em síntese, relatamos: (i) Não inclui a atenção psicossocial extra-hospitalar, ao lado do tratamento ambulatorial, como forma prioritária de tratamento dos dependentes de drogas; (ii) Prevê a internação involuntária sem o devido cuidado para que a lei não seja utilizada para o recolhimento em massa da população em situação de rua como forma de higienização das grandes cidades, contrariando a Lei n. 10.216/2001, também não atribui à família ou ao responsável legal o poder de determinar o fim da internação involuntária; (iii) Incorpora “comunidades terapêuticas acolhedoras” no Sisnad, embora a definição seja vaga sem a necessária exigência de equipe mínima especializada para o complexo atendimento a pessoas que usam drogas, e permite incluir no Sisnad instituições que violam direitos humanos⁵⁸⁵; (iv) Dispõe que o planejamento e a execução do projeto terapêutico individual deverão observar, no que couber, o previsto na Lei n. 10.216/2001, cuja normativa dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e das que fazem uso abusivo de drogas, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, priorizando os serviços extra-hospitalares e de base comunitária, em substituição às internações de longa permanência, devendo assim ser mantido o que consta nesta; (v) Prevê a oferta de projetos terapêuticos ao usuário/a ou dependente de drogas que visam à abstinência, sem qualquer menção às outras formas de cuidado e atenção para pessoas

(Neurolaw): Direito, Psicologia e Neurociência. Vol. 8. N. 2. Ago.2018. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/5327/3987> Acesso em: 21 set.2022. P. 433.

⁵⁸⁴ Disponível em: <https://pbpd.org.br/publicacao/nota-publica-sobre-plc-372013/> Acesso em: 11 set.2022.

⁵⁸⁵ Conceito dado através da RESOLUÇÃO Nº 1, DE 19 DE AGOSTO DE 2015 que regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2016/res-n-1-19-8-2015.pdf> Acesso em: 11 set.2022.

que apresentam problemas em decorrência do uso de drogas e que não estão abstinentes, desconsiderando estratégias de redução de danos sociais e à saúde; (vi) Não propõe nenhum indicador de avaliação e monitoramento das ações de prevenção, atenção e tratamento de pessoas que usam drogas; (vii) Não estabelece o intuito de lucro como elemento constitutivo do tipo penal de tráfico, não define critérios objetivos de diferenciação entre traficantes e usuários, e gera possibilidade de aumento de pena em alguns casos, o que na prática produzirá: (a) Superlotação dos sistemas carcerário e socioeducativo, com o encarceramento de pessoas portando pequenas quantidades de drogas⁵⁸⁶; (b) Enormes discrepâncias jurídicas entre o que cada juiz considera tráfico de drogas; (c) Encarceramento em massa da população negra e de baixa renda; (d) Impacto no orçamento dos estados, que arcam com os custos do sistema penitenciário.⁵⁸⁷

Em sede de Ação Civil Pública (ACP)⁵⁸⁸, ano de 2021, a Defensoria Pública da União (DPU) e mais as Defensorias Públicas de Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo, Mato Grosso e Paraná impetram a referida ação, em face da União, por meio da qual requerem que seja determinada a suspensão integral da eficácia da Resolução n. 3, de 24 de julho de 2020, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), e a suspensão de todos os financiamentos federais destinados ao atendimento de adolescentes em comunidades terapêuticas.⁵⁸⁹

A presente ACP busca defender os direitos de crianças e adolescentes em virtude dos efeitos concretos da mencionada Resolução expedida pelo órgão colegiado responsável pela política sobre drogas, sem a participação do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), responsáveis pelas políticas de atendimento à criança e adolescente e de serviços socioassistenciais, respectivamente. A referida Resolução desconsidera a Política Nacional de

⁵⁸⁶ Dados citados na NOTA PÚBLICA SOBRE PLC 37/2013: “De acordo com dados do Infopen (Ministério da Justiça), o número de presos por tráfico saltou de 31.520 (9% do total de pessoas presas), em 2005, para 176.691 (28% do total de pessoas presas), em 2016. Nos presídios femininos, o percentual chega a 62% de mulheres cumprindo pena por tráfico de drogas. O PLC 37/2013 agravará ainda mais essa tendência contraproducente, que vem alimentando o crescimento de organizações criminosas dentro das prisões, a partir do caos penitenciário.” Disponível em: <https://pbpd.org.br/publicacao/nota-publica-sobre-plc-372013/> Acesso em: 11 set.2022.

⁵⁸⁷ NOTA PÚBLICA SOBRE PLC 37/2013. Disponível em: <https://pbpd.org.br/publicacao/nota-publica-sobre-plc-372013/> Acesso em: 11 set.2022.

⁵⁸⁸ PROCESSO Nº: 0813132-12.2021.4.05.8300 - AÇÃO CIVIL PÚBLICA. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/liminar-comunidades-terapeuticas.pdf> Acesso em: 13 set.2022.

⁵⁸⁹ RESOLUÇÃO N. 3, DE 24 DE JULHO DE 2020. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833> Acesso em: 13 set.2022.

Atenção à Saúde Mental e ao Uso de Álcool e Outras Drogas, implantada pela Lei Federal n. 10.216/2001, e traz inovações manifestamente ilegais, que não se mostram adequadas e proporcionais às finalidades previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), na CRFB/88, na Convenção sobre os Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas, na Lei n. 10.216/2001 (que institui os direitos das pessoas com transtorno mental) e na Lei n. 11.343/2006 (Lei Antidrogas), com as alterações trazidas pela Lei n. 13.840/2019.

Anterior à impetração desta ACP, as aludidas Autoras expediram a Recomendação Conjunta n. 3839672 DPU RJ/GABDPC RJ/1DRDH RJ, e recomendaram ao CONAD as seguintes medidas: (i) declaração de nulidade da Resolução n. 3/2020; e (ii) abstenção de deliberar, sem a participação do CONANDA, sobre outras matérias relacionadas ao atendimento de crianças e adolescentes.

Em data posterior à indicação do exercício ilegal da competência regulamentar pelo CONAD, ao expedir a Resolução n. 3/2020, o CONANDA, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), e o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) externaram, de maneira expressa, a posição contrária ao acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas, por intermédio da Recomendação Conjunta n. 1, de 04 de agosto de 2020. No entanto, consta na respectiva ACP que a União se recusou a solucionar extrajudicialmente a questão.

Na data de 11 de julho de 2021 o Juízo Federal de Pernambuco concedeu liminar (ainda em vigor) para (i) a suspensão dos efeitos da Resolução n. 3/2020 - CONAD e, por tal motivo, a suspensão do acolhimento de qualquer adolescente no âmbito das comunidades terapêuticas de todo o país; (ii) o desligamento dos adolescentes atualmente acolhidos, no prazo de 90 (noventa) dias (salvo se lá estiverem por força de alguma decisão judicial), devendo o MS assegurar o regular atendimento de tais jovens, à vista do teor da Portaria de n. 3.088/2011/MS, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, portaria voltada, precisamente, ao atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; (iii) a suspensão de financiamento federal a vagas para adolescentes em comunidades terapêuticas, ressalvado o custeio necessário à manutenção dos adolescentes mencionados no tópico anterior, exclusivamente quanto ao período necessário até seu desligamento.⁵⁹⁰

Em 1º de janeiro de 2022, o Brasil adotou a nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11). Importante ferramenta do cotidiano médico, a CID tem por função monitorar a incidência e prevalência da doença, através de sua padronização universal de traços e sintomas,

⁵⁹⁰ PROCESSO Nº: 0813132-12.2021.4.05.8300 - AÇÃO CIVIL PÚBLICA. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/liminar-comunidades-terapeuticas.pdf> Acesso em: 13 set.2022. P. 31.

problemas de saúde pública, causas externas e circunstâncias sociais, delineando um contexto abrangente da situação em saúde dos países e suas populações.

No âmbito da saúde os conceitos clínicos codificados com CID “são a principal base para o registro de saúde e estatísticas sobre doenças na atenção primária, secundária e terciária, bem como nas declarações de causa de óbito”⁵⁹¹ dentro de uma linguagem comum que proporciona aos profissionais da saúde “compartilhar informações padronizadas em todo o mundo, contendo cerca de 17 mil códigos únicos para lesões, doenças e causas de morte, sustentados por mais de 120 mil termos codificáveis.”⁵⁹²

Adotada pela 72ª Assembleia Mundial da Saúde em 2019 a nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11)⁵⁹³ inseriu novas atualizações e codificações sobre medicina tradicional, saúde sexual e distúrbios relacionados a jogos, adicionados no capítulo sobre transtornos aditivos, além do Transtorno de Deficit de Atenção (TDAH), o Transtorno do Espectro Autista e outros distúrbios mentais, classificando-os como doenças. Todos estes diagnósticos receberam uma categoria e código específicos (código 6A02), estabelecendo subdivisões somente para tipificar prejuízos funcionais na linguagem e deficiências intelectuais. A classificação TDAH foi incluído como déficit no capítulo de Transtornos do Neurodesenvolvimento. Considerado um cadastro para acompanhar a evolução da medicina, a CID é uma ferramenta que auxilia o registro, diagnóstico, análise de incidência, facilitando ações de estatísticas e pesquisa, vigilância e implementação de políticas públicas no campo da saúde.

A CID possui categorias que vão além das codificações de doenças e incluem lesões, exames, motivo para o primeiro contato com o sistema de saúde. Esse novo quadro delineado pela CID-11 já impulsionou a edição da Lei n. 13.861/2019⁵⁹⁴ que incluiu as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista nos censos demográficos, obrigando a inclusão de uma pergunta sobre autismo no questionário de coleta de dados para o Censo de 2022 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Por fim, e com base em sua codificação e dados demográficos coletados, os tomadores de decisão podem identificar, cadastrar o perfil socioeconômico e cultural da pessoa autista, formular e implementar, avaliar e corrigir a ação estatal alocando recursos públicos onde mais

⁵⁹¹ Disponível em: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases> Acesso em: 11 set.2022.

⁵⁹² Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/172116-oms-publica-versao-final-da-nova-classificacao-internacional-de-doencas> Acesso em: 11 set.2022.

⁵⁹³ Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> Acesso em: 11 set.2022.

⁵⁹⁴ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13861.htm#:~:text=L13861&text=Alterar%20a%20Lei%20n%C2%BA%207.853,espectro%20autista%20nos%20censos%20demogr%C3%A1ficos. Acesso em: 11 set.2022.

precisar. Um potente instrumento para construir estratégias de políticas públicas do Estado que reivindica um aparato burocrático que se traduz num conjunto de leis e atos administrativos que contemplem as novas demandas propulsionadas pela nova CID-11.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve como objetivo inicial analisar a atuação governamental e o modelo institucional de cuidados da saúde mental em base comunitária, sob a perspectiva da dinâmica de políticas sociais, preconizadas pela Lei n. 10.216/2001, no âmbito do Amazonas. A premissa fática era pontuada por uma infraestrutura precária, um único hospital psiquiátrico localizado em Manaus para atender a população em geral, e por informações divulgadas durante longos anos na mídia local evidenciando práticas que caracterizavam violações de direitos humanos, exclusão social e inércia do poder público.

As dificuldades enfrentadas não foram poucas. O tema saúde mental carrega há séculos uma discriminação social estrutural e o Brasil não foge à regra. Esse panorama se reflete em escassez de dados, de informações e literatura exígua. Além do mais, constata-se um apagão de dados em sites oficiais, refletindo em mais uma barreira enfrentada durante a pesquisa.

O assunto se mostrou bastante impactante por se tratar de vidas humanas, a maioria pessoas desvalidas e desprotegidas do mínimo existencial, fatos esses relatados com frequência pela imprensa e pesquisadores. A dignidade humana vilipendiada é inconteste. O Amazonas detém um triste cenário, transgredindo flagrantemente a Lei n. 10.216/2001 e contrário às novas diretrizes da saúde pública, preconizadas pela CRFB/88.

Detecta-se uma preocupação da máquina estatal insistir em referendar as políticas voltadas à saúde mental a título de política pública, o que não condiz a realidade. O paradigma de estratégias de cuidados de pessoas com transtornos mentais, consagradas com a reforma psiquiátrica - Lei n. 10.216/2001, com práticas comunitárias e novo modelo de atenção em liberdade, ainda é incipiente na região. Assim, inaugura-se a pesquisa com os principais referenciais que demonstram, ainda hoje, o quão o Amazonas é ausente na lógica de superação das práticas de exclusão, desconsiderando o preceito constitucional de um Estado inclusivo e uma sociedade organizada de forma plural.

No Capítulo I a realidade descortinada do CPER demonstra a deficiência e inércia do Poder Público envolvendo gestores públicos, profissionais de saúde e sociedade civil em geral em resolver ou mitigar os problemas apresentados no modelo de atenção psiquiátrica no estado do Amazonas. As ações públicas, quase inexistentes, são despidas de governança democrática

por completa ausência de equipamentos de promoção de mudança social. O pouco que se realiza no âmbito do CPER tem por fim, apenas, atenuar ou evitar as consequências legais advindas de decisões judiciais, visto que as (raras) providências tomadas em prol dos doentes mentais são impostas pelo Poder Judiciário. É o jogo de contradições entre o que é oficial e o que é real. O que se explicita não condiz com as evidências do cenário apresentado.

Vale lembrar que, ainda no quadriênio 2016-2019, a Política Estadual de Saúde previa a desativação total do CPER, o que até o momento não ocorreu. Neste mesmo documento, o Estado informa que conta com 25 (vinte e cinco) CAPS, sem especificar em quais modalidades, distribuídos em 8 (oito) Regiões de Saúde, e sem enumerar a quantidade de CAPS instalados nestas localidades, destacando que “apenas a Região de Saúde do Purus ainda não dispõe desse serviço”⁵⁹⁵. Portanto, isso representa que os municípios de Boca do Acre (34.958 habitantes), Pauini (19.616 habitantes), Lábrea (47.685 habitantes), Canutama (15.981 habitantes) e Tapauá (16.876 habitantes) possuem um total de população residente estimada em 135.116 habitantes⁵⁹⁶, praticamente, sem qualquer assistência e cuidados no âmbito da saúde mental.

Mais a frente, se compararmos o citado período com o quadriênio 2020-2023, a Política Estadual de Saúde não teve nenhum avanço na assistência e cuidados na área da saúde mental. Aliás, o documento reconhece que neste cenário o Amazonas reflete uma

assistência voltada ao modelo hospitalocêntrico, onde o viés ainda está direcionado às internações psiquiátricas, seja pelos quadros de surtos de primeira vez caracterizados pela ausência de prevenção em saúde mental, ou pela escassez da oferta de medicação, como pela ausência de acompanhamentos sistemáticos dos casos graves e persistentes, culminando na porta giratória da emergência psiquiátrica, entre outros motivos que evidenciam a distância do modelo que almejamos alcançar.⁵⁹⁷

Ou seja, além de um expressivo atraso de mais de 20 (vinte) anos contados da sanção Lei n. 10.216/2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, fica patente e admitida pelo próprio Poder Público a inefetividade, a ineficiência e a ineficácia das políticas públicas de saúde mental no Estado do Amazonas. Mais drástico ainda, se se levar em consideração que, atualmente, em suas 9 (nove) Regiões de Saúde registram-se apenas a existência de 27 (vinte e sete) CAPS, o que resulta somente em um (1) CAPS por Região de Saúde, com exceção de Manaus e Manacapuru que contam com 4 (quatro) e 2(dois), respectivamente. Quer dizer,

⁵⁹⁵ *Idem*. P. 120.

⁵⁹⁶ Dados: 2021. Fonte: IBGE - Estimativas de população. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptAM.def> Acesso em: 10 nov.2022.

⁵⁹⁷ *Idem*. Págs. 103/104.

persiste um abandono, quase completo, na assistência e cuidados da saúde mental de uma população acima de 135.000 habitantes residentes nos mencionados locais.⁵⁹⁸

Sabe-se que as políticas públicas de saúde foram estabelecidas pelo SUS despontando as diretrizes para a Atenção Psicossocial, Portaria MS/GM n. 678/2006, como uma das principais recomendações técnicas voltadas para problemas relacionados à saúde mental. Bons indicadores de saúde dependem de um conjunto de ações públicas focadas em amplas políticas econômicas e sociais para além dos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade em prol da qualidade do cuidado em saúde e o alcance do bem-estar do cidadão.

A plataforma política da reforma sanitária representou a construção histórica do SUS, movimento social com ampla participação da sociedade brasileira, fundado na concepção de determinantes sociais de uma nova estrutura organizacional do processo saúde-doença, resultando num sistema de saúde universal, integral e gratuito.

Diante da importância do SUS como a mais abrangente política pública de saúde mundial, o Capítulo II procurou, de forma prática e sintética, contextualizar o desenvolvimento da área de políticas públicas e como ocorreu o advento da política pública no pensamento científico, os eixos analíticos das políticas públicas, os modelos e análise das políticas públicas e a linha do tempo das políticas públicas em saúde mental no Brasil.

É de se notar que a formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas enfrentam aspectos mais desafiadores na etapa mais complexa desta, isto é, durante sua implementação. Com relação às políticas públicas na área da saúde mental ainda há focos de deficiências e inefetividade na gestão administrativa, expressiva carência de profissional da saúde e capacitação deste, poucos equipamentos sociais, isto é, espaços destinados para o processo de assistência, resistência em se adotar a desospitalização e tratamento em liberdade em algumas localidades, caso típico do Amazonas.

De forma preocupante, o retorno de uma política pública de saúde mental restritiva de liberdade, em especial para os dependentes químicos com o emprego de instrumentos legais como a internação involuntária é uma realidade atual. Nesta perspectiva, configura-se uma política pública com elevada carga ideológica, não só por ausência de comprovação de evidências científicas para a sua efetiva utilização, como também por configurar patente ameaça aos direitos humanos da vítima.⁵⁹⁹

⁵⁹⁸ *Idem*. Págs. 103/104.

⁵⁹⁹ Diante desta realidade e visando coibir excessos, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) editou o Enunciado n. 01 dispondo que “a tutela individual para internação de pacientes psiquiátricos ou em situação de drogadição ocorrerá pelo menor tempo possível, sob estrito critério médico. As decisões que imponham tal obrigação devem determinar que seus efeitos cessarão no momento da alta concedida pelo médico que

Políticas públicas informadas por evidências possuem potencial de aprimorar sistemas públicos de saúde. O uso de evidências, sejam científicas e/ou empíricas, permite identificar problemas, traçar formas de intervenções para confrontá-los, analisar a qualidade das evidências e optar a que melhor prover de acordo com valores sociais, econômicas, culturais e normas constitucionais e legais.

O uso de evidências nas políticas públicas fora incentivado pela OPAS na década de 90 do século passado. Em 2010, o Brasil implementou o NEv em experiência piloto no município de Piripiri-Piauí.

O Capítulo III trata das políticas públicas baseadas em evidências e discorre sobre a evolução histórica e conceitual de políticas públicas baseadas em evidências, cognição humana como política da evidência, as evidências nas questões epistemológicas do Direito e o Direito e o movimento das evidências na legislação brasileira.

Já a visão do Direito e o movimento das evidências na legislação brasileira partiu da análise do processo legislativo, em especial da Ciência Legística e da LC n. 95/1998. O PLS n. 488/2017, aguardando trâmite na Câmara Federal, propõe a inclusão, dentre outros, do artigo 17-C ao estipular os requisitos da AIL, grande novidade legislativa no âmbito das políticas públicas.

Embora o Anexo do Decreto n. 9.191/ 2017 que regulamenta a LC n. 95/1998 não traga em seu conteúdo, de forma explícita o termo “evidência”, é incontestável o avanço desta em nosso ordenamento legal, de maneira a estampar a gestão de governança da máquina pública, refletindo a visão de Estado.

Por fim, no campo das políticas públicas baseadas em evidências na área da saúde, a Portaria n. 2.690/2009, que instituiu a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), consagrou o uso das evidências científicas. Entretanto, vale um adendo: no âmbito da saúde mental ainda é inexistente a estruturação legiferante fundada em evidências, resultando, via de regra, ausência de formulação de políticas públicas baseadas em evidências voltadas aos que padecem de transtornos mentais.

atende o paciente na respectiva instituição de saúde, devendo o fato ser imediatamente comunicado pelo prestador do serviço ao Juízo competente.” Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf> Acesso em: 10 nov.2022.

5. REFERÊNCIAS

AÇÃO CIVIL PÚBLICA (ACP) n. 785-09.2014.4.3200/ 1ª Vara Federal do Amazonas. ACÓRDÃO N. 2608/2018 – TCU – PLENÁRIO. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/orcamento/OR2019/TCU-2018/Acordao26082018-TCU-Plenario.pdf> Acesso em: 7 set.2022.

AFONSO, José Roberto R. e RIBEIRO, Leonardo. *Revisão dos gastos públicos no Brasil*. Disponível em: <https://observatorio-politica-fiscal.ibre.fgv.br/sites/observatorio-politica->

fiscal.ibre.fgv.br/files/u52/ze_leonardo_conjuntura_economica_2020_09_baixa.pdf Acesso em: 15 fev.2021.

ALA-HARJA, Marjukka e HELGASON, Sigurdur. *Em direção às melhores práticas de avaliação*. **Revista do Serviço Público**. Ano 51 Número 4 Out-Dez 2000. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/334/340> Acesso em: 10 jul.2021.

ALMOND, Gabriel A. *Una disciplina segmentada. Escuelas y corrientes en las ciencias políticas*. **Fondo de Cultura Económica**. México, D. F. 1990.

ANTUNES, Mitsuo Aparecida Makino. *A Psicologia no Brasil: Um ensaio sobre suas contradições*. **Psicologia: Ciência e Profissão**. 2012 (num. Esp), 44-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/j6f3HznKpVNrwSKM3gcPGpy/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 5 jan.2020.

BARRETO, Lima. “O Diário do Hospício” e “O Cemitério dos Vivos”. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204210/4101373/diario_hospicio_cemiterio_vivos.pdf Acesso em: 10 jan. 2020.

ARANHA, Bento de Figueiredo Tenreiro. *Um olhar pelo passado*. **Imprensa Oficial**. Pág. 13. 1897.

ARRETCHE, Marta. *Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia*. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a02v08n2.pdf> Acesso em: 23 jan.2021.

ATA Nº 33, DE 8 DE SETEMBRO DE 2010. **TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A14D7BBDF2014D8BB7D76D0128> Acesso em: 21 jan.2021.

ARAÚJO, Luísa e RODRIGUES, Maria de Lurdes. *Modelos de análise das políticas públicas. Sociologia, problemas e práticas*, n.º 83, 2017, pp. 11-35. Disponível em: <https://journals.openedition.org/spp/2662> Acesso em: 26 jul. 2021.

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: *Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos* /Tribunal de Contas da União; Relator Auditor Lincoln Magalhães da Rocha. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2005. 40p. – (**Sumários Executivos. Nova série; 1**). P. 16. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327142D344A> Acesso em: 22 jan. 2020.

AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS : GUIA PRÁTICO DE ANÁLISE *EX ANTE*, volume 1/ Casa Civil da Presidência da República, **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. – Brasília : Ipea, 2018. v. 1 (192 p.). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180319_avaliacao_de_politicas_publicas.pdf Acesso em: 22 out.2020.

BARRETO, Jorge Otávio Maia e SOUZA, Nathan Mendes. *Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí*. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1):25-34, 2013. Disponível em:

<https://go.gale.com/ps/i.do?p=IFME&u=googlescholar&id=GALE|>

A318628756&v=2.1&it=r&sid=googleScholar&asid=25db741f Acesso em: 31 ago. 2022.

BARROS, Denise Dias. *O Processo de Trieste: Cartografia de uma transformação institucional*. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. V. 2. N. 2. 1991. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/35/40> Acesso em: 30 dez.2019.

BARROS, Régis Eric Maia, TUNG, Teng Chei, MARI, Jair de Jesus. *Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira*. Revista Brasileira de Psiquiatria • vol 32 • Supl II • out2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/xQ7NkgJ4VHTTPZ6Vsz76mpS/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 9 ago.2022.

BARROS, Sônia; PINTO, Anaísa Cristina; FONSECA, Laís Mariana da; FLORIANO, Lara Simone Messias e SANTOS, Jussara Carvalho dos. *Inclusão Social: Revisão Integrativa de Estudos de um Grupo de Pesquisa Brasileiro*. Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//Volume 2. 2017. Disponível em:

[https://repositorio.usp.br/directbitstream/6f645e0c-1724-472f-853e-](https://repositorio.usp.br/directbitstream/6f645e0c-1724-472f-853e-2bf5252c61d4/BARROS%2C%20S%20doc%2040e.pdf)

2bf5252c61d4/BARROS%2C%20S%20doc%2040e.pdf Acesso em: 9 fev.2022.

BECKER, Sandra Greice, MARTINI, Jussara Gue, BOUSFIELD, Andréa Barbará da Silva, COÊLHO, Prisca Dara Lunieres Pêgas. *Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro: Revisitando a História e Compartilhando Memórias*. Hist enferm Rev eletronica [Internet]. 2017;8 (1):7-17. P. 11. Disponível em:

<http://here.abennacional.org.br/here/v8/n1/a02%20-%20Centro%20Psiquiatrico%20Eduardo%20Ribeiro%20-%20Revisitando%20a%20Historia%20e%20Compartilhando%20Memorias.pdf> Acesso em: 6 mar.2019.

BITENCOURT NETO, Eurico. *Concertação Administrativa Interorgânica*. São Paulo: Almedina. 2017.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 dez. 2019.

_____. Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm Acesso em: 27 dez.2019.

_____. Decreto-lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm Acesso em: 13 jan.2020.

_____. Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm Acesso em: 11 jan.2020.

_____. Decreto n. 98.386, de 9 de dezembro de 1989. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d98386.htm Acesso em: 11 jan.2020.

_____. Decreto n. 40, de 15 de fevereiro de 1991. Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0040.htm Acesso em: 19 jan.2020.

_____. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm Acesso em: 7 ago.2022.

_____. Emenda Constitucional n. 108, de 26 de agosto de 2020. Altera a Constituição Federal para estabelecer critérios de distribuição da cota municipal do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS), para disciplinar a disponibilização de dados contábeis pelos entes federados, para tratar do planejamento na ordem social e para dispor sobre o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb); altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; e dá outras providências. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/emenda-constitucional-n-108-274384345> Acesso em: 17 set.2022.

_____. Emenda Constitucional n. 109, de 15 de março de 2021. Altera os arts. 29-A, 37, 49, 84, 163, 165, 167, 168 e 169 da Constituição Federal e os arts. 101 e 109 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; acrescenta à Constituição Federal os arts. 164-A, 167-A, 167-B, 167-C, 167-D, 167-E, 167-F e 167-G; revoga dispositivos do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e institui regras transitórias sobre redução de benefícios tributários; desvincula parcialmente o superávit financeiro de fundos públicos; e suspende condicionalidades para realização de despesas com concessão de auxílio emergencial residual para enfrentar as consequências sociais e econômicas da pandemia da Covid-19. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc109.htm Acesso em: 17 set.2022.

_____. Lei n. 9.455, de 7 de abril de 1997. Define os crimes de tortura e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19455.htm Acesso em: 21 jan.2020.

_____. Lei n. 12.847, de 2 de agosto de 2013. Institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112847.htm Acesso em: 17 dez.2020.

_____. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm Acesso em: 7 ago.2022.

_____. Lei n. 13.861, de 18 de julho de 2019. Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista nos censos demográficos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13861.htm#:~:text=L13861&text=Altera%20a%20Lei%20n%C2%BA%207.853,espectro%20autista%20nos%20censos%20demogr%C3%A1ficos. Acesso em: 11 set.2022.

_____. Lei n. 14.313, de 21 de março de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre os processos de incorporação de tecnologias ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a utilização, pelo SUS, de medicamentos cuja indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Acesso em: 8 set.2022.

_____. Decreto n. 8.777, de 11 de maio de 2016. Institui a Política de Dados Abertos do Poder Executivo federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8777.htm Acesso em: 10 jun.2020.

_____. Decreto n. 9.084/2017 (Revogado pelo Decreto n. 10.600/2021). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9084.htm Acesso em: 22 dez. 2021.

_____. Decreto n. 9.191, de 1º de novembro de 2017. Estabelece as normas e as diretrizes para elaboração, redação, alteração, consolidação e encaminhamento de propostas de atos normativos ao Presidente da República pelos Ministros de Estado. Diário Oficial da União, Brasília, 1 nov. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9191.htm#art59 Acesso em: 22 dez. 2021.

_____. Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm Acesso em: 3 out.2022.

_____. Decreto n. 10.531, de 26 de outubro de 2020. Institui a Estratégia Federal de Desenvolvimento para o Brasil no período de 2020 a 2031. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10531.htm Acesso em: 7 set.2022.

_____. Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm Acesso em: 9 jan.2020.

_____. Lei n. 13.844, de 18 de junho de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios; altera as Leis nos 13.334, de 13 de setembro de 2016, 9.069, de 29 de junho de 1995, 11.457, de 16 de março de 2007, 9.984, de 17 de julho

de 2000, 9.433, de 8 de janeiro de 1997, 8.001, de 13 de março de 1990, 11.952, de 25 de junho de 2009, 10.559, de 13 de novembro de 2002, 11.440, de 29 de dezembro de 2006, 9.613, de 3 de março de 1998, 11.473, de 10 de maio de 2007, e 13.346, de 10 de outubro de 2016; e revoga dispositivos das Leis nos 10.233, de 5 de junho de 2001, e 11.284, de 2 de março de 2006, e a Lei nº 13.502, de 1º de novembro de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13844.htm Acesso em: 9 jan.2020.

_____. Decreto n. 10.321, DE 15 DE ABRIL DE 2020. Regulamenta a Lei n. 13.971/2019. Institui o Plano Plurianual da União para o período 2020 a 2023, e altera o Decreto n. 9.834/2019, que institui o Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.321-de-15-de-abril-de-2020-252726412> Acesso em: 21 jan.2021.

_____. Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm Acesso em: 19 jan.2020.

_____. Lei n. 8.072, de 25 de julho de 1990. Dispõe sobre os crimes hediondos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18072.htm Acesso em: 27 dez.2021.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica do SUS). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso em: 3 dez.2020.

_____. Lei n. 9.455, de 7 de abril de 1997. Define os crimes de tortura. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19455.htm Acesso em: 19 jan.2020.

_____. Lei n. 9.840, de 28 de setembro de 1999. Altera dispositivos do Código Eleitoral. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19840.htm Acesso em: 27 dez.2021.

_____. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm Acesso em: 29 jun.2019.

_____. Lei n. 10.260, de 12 de julho de 2001. Dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao estudante do Ensino Superior (FIES). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110260.htm Acesso em: 22 out.2020.

_____. Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm Acesso em: 1 ago.2022.

_____. Lei n. 10.836/2004 (Revogada pela Lei n. 14.284, de 2021). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm Acesso em: 22 out.2020.

_____. Lei n. 11.124, de 16 de junho de 2005. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social – SNHIS, cria o Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social – FNHIS e institui o Conselho Gestor do FNHIS. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111124.htm Acesso em: 28 dez.2021.

_____. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm Acesso em: 28 dez.2021.

_____. Lei n. 11.977, de 7 de julho de 2009. Dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida – PMCMV e a regularização fundiária de assentamentos localizados em áreas urbanas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/111977.htm Acesso em: 22 out.2020.

_____. Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei n. 8.080/1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm Acesso em: 19 jan.2020.

_____. Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm Acesso em: 10 jun.2020.

_____. Lei n. 12.847, de 2 de agosto de 2013. Institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112847.htm Acesso em: 19 jan.2020.

_____. Lei n. 13.089, de 12 de janeiro de 2015. Institui o Estatuto da Metrópole. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113089.htm Acesso em: 21 jan.2021.

_____. Lei n. 13.502/2017 (revogada pela Medida Provisória n. 870/2019, transformada na Lei n. 13.844/2019).

_____. Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis n. 11.343/2006, 7.560/1986, 9.250/1995, 9.532/1997, 8.981/1995, 8.315/1991, 8.706/1993, 8.069/1990, 9.394/1996, e 9.503/1997, os Decretos-Lei n. 4.048/1942, 8.621/1946, e 5.452/1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Disponível em: Acesso em: 28 dez.2021.

_____. Lei n. 13.844, 18 de junho de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Disponível em: Acesso em: 28 dez.2021.

_____. Lei n. 13.971, 27 de dezembro de 2019. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2020 a 2023. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13971.htm Acesso em: 28 dez.2021.

_____. Lei n. 14.245, 22 de novembro de 2021 (Lei Mariana Ferrer). Altera os Decretos-Leis n. 2.848/1940 (Código Penal), e 3.689/1941 (Código de Processo Penal), e a Lei nº 9.099/1995 (Lei dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais), para coibir a prática de atos atentatórios à dignidade da vítima e de testemunhas e para estabelecer causa de aumento de pena no crime de coação no curso do processo. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14245.htm Acesso em: 28 dez.2021.

_____. Lei Complementar n. 135, de 4 de junho de 2010. Altera a Lei Complementar n. 64/1990, que estabelece casos de inelegibilidade, prazos de cessação e determina outras providências, para incluir hipóteses de inelegibilidade que visam a proteger a probidade administrativa e a moralidade no exercício do mandato. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp135.htm Acesso em: 9 fev.2022.

_____. Presidência da República. Secretaria de Direito Humanos. *Questões fundamentais para prevenção à tortura no Brasil/Coordenação Geral de Combate à Tortura (ORG) – 1. Ed – Brasília. Secretaria de Direitos Humanos, 2015. 278 p. Disponível em: <http://www.defensoria.es.def.br/site/wp-content/uploads/2020/01/2016-questoes-fundamentais-1.pdf> Acesso em: 19 jan.2020.*

CAETANO, Rosângela, HAUEGEN, Renata Curi e OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. *A incorporação do nusinersena no Sistema Único de Saúde: uma reflexão crítica sobre a institucionalização da avaliação de tecnologias em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública.* 2019. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-35-08-e00099619.pdf> Acesso em: 25 set.2022.

CARLEY, Michael. *Rational Techniques in policy analysis.* London: Heinemann Education Books. 1980. Tradução livre.

CARRARA, Sérgio Luis. *A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil.* Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2010; 20(1): 16-29. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/04.pdf> Acesso em: 9 jan.2020.

CAMATTA, Bianca e KILRYANN, Adrielly. *Brasil conta com apenas 52 unidades públicas de emergência psiquiátrica.* Jornal USP. Publicado em: 12 jul.2022. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/brasil-counta-com-apenas-52-unidades-publicas-de-emergencia-psiquiatrica/> Acesso em: 9 ago.2022.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt e BRASIL, Felipe Gonçalves. *Análise de políticas públicas: uma revisão da literatura sobre o papel dos subsistemas, comunidades e redes.* Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/sbMLWs45nJHbxvVnqBHn6Dq/?lang=pt> Acesso em: 7 fev.2022.

CAVALCANTE, Pedro Luiz Costa. *Transformações Contemporâneas no Estado Brasileiro: macrorreformas ou inovações incrementais na era da governança? In: Reformas do Estado no Brasil Trajetórias, Inovações e Desafios.* Pedro Luiz Costa Cavalcante e Mauro Santos Silva (Orgs.) – Brasília, DF: CEPAL: Rio de Janeiro: Ipea, 2020. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46605/1/S2100028_pt.pdf Acesso em: 30 nov.2020.

58ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. GINEBRA, 16-25 DE MAYO DE 2005. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A58_2005_REC1-sp.pdf Acesso em: 27 ago.2022.

CEZAR, Kilma Gonçalves. *O eterno retorno do espaço: a espacialidade no planejamento e nas políticas públicas do governo federal, 1950-2010*. 2012. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12499/1/2012_KilmaGon%C3%A7alvesCezar%20%282%29.pdf Acesso em: 26 jul.2021.

CHERMACK, Thomas J. *Mental Models in Decision Making and Implications for Human Resource Development*. Advances in Developing Human Resources Vol. 5, No. 4 November 2003 408-422. DOI: 10.1177/1523422303257373 Copyright 2003 Sage Publications. Tradução livre.

COLETÂNEA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Síntese de evidências para políticas de saúde estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão*. 1 ed. 1 reimpressão. 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_1ed.pdf Acesso em: 25 ago.2022.

COMISSÃO ESPECIAL - PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO Nº 241-A, DE 2016. Trecho do Relatório do Deputado Darcísio Perondi, Relator da Proposta de Emenda à Constituição n. 241-A, de 2016. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=707DBEA2C7955711FC6BA48AD7EA4E93.proposicoesWebExterno2?codteor=1496691&filename=Tramitacao-PEC+241/2016 Acesso em: 12 fev.2021.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2.: Brasília: 1992). *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p. I. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf Acesso em: 1 jan.2020.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. *Caso Ximenes Lopes versus Brasil*. Sentença de 4 de julho de 2006. (Mérito, Reparações e Custas) Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf Acesso em: 1 jan.2020.

CÔRTEZ, Pâmela de Rezende, OLIVEIRA, André Matos de Almeida e LARA, Fabiano Teodoro de Rezende. *Políticas públicas baseadas em evidências comportamentais: reflexões a partir do Projeto de Lei 488/2017 do Senado*. Revista Brasileira de Políticas Públicas. Dossiê Especial. Indução de comportamentos: (Neurolaw): Direito, Psicologia e Neurociência. Vol. 8. N. 2. Ago.2018. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/5327/3987> Acesso em: 21 set.2022. DELLEY, Jean-Daniel. *Pensar a lei. Introdução a um procedimento metódico*. Cad. Esc. Legisl., Belo Horizonte, v. 7, n. 12, p. 101-143, jan./jun. 2004.

DIRETRIZES METODOLÓGICAS: DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO ECONÔMICA. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2014. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_diretriz_avaliacao_economica.pdf Acesso em: 25 set.2022.

DENYER, David and TRANFIELD, David. The SAGE Handbook of Organizational Research Methods. BUCHANAN, David and BRYMAN, Alan (Orgs.). In: *Producing A Systematic Review*. London: Sage_Publishing. 2009.

DEPENDÊNCIA QUÍMICA. Revista de audiências públicas do Senado Federal Ano 2 – Nº 8 – agosto de 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/acervo-historico/em-discussao> Acesso em: 9 fev.2022.

DEPOIMENTO DE MARILUCIA MELO MEIRELLES NA 137A AUDIÊNCIA DA CEV “*Rubens Paiva*”, em 29 de agosto de 2014. Disponível em: http://comissaodaverdade.al.sp.gov.br/relatorio/tomo-i/downloads/I_Tomo_Parte_2_Ditadura-e-saude-mental.pdf Acesso em: 29 jun.2019.

DIAS, Raphael Igor, BARRETO, Jorge Otávio Maia e SOUZA, Nathan Mendes. *Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso*. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2014.v36n1/50-56/> Acesso em: 27 ago.2022.

DIAZ, Fernando Sobhie. *Os Movimentos Sociais na Reforma Psiquiátrica: O “Novo” na História da Psiquiatria do Brasil*. Disponível em: <http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/images/teses/tesefernandosobhie.pdf> Acesso em: 9 jan.2020.

DOMINGUES, Bruno. *Amarante: ‘É a cultura que faz pessoas demandarem manicômio, exclusão, limitação’*. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/amarante-e-cultura-que-faz-pessoas-demandarem-manicomio-exclusao-limitacao> Acesso em: 14 jan.2020.

DUARTE, Pedro Henrique Evangelista e GRACIOLLI, Edílson José. *A teoria da dependência: interpretações sobre o (sub)desenvolvimento na América Latina*. Disponível em: https://www.unicamp.br/cemarx/anais_v_coloquio_arquivos/arquivos/comunicacoes/gt3/sessao4/Pedro_Duarte.pdf Acesso em: 5 ago.2021.

DRAIBE, Sonia Miriam. *Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas*. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/handle/11465/1763> Acesso em: 10 jan.2021.
ENTRE RIOS. Disponível em: <https://colegioequipe.g12.br/wp-content/uploads/2020/04/Entre-rios-%E2%80%93-a-urbaniza%C3%A7%C3%A3o-de-S%C3%A3o-Paulo.pdf> Acesso em: 9 fev.2022.

EPSTEIN, Lee e KING, Gary. *Pesquisa empírica em direito: as regras de inferência*. São Paulo: Direito GV, 2013. Coleção acadêmica livre. PDF. Título original: The rules of inference - Vários tradutores. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/11444> Acesso em: 18 jul.2022.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME (UNODC). *Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela)*.

Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf Acesso em: 19 jan.2020.

FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico: curso dado no College de France (1973-1974)*. Edição estabelecida por Jacques Lagrange, sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana; tradução Eduardo Brandão; revisão técnica Salma Tannus Muchail, Márcio Alves da Fonseca. Martins Fontes: São Paulo. 2006.

_____. *A arqueologia do saber*. 7 ed. 3 reimpressão. Rio de Janeiro: Forense Universitária. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4070132/mod_resource/content/1/FOUCAULT.pdf Acesso em: 5 jan.2020.

FERNANDES, Sandra Michelle Bessa. *Nise da Silveira e a saúde mental no Brasil: um itinerário de resistência*. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/21426/1/NiseSilveiraSa%C3%BAde_Fernandes_2015.pdf Acesso em: 9 jan.2020.

FUCHS, Christian. *Como podemos definir vigilância? How to define surveillance?* MATRIZES. Ano 5 – nº 1 jul./dez. 2011 - São Paulo - Brasil – CHRISTIAN FUCHS p. 109-136. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/matrizes/article/download/38311/41154> Acesso em: 21 dez.2021.

FREUD, Sigmund. *Neurose, Psicose, Perversão*. São Paulo: Autêntica. 2016.
FURTADO, Erikson F., CORRADI-WEBSTER, Clarissa M. *Assistência psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5044846/mod_resource/content/1/Texto%20de%20apoio%20-%20Artigo%20Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20Mental.pdf Acesso em: 30 dez.2019.

GIGERENZER, Gerd. *Gut Feelings: The intelligence of the unconscious*. Viking Penguin. 1 ed. 2007. Tradução livre.

GLADWELL, Malcolm. *Blink. A decisão num piscar de olhos*. Tradução de Nivaldo Montingelli Jr. 1 ed. Rio de Janeiro: Rocco. 2005.

GODOY, Ana Boff de. *Arquivos de Barbacena, a Cidade dos Loucos: o manicômio como lugar de aprisionamento e apagamento de sujeitos e suas memórias*. Revista Investigações Vol. 27, nº 2, Julho/2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/INV/article/view/1217/942> Acesso em: 1 jan.2020.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva. 1974. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/Manicomios-prisoas-e-conventos.pdf> Acesso em: 8 jan.2020.

GOMES, Emerson Cesar da Silva. *O direito dos gastos públicos no Brasil*. São Paulo: Almedina. 2015.

GOMES, Sandra. *Sobre a viabilidade de uma agenda de pesquisa coletiva integrando implementação de políticas, formulação e resultados*. In: Teoria e análises sobre implantação

de políticas públicas no Brasil/organizadora, Gabriela Lotta. -- Brasília: Enap, 2019.

Disponível em:

https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf Acesso em: 19 fev.2021.

GOULART, Maria Stella Brandão. *As raízes italianas do movimento antomaniacomial*.

Disponível em:

https://books.google.com.br/books?id=AB_6oYoguvwC&pg=PA41&lpg=PA41&dq=III+ENCNTRO+DA+REDE+INTERNACIONAL+DE+ALTERNATIVAS+À+PSIQUIATRIA+1977&source=bl&ots=HRMMbsZcl4&sig=ACfU3U0qvYU6HRas2cC2dUatqfqm_SJeg&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ahUKEwil5p76_N3mAhUqF7kGHYEQBQIQ6AEwAAnoECAoQBA#v=onepage&q=III%20ENCONTRO%20DA%20REDE%20INTERNACIONAL%20DE%20ALTERNATIVAS%20À%20PSIQUIATRIA%201977&f=false Acesso em: 30 dez.2019.

_____. *Em nome da razão: quando a arte faz história*. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2010; 20(1): 36-41. Disponível em:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:iXNmPCcp4gUJ:https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/19941/22021/0+&cd=9&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 16 jan.2020.

GOUVEIA PASSOS, Rachel. ALBUQUERQUE COSTA, Rosane de. GONÇALVES DA SILVA, Fernanda. *Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial*. 1 ed. Rio de Janeiro: Gramma. 2017.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa, DIAS, Maria Tereza Fonseca e NICÁCIO, Camila Silva. *(Re)pensando a Pesquisa Jurídica: Teoria e Prática*. 5 ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Almedina. 2020.

HAACK, Susan. *Epistemology and the Law of Evidence: Problems and Projects*. In: Evidence Matters Science, proof, and truth in the law. TWINING, William; McCRUDDEN, Christopher e MORGAN, Bronwen (Orgs). Cambridge University Press. 2014. Tradução livre.

HARVEY, David. *Cidades Rebeldes: do direito a cidade à revolução urbana*. São Paulo: Martins Fontes. 2014.

_____. *Epistemologia: quem precisa dela?* Tradução: Tiago Luís Teixeira de Oliveira. Griot: Revista de Filosofia, Amargosa - BA, v.19, n.2, p.330-342, junho, 2019.

Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Susan-Haack/publication/334151515_EPISTEMOLOGIA_QUEM_PRECISA_DELA_1/links/5d1fa15b299bf1547c9b8dcb/EPISTEMOLOGIA-QUEM-PRECISA-DELA-1.pdf?origin=publication_detail Acesso em: 26 jan.2022.

HIDALGO, Luciana. *Arthur Bispo do Rosário: O senhor do labirinto*. Edição revista. Rio de Janeiro: Rocco. 2011.

HOWLETT, Michael, RAMES, M. e PERL, Anthony. *Política pública. seus ciclos e subsistemas: Uma abordagem integral*. 1ª ed. 3ª tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier. 2013.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL: RELATÓRIO DE INSPEÇÃO NACIONAL. *Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM). Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos*, 2018: Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/mpf-e-mp-am-ajuizam-acao-para-exigir-atendimento-digno-no-hospital-psiquiatrico-eduardo-ribeiro> Acesso em: 22 jan.2020.

JANNUZZI, Paulo de Martino. *Avaliação de programas sociais: conceitos e referenciais de quem a realiza*. Est. Aval. Educ., São Paulo, v. 25, n. 58, p. 22-42, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/index.php/ae/article/view/2916/2768> Acesso em: 10 jul.2021.

_____. *Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil*. Revista do Serviço Público Brasília 56 (2): 137-160 Abr/Jun 2005. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2025/1/39-32-PB.pdf> Acesso em: 4 jan.2022. P. 138 e 142.

JOHN, Peter. *Analyzing Public Policy*. 2 ed. Routledge. 2012. Disponível em: <https://www.routledge.com/Analyzing-Public-Policy/John/p/book/9780415476270> Acesso em: 25 out.2021. Tradução livre.

JONES, Bryan D. e BAUMGARTNER, Frank R. *A Model of Choice for Public Policy*. Journal of Public Administration Research and Theory. Vol. 15, Issue 3, July 2005, Pages 325–351. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpart/article/15/3/325/941117> Acesso em: 8 fev. 2022. Tradução livre.

KAHAN, Dan M. *What is the “science of science communication”?* Journal of Science Communication, Vol. 14, N. 3, 2015. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2562025 Acesso em: 1 out.2022. Tradução livre.

KAHAN, Dan M. *Why Smart People Are Vulnerable to Putting Tribe Before Truth*. Disponível em: <https://blogs.scientificamerican.com/observations/why-smart-people-are-vulnerable-to-putting-tribe-before-truth/> Acesso em: 4 out.2022. Tradução livre.

KAHNEMAN, Daniel. *Rápido e devagar: duas formas de pensar*. Tradução Cássio de Arantes Leite. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

KINGDON, John W. *Agendas, alternativas e políticas públicas*. 2033. Estados Unidos. Disponível em: <https://www.icpsr.umich.edu/web/ICPSR/studies/28024> Acesso em: 8 fev.2022. Tradução livre.

LASSWELL, Harold Dwight. *Política: Quem ganha o que, quando, como*. Trad. de Marco Aurélio dos Santos Chaudon. Brasília: Universidade de Brasília. 1984, c 1936. P. 25/27.

LOWI, Theodore. *Distribuição, regulação, redistribuição: as funções do governo*. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5066893/mod_resource/content/1/Distribuicao-Regulacao-Redistribuicao-Lowi.pdf Acesso em: 12 fev.2021.

LOPES, Randiza Santis. *Entre a atenção à saúde e a legalidade: A atuação do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (parte II)*. Revista Zona de Impacto ANO 15 / 2 - 2013 - Julho/Dezembro. pp. 139-185. Disponível em:

<http://www.revistazonadeimpacto.unir.br/Randiza%20Ano%2015%202.pdf> Acesso em: 22 jan. 2020.

LOTTA, Gabriela Spanghero. *A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas*. In: Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil/organizadora, Gabriela Lotta. - Brasília: Enap, 2019.

Disponível em:

https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf Acesso em: 19 fev.2021.

LOTTA, Gabriela Spanghero; PIRES, Roberto Rocha Coelho e OLIVEIRA, Vanessa Elias. *Burocratas de médio escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas*. Revista do Serviço Público Brasília 65 (4): 463-492 out/dez 2014. Brasília. 2014.

Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1836/1/562-2210-1-PB.pdf> Acesso em: 20 fev. 2021.

MACHADO, Roberto, LOUREIRO, Angela, LUZ, Rogério e MURICY, Katia. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal. 1978.

Disponível em:

<http://www.historiaecultura.pro.br/cienciaepreconceito/agenda/danacaodanorma.pdf> Acesso em: 9 jan.2020.

MAGALDI, Felipe Sales. *A Unidade das Coisas Nise da Silveira e a genealogia de uma psiquiatria rebelde no Rio de Janeiro, Brasil*. 2018. Disponível em:

<http://objdig.ufrj.br/72/teses/862928.pdf> Acesso em: 9 fev.2022.

MANFREDINI, Denise. *Ensaio sobre o II Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico*.

Disponível em:

<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/38706/R%20-%20D%20-%20DENISE%20MANFREDINI.pdf?sequence=2&isAllowed=y> Acesso em: 20 out.2021.

MANSANERA, Adriano Rodrigues e SILVA, Lúcia Cecília da. *A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil*. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pe/a/VSY9ddmBqr4ZmNXgDJr6j9g/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 9 fev.2022.

McCOOL, Daniel. *The Subsystem Family of Concepts: A Critique and a Proposal*. Political Research Quarterly, Vol. 51, N°. 2 (Jun., 1998), pp. 551-570 (20 pages). Published By: Sage Publications, Inc. Political Research Quarterly. Disponível em:

<https://www.jstor.org/stable/449091> Acesso em: 7 fev.2022.

MENDES, Lidiane Álvares. *Reurbanização do espaço público: os discursos estabelecidos na construção da Colônia de Alienados Eduardo Ribeiro (1894-1930)*. Boletim Historiar, n. 07, jan./fev. 2015, p. 67-8.1 Disponível em:

<https://seer.ufs.br/index.php/historiar/article/download/3478/3029> Acesso em: 21 jan.2020.

MODERNISING GOVERNMENT. Disponível em:

<https://ntouk.files.wordpress.com/2015/06/modgov.pdf> Acesso em: 26 jan.2022. Tradução livre.

MONTEIRO, Jorge Vianna. *Os níveis de análise das políticas públicas*. Políticas públicas; coletânea / Organizadores: Enrique Saravia e Elisabete Ferrarezi – Brasília: ENAP, 2006. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1257/1/cppv1_0401_monteiro.pdf Acesso em: 27 jul.2021.

MONTEIRO, Mário Ypiranga. *Roteiro Histórico de Manaus*. Vol. I. Manaus: EDUA. 1998.
MOORE, Sally Falk. *Certainties undone: fifty turbulent years of legal anthropology, 1949-1999*. The Journal of the Royal Anthropological Institute 7 (2001): 95-116. Scribd. Tradução livre.

MOREIRA, Juliano. *Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905)*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400012 Acesso em: 9 jan.2020.

NASCIMENTO, Sueli. *Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/TDCqtLhvDvRnRmDXhtTBHZK/?lang=pt> Acesso em: 26 jul.2021.

NAÇÕES UNIDAS. Organização Mundial da Saúde. *Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação. Cuidar, sim - Excluir, não*. Organização Mundial de Saúde. Organização Mundial de Saúde. CH-1211, Genebra 27. Suíça. 2005.

NAVARRO, Raquel Maria. *A história da política de saúde mental do Amazonas: a reforma psiquiátrica e sua estruturação*. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/23580/2/Dissertacao_ID1829.pdf Acesso em: 22 jan.2020.

NEWCOMER, Kathryn. *Carol H. Weiss, Evaluation Research: Methods for Studying Programs and Policies*. Disponível em: <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199646135.001.0001/oxfordhb-9780199646135-e-37?mediaType=Article> Acesso em: 5 jan.2022.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. de S. *Afirmção e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial*. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.18, n. 3, p. 143-151, set./dez. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14018> Acesso em: 7 ago.2022.

NOTA PÚBLICA SOBRE PLC 37/2013. Disponível em: <https://pbpd.org.br/publicacao/nota-publica-sobre-plc-372013/> Acesso em: 11 set.2022.

NOTA PÚBLICA DA ABRACRO SOBRE A LEI Nº 14.313/2022. Disponível em: <https://abracro.org.br/noticias/nota-publica-sobre-a-lei-no-14-313-2022/> Acesso em: 8 set.2022.

NOTA TÉCNICA N. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 30 dez.2019.

OLIVEIRA, Emídio Capistrano de e OLIVEIRA, Paulo Rogério Melo de. *Uma arqueogenealogia histórica da ciência das políticas públicas nos Estados Unidos (1906 -*

1960). Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/download/35616/pdf/210920> Acesso em: 22 jul.2021.

OLIVEIRA, Sandra Maria do Valle Leone de, BENTO, Andressa de Lucca, VALDES, Gabriel, OLIVEIRA, Saú Tavares Pereira de, SOUZA Albert Schiaveto de e BARRETO, Jorge Otávio Maia. *Institucionalização das políticas informadas por evidências no Brasil*. Rev Panam Salud Publica 44, 2020. Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53138/v44e1652020.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 4 ago.2022.

PARKHURST, Justin. *The politics of evidence: from evidence based policy to the good governance of evidence*. Routledge Studies in Governance and Public Policy. Routledge, Abingdon, Oxon, UK. ISBN 9781138939400. Tradução livre.

PARSONS, Wayne. *From Muddling Through to Muddling Up-Evidence Based Policy Making and the Modernisation of British Government*. Public Policy and Administration Volume 17 Nº. 3 Autumn. 2002. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/095207670201700304> Acesso em: 26 jan.2022. Tradução livre.

PEREIRA, Aline Lucena Costa e SILVA, Anielson Barbosa da. *As competências gerenciais nas instituições federais de educação superior*. Disponível em:

<http://www.spell.org.br/documentos/ver/1316/as-competencias-gerenciais-nas-instituicoes-fed---> p. 637-647. Acesso em: 22 fev.2021.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. *Pinel - a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea*. Revista. Latinoamericana de Psicopatologia. Clássicos da Psicopatologia. Ano VII. N. 3. Set/2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n3/1415-4714-rlpf-7-3-0113.pdf> Acesso em: 30 dez.2019.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. *Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)*. Tese. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2004. Disponível em:

<https://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/pereiracd.pdf> Acesso em: 14 jan.2020.

PÉRICO, Cintia de Azevedo-Marques, SANTOS, Roberto Mendes dos, BALDAÇARA, Leonardo Rodrigo, SÍMARO, Camila Santos, JUNQUEIRA, Renata Costa, PEDRO, Maria Olivia Pozzolo, CASTALDELLI-MAIA, João Mauricio. *Psychiatric emergency units in Brazil: a cross-sectional study*. Rev Assoc Med Bras 2022;68(5):622-626. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/D8LkrM65TFjxqbDLDdmSXFF/#> Acesso em: 9 ago.2022. Tradução livre.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR (PeNSE). Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31606-questao-de-genero-indicadores-de-saude-mental-sao-piores-para-as-meninas> Acesso em: 17 set.2022.

PETERS, B. Guy. *O que é governança? In: Revista do Tribunal de Contas da União, ano 45, n. 127 (pp. 28 a 33)*. Brasília, 2013. Disponível em:

<https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/download/87/85> Acesso em: 21 jan.2021.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. *Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)*. Tese de doutoramento. Disponível em: <https://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/pereirarcid.pdf> Acesso em: 1 jan.2020.

PINHEIRO, Maria Luiza Ugarte. *A cidade sobre os ombros. Trabalho e Conflito no Porto de Manaus: 1899 – 1925*. 2 ed. Ed. Governo do Estado. Pág. 35. 2003.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS 2016-2019. Disponível em: <https://docplayer.com.br/127155151-Pes-am-plano-estadual-de-saude-amazonas-susam-secretaria-de-estado-de-saude-do-amazonas.html> Acesso em: 22 jan.2020.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS 2020-2023. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2020-2023_ver_ini.pdf Acesso em: 16 ago.2022.
PORTARIA N. 2.390, de 11 de dezembro de 1996. Instituir a Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/PRT2390_11_12_1996.html Acesso em: 2 set. 2022.

PORTARIA N. 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000. Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/8973.html> Acesso em: 1 ago.2022.

PORTARIA N. 251/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_251.pdf Acesso em: 1 ago.2022.

PORTARIA N. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

PORTARIA N. 816, de 30 de abril de 2002. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html Acesso em: 1 ago.2022.

PORTARIA N. 2.077, de 31 de outubro de 2003. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2077_31_10_2003.html Acesso em: 1 ago.2022.

PORTARIA N. 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html#:~:text=Redefine%20e%20amplia%20a%20aten%C3%A7%C3%A3o,SUS%2C%20e%20d%C3%A1%20o%20provid%C3%AAscias. Acesso em: 2 ago.2022.

PORTARIA N. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html Acesso em: 1 ago.2022.

PORTARIA N. 2.690, de 5 de novembro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf Acesso em: 8 set.2022.

PORTARIA N. 4.279 GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html Acesso em: 3 ago.2022.

PORTARIA N. 2.338 GM/MS, de 3 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html Acesso em: 3 ago.2022.

PORTARIA N. 3.088 GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 3 ago.2022.

PORTARIA N. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html Acesso em: 7 ago.2022.

PORTARIA N. 55, de 10 de janeiro de 2018. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0055_12_01_2018.html Acesso em: 26 set.2022.

PORTARIA N. 1.325, de 18 de maio de 2020. Revoga o Capítulo III, do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata do "Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno

Mental em Conflito com a Lei", no âmbito da Política Nacional de Atenção às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1325_25_05_2020.html Acesso em: 7 ago.2022.

PORTARIA Nº 1.754, de 14 de julho de 2020. Fica revogada a Portaria nº 1.325/GM/MS, de 18 de maio de 2020. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2020/07/portaria1754.pdf> Acesso em: 7 ago.2022.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N. 5, de 28 de setembro de 2017. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html Acesso em: 1 ago.2022.

PORTARIA INTERMINISTERIAL N. 2, de 21 de dezembro de 2017. Institui o Comitê Gestor Interministerial para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090 Acesso em: 9 fev.2022.

PROCESSO Nº: 0813132-12.2021.4.05.8300 - AÇÃO CIVIL PÚBLICA. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/liminar-comunidades-terapeuticas.pdf> Acesso em: 13 set.2022.

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2017 – COMPLEMENTAR. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar n. 95, de 26 de fevereiro de 1998, com o intuito de estabelecer normas e diretrizes para encaminhamento de proposições legislativas que instituem políticas públicas, propiciando melhor responsabilidade gerencial na Administração Pública. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7326614&ts=1630416791485&disposition=inline> Acesso em: 9 set. 2022.

RACHLINSKI, Jeffrey J. *Evidence-Based Law*. Cornell Law Review. Volume 96. Issue 4 May 2011 - Symposium: The Future of Legal Theory. Disponível em: <https://scholarship.law.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3208&context=clr> Acesso em: 26 dez.2021.

RAUTER, Cristina e PEIXOTO, Paulo de Tarso de Castro. *Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo*. Revista Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 2, p. 267-275, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n2/v14n2a06.pdf> Acesso em: 5 jan.2020.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf> Acesso em: 2 set. 2022.

REFERENCIAL PARA AVALIAÇÃO DE GOVERNANÇA EM POLÍTICAS PÚBLICAS. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Disponível em:

<https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A14DDA8CE1014DDFC404023E00> Acesso em: 21 jan 2021.

REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.

Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso em: 22 jan.2020.

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO NACIONAL. *Hospitais psiquiátricos no Brasil.* Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Relatório de inspeções: 2018 / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. ed. Brasília. 2019.

RELATÓRIO DA 55ª ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. *Saúde mental: respondendo ao chamado à ação.* Disponível em:

https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5518.pdf Acesso em: 27 ago.2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Neurociência de consumo e dependência a substâncias psicoativas: resumo.* Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Neuroscience_P.pdf Acesso em: 15 ago.2022.

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMA AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL. Acórdão n. 654/2005-TCU/Plenário. Brasília, Brasil, 2005. Disponível em:

<https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327130F30C9> Acesso em: 4 mar.2019.

RELATÓRIO FINAL DA III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. “*Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social*”. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Disponível em:

https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf Acesso em: 22 jan.2020.

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO NACIONAL. *Hospitais psiquiátricos no Brasil.* Conselho

Federal de Psicologia (Brasil). Relatório de inspeções: 2018 / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. ed. Brasília. 2019.

RESOLUÇÃO CFM N. 2.056, de 20 de setembro de 2013. *Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos (...)* Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=162&data=12/11/2013> Acesso em: 7 ago.2022.

RESOLUÇÃO N. 1, DE 19 DE AGOSTO DE 2015. *Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades.* Disponível em:

<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2016/res-n-1-19-8-2015.pdf> Acesso em: 11 set.2022.

RESOLUÇÃO N. 32, de 14 de dezembro de 2017. *Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html Acesso em: 7 ago.2022.

RESOLUÇÃO Nº 1, de 9 de março de 2018. *Aprovar as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas - PNAD, programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da União Federal*. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971> Acesso em: 7 ago.2022.

RESOLUÇÃO Nº 3, DE 24 DE JULHO DE 2020. *Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas*. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833> Acesso em: 13 set.2022.

ROZA JÚNIOR, José Alberto. *Residência Terapêutica: uma casa na cidade e os sonhos de cidadania*. Tese de doutoramento. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-07102016-174827/pt-br.php> Acesso em: 29 jun.2019.

RUDZIT, Gunther e PAIXÃO E CASARÕES, Guilherme Stolle. *Política de Defesa é uma Política de Governo*. RBED, v. 2, nº 1, jan./jun. 2015. Disponível em: https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/politica_de_defesa_e_politica_de_governo.pdf Acesso em: 22 jul.2021.

RUSSELL, Marta e MALHOTRA, Ravi. *Capitalism and the Disability Rights Movement*. In: *Capitalism & Disability Selected Writings by Marta Russell*. Edited by Keith Rosenthal. 2019. Tradução livre.

SABATIER, Paul. *Teoría del proceso de las políticas públicas*. 1 ed. Buenos Aires: Jefatura de Gabinete de Ministros. Presidencia de la Nación. 2010. - 378 p. Tradução livre.

SACKEIT, David L., ROSENBERG, William M C., GRAY, J A Muir., HAYNES, R Brian e RICHARDSON, W Scott. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ, Volume 312, 13 January 1996. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/312/7023/71> Acesso em: 6 jan.2022.

SCHAUER, Frederick. *In defense of rule-based Evidence Law – and Epistemology too*. Seção Extra Tradução: Em Defesa do Direito Probatório Fundado em Regras – e da Epistemologia Também. Tradução de Lucas Mioto, Revista Teoria Jurídica Contemporânea 1:2-1, julho-dezembro 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/rjur/article/download/11727/8536> Acesso em: 27 jan.2022.

SAÚDE MENTAL EM DADOS – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília. Disponível em:

https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf Acesso em: 16 ago.2022.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. *Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no estado do Amazonas (1890-1930)*. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3982> Acesso em: 1 jun.2019.

SOARES, Fabiana de Menezes. *Estudos em Legística*. In: SOARES, Fabiana de Menezes,

KAITEL, Cristiane Silva e PRETE, Esther Kùlkamp Eyng (Orgs.). *Estudos em Legística*. 1 ed. Florianópolis: Tribo da Ilha. 2019.

SOUZA, Celina. *Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas*. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4182324/mod_resource/content/1/celina%20souza_e_stado%20da%20arte%20da%20pesquisa%20em%20pp.pdf Acesso em: 30 nov.2020.

_____. *“Estado da Arte” da Área de Políticas Públicas: Conceitos e Principais Tipologias*. Versão preliminar. XXVII Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS) GT: Políticas Públicas. Disponível em: <https://anpocs.com/index.php/papers-27-encontro-2/gt-24/gt14-16/4232-csouza-estado-da/file> Acesso em: 21 jul.2021.

_____. *Políticas Públicas: uma revisão da literatura*. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16> Acesso em: 3 dez.2020.

SOUZA, Nelson Mello e. *Reforma administrativa no Brasil: um debate interminável*. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8513/7256> Acesso em: 20 out.2021.

SUTCLIFFE, Sophie e COURT, Julius. *Evidence-Based Policymaking: What is it? How does it work? What relevance for developing countries?* 2005. Disponível em:

<https://cdn.odi.org/media/documents/3683.pdf> Acesso em: 26 ago.2022. P. IV. Tradução livre.

SUNSTEIN, Cass R. *Nudges That Fail*. Disponível em:

<https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-public-policy/article/abs/nudges-that-fail/8DE5FFFFB7DA5BE14F8DC1E3D2C0C0AA> Acesso em: 5 out.2022. Tradução livre.

_____. *Sludge Audits*. Disponível em:

<https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-public-policy/article/sludge-audits/12A7E338984CE8807CC1E078EC4F13A7> Acesso em: 5 out.2022. Tradução livre.

TALEB, Nassim Nicholas. *A lógica do Cisne Negro. O impacto do altamente improvável*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva.

TENÓRIO, Fernando. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos*. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf> Acesso em: 14 jan.2020.

TINOCO, Dinah dos Santos. *Análise Sequencial de Políticas Públicas nas abordagens da Ciência Política e da Gestão (Management)*. CADERNOS EBAPE. CADERNOS EBAPE. BR, v. 8, nº 1, artigo 11, Rio de Janeiro, Mar. 2010. p. 188-197. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/48grWZrm6zGF9vTG7C5XBrS/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 26 jul.2021.

TREVISAN, Andrei Pittol e VAN BELLEN, Hans Michael. *Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção*. RAP - Rio de Janeiro 42(3):529-50, maio/jun. 2008.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. *Referencial de Controle de Políticas Públicas*. 2020. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=guid+9020+avalia%C3%A7%C3%A3o+de+pol%C3%ADticas+p%C3%BAblicas&oq=guid+9020+avalia%C3%A7%C3%A3o+de+pol%C3%ADticas+p%C3%BAblicas&aqs=chrome..69i57.16190j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8> Acesso em: 9 jan.2021.

WADI, Yonissa Marmitt. *Quem somos nós, loucos!? Um ensaio sobre limites e possibilidades da reconstituição histórica de trajetórias de vida de pessoas internas como loucas*. Anos 90, Porto Alegre, v. 13, n. 23/24, p.287-319, jan./dez. 2006.

WEISS, Carol H. *Evaluation. Methods for studying programs and policies*. 2 ed. Prentice Hall: New Jersey. 1972. Tradução livre.

VAZ, Paulo Afonso Brum. *Tutela jurisdicional da seguridade social*. R. Trib. Reg. Fed. 4ª Reg. Porto Alegre, a. 22, n. 79, p. 13-92, 2011. Disponível em: <https://www2.trf4.jus.br/trf4/revistatrf4/arquivos/Rev79.pdf> Acesso em: 26 out.2021.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. *Desafios do Estado Quanto à Incorporação de Medicamentos no Sistema Único de Saúde*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. 2019. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9357/1/td_2500.pdf Acesso em: 25 set.2022.

_____. *Produção de informação de custos para a tomada de decisão no Sistema Único de Saúde: uma questão para a política pública*. IPEA. 2017. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7972/1/td_2314.pdf Acesso em: 26 set.2022.