

SAÚDE MENTAL E DIREITOS FUNDAMENTAIS: A ANÁLISE DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO A PARTIR DOS INDICADORES E DO MONITORAMENTO INTERNO¹⁻²

MENTAL HEALTH AND FUNDAMENTAL RIGHTS: THE DEINSTITUTIONALISATION ANALYSIS FROM THE INTERNAL MONITORING DATA AND INDICATORS

Matheus Henrique dos Santos da Escossia³

Mestre em Direito Público pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ),
Rio de Janeiro/RJ, Brasil

André Farah Alves⁴

Mestre em Direito Público pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ),
Rio de Janeiro/RJ, Brasil

ÁREA(S) DO DIREITO: direito da saúde mental a partir da análise constitucional; direitos fundamentais; dos indicadores estabelecidos pelo políticas públicas. monitoramento interno. Serão avaliados

RESUMO: O presente artigo retrata a política pública de desinstitucionalização tanto os indicadores em âmbito federal, consolidados pelo Ministério da Saúde,

¹ Esse texto repercute parcialmente as pesquisas e discussões desenvolvidas no Grupo de Pesquisa “Democracia e Direitos Fundamentais: o controle procedimental da elaboração de políticas públicas em matéria de direitos”, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), coordenado pela Professora Dra. Ana Paula de Barcellos.

² Agradecemos ao Superintendente da Saúde Mental da Cidade do Rio de Janeiro, Leonardo Araújo de Souza, por todo apoio dispensado. Essa pesquisa não teria sido concluída sem sua imprescindível colaboração.

³ Mestre em Direito Público pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Graduado em Direito pela Faculdade de Direito de Vitória (FDV/ES). Assessor Jurídico no MPRJ. *E-mail:* matheushsescossia@gmail.com. Currículo: <<http://lattes.cnpq.br/8487047516992062>>.

⁴ Mestre em Direito Público pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Graduado em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ). Promotor de Justiça. *E-mail:* andre_farah@terra.com.br. Currículo: <<http://lattes.cnpq.br/8622368363787245>>.

quanto os do Município do Rio de Janeiro, produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde. A interpretação desses dados será conclusiva no sentido de verificar a congruência da implementação da referida política pública com seus objetivos (*outcomes*), especialmente o relativo à mudança de paradigma de tratamento da saúde mental que visa romper com o modelo de internação (hospitalocêntrico). Além disso, a análise dessa correlação dará indícios de se a política pública de desinstitucionalização está alinhada com a dinâmica de concretização dos direitos fundamentais. A metodologia da presente pesquisa é a investigação de dados secundários (indicadores) produzidos pelo monitoramento interno, ancorada na abordagem teórica multidisciplinar entre direito (ao fornecer o arcabouço teórico relativo à política pública e aos direitos fundamentais) e psiquiatria (a fundar as balizas da “nova” forma de se tratar a saúde mental).

ABSTRACT: *The following paper concerns the health mental deinstitutionalization public policy from the internal monitoring indicators data. We will evaluate the indicators in a federal level, which were consolidated by the Health Ministry, and the indicators from the city of Rio de Janeiro, which were produced by the Health Municipal Secretary. By interpreting these data, we will be able to conclude if the public policy implementation is compatible within its outcomes, specially the one regarding the paradigm change over the health mental treatment, that aims to break the isolated model of treatment. In addition, by analyzing the compatibility of the public policy and its outcomes, we will be able to verify about the fundamental rights enforcement. The methodology applied in this research is investigate the secondary data (indicators) extracted by the internal monitoring, anchored in a multidisciplinary theoretical approach between law (since it provides the theoretical framework concerning public policies and fundamental rights) and psychiatry (since it gives the background for the “new” way of health treatment).*

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental; desinstitucionalização; política pública; direitos fundamentais; indicadores.

KEYWORDS: *health mental; deinstitutionalization; public policy; fundamental rights; indicators.*

SUMÁRIO: Introdução; 1 Marco regulatório e objetivos da política pública de desinstitucionalização da saúde mental; 2 Dados do sistema de controle e monitoramento da desinstitucionalização: uma análise panorâmica em âmbito federal; 3 Dados do sistema de controle e monitoramento da desinstitucionalização: o (ainda) incipiente caso do Município do Rio de Janeiro; Conclusão; Referências.

SUMMARY: *Introduction; 1 Regulation milestone and objectives of the health mental deinstitutionalization public policy; 2 Control and monitoring system database about*

deinstitutionalization: a federal level sweeping analysis; 3 Control and monitoring system database about deinstitutionalization: the (still) incipient case of Rio de Janeiro City; Conclusion; References.

INTRODUÇÃO

A loucura sempre teve um quê de paradoxismo intrínseco. Transiando por vezes ilesa entre os maniqueísmos que assombram a experiência humana, esse paradoxismo é facilmente identificado a partir da forma em que a loucura é tratada pelas artes, a qual é avessa da forma que a sociedade a encara.

Nas artes, pense quantos escritores retrataram a loucura como objeto central de suas obras. Fiquemos com dois: seja a loucura como personificação, no *Elogio da loucura*, de Erasmo de Roterdã, seja com o mundo fantasioso de *Dom Quixote de la Mancha*, de Miguel de Cervantes. Ainda no campo das artes, incontáveis são as músicas em que alguém ficou “louco de amor”. Isso para não citar o “maluco beleza” Raul Seixas.

De maneira quase que antagonica às artes (daí o paradoxismo), a loucura não é tratada como um ideal romantizado pela sociedade. Pelo contrário. O paradigma predominante durante largo período de tempo foi o da exclusão e do isolamento. Tal como outras doenças, cite-se, por exemplo, a hanseníase⁵ e a tuberculose⁶, a loucura também deveria ser algo “invisível aos olhos da sociedade”, daí a existência do sistema manicomial⁷.

⁵ CASTRO, Selma Munhoz Sanches de; WATANABE, Helena Akemi Wada. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos (Online)*, v. 16, n. 2, p. 449-487, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000200010>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

⁶ BERTOLLI FILHO, Claudio. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/4/pdf/bertolli-9788575412886.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

⁷ Tomando por base a loucura como patologia, o seu tratamento durante muito tempo foi o isolamento, porém de duas maneiras diferentes. O primeiro isolamento era no sentido de marginalidade social, uma vez que os loucos eram recolhidos para abrigos (que durante a Idade Média se chamavam hospitais; porém, sem a conotação médica) e lá permaneciam em razão de sua inadequação social. No final do século XVIII, a partir da Reforma Psiquiátrica capitaneada por Phillippe Pinel, surge a figura dos manicômios, cujo pilar central seria conferir liberdade aos loucos dentro do manicômio. Todavia, o isolamento e a estigmatização perante a sociedade continuaram vivos. Cf. GUEDES, Ariane da Cruz; KANTORSKI, Luciane Prado; PEREIRA, Patrícia Mirapalheta; CLASEN, Bianca Neme; LANGE, Celmira; MUNIZ, Rosani Manfrin. A mudança nas práticas em saúde mental e a

A submissão dos loucos aos manicômios, além de dar ensejo ao aspecto de invisibilidade social que se abordará mais adiante, era considerada a melhor (senão a única) forma de tratamento. O modelo hospitalocêntrico, que primava pela internação dos pacientes com algum tipo de transtorno mental, só passou por uma progressiva transformação nos anos 70, aqui no Brasil, em que o isolamento e o tratamento apartado da sociedade começaram a ser questionados⁸.

Tem-se o início, então, da Reforma Psiquiátrica, cujo cerne é o processo de desinstitucionalização da saúde mental. O estopim, para tanto, passou por dois aspectos centrais. O primeiro deles foram as denúncias feitas pelos próprios trabalhadores do sistema mental (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM), que divulgaram as condições degradantes pelas quais os pacientes se encontravam submetidos, bem como violações de direitos humanos ocorridos no interior dos manicômios⁹. O segundo aspecto, não menos importante, diz respeito à evolução dos próprios conceitos da psiquiatria, ou seja, uma mudança de paradigma de qual seria a melhor forma de tratamento¹⁰.

A “nova” maneira de se lidar com quem os portadores de transtorno mental não os marginaliza da sociedade. Na verdade, a gradativa reinserção é parte integrante do tratamento proposto pela desinstitucionalização, que também preza pelo fechamento (ao menos redução de leitos) dos hospitais manicomialais. No entanto, a política pública de desinstitucionalização é abrangente e conta

desinstitucionalização: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (Internet), v. 10, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.8198>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

⁸ Cf. MESQUITA, José Ferreira; NOVELLINO, Maria Sallet Ferreira; CAVALCANTI, Maria Tavares. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. *XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, Caxambu, 2010; SOUZA, Vinícius Rauber e. Contrarreforma psiquiátrica: o modelo hospitalocêntrico nas políticas públicas em saúde mental no Rio Grande do Sul. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS). Porto Alegre, 2010.

⁹ RIO DE JANEIRO. *As residências terapêuticas no município do Rio de Janeiro: habitando a casa, a cidade e a vida*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. p. 10; VIOLA, Ana Clara. Longo caminho a percorrer na volta para a sociedade. O Ministério Público e a desinstitucionalização em saúde mental. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2015. p. 22.

¹⁰ VENTURINI, Ernesto. A desinstitucionalização; limites e possibilidades. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2016.

com diversos mecanismos “[...] que pressupõe(m) transformações culturais e subjetivas na sociedade [...]”¹¹.

A desinstitucionalização ocupa papel central no presente trabalho e o seu estudo contempla algumas justificativas subjacentes. As bases e o *turning point* verificados pela psiquiatria obviamente são motivos suficientes para abordar a desinstitucionalização e os seus mecanismos integrantes. No entanto, o principal fator pelo qual essa política pública será analisada diz respeito à tentativa de reinserir o portador de transtorno mental na sociedade.

Conforme discutido antes, excluir os portadores de algum tipo de transtorno mental da vida em sociedade naturalmente conduzia-os a um cenário de “invisibilidade social”¹². Com isso, como caracterizá-los como alguém que pudesse ter algum tipo de relevo na sociedade? E mais, como vislumbrar algum tipo de caracterização como “sujeito de direitos”? No interior dos manicômios, a internação e a cura eram premissas que estavam dissociadas desse modo de viver em sociedade (a reinserção social não fazia parte do elenco dos métodos de tratamento).

Muito embora a política pública se assente em questões médicas, tais como o melhor meio de se tratar a patologia e quais as melhores condições institucionais, ela diretamente acaba por promover a integração do paciente e, conseqüentemente, rompe com o *status* de “invisibilidade social”.

Ainda sobre esse cenário, os direitos fundamentais passam a constituir elemento crucial, ora, os portadores de patologia mental também são sujeitos de direitos. Nesse sentido, a política pública de desinstitucionalização deve ser avaliada a partir da lente da efetividade dos direitos fundamentais.

Por isso, tratar da desinstitucionalização da saúde mental significa, em certa medida, verificar um espectro de como o direito fundamental à saúde e,

¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, nov. 2015. p. 10-11. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2016.

¹² Ainda que o tema central do artigo de Jessé Souza seja sobre o preconceito racial, o aspecto da invisibilidade pode ser estendido a outros grupos, tais como os presos, os imigrantes de países vizinhos ao Brasil e dos loucos, este último objeto do presente texto (SOUZA, Jessé. A visibilidade da raça e a invisibilidade da classe: contra as evidências do conhecimento imediato. In: _____ (Org.). *A invisibilidade da desigualdade brasileira*. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 71-95.

de maneira mais abrangente, como o “direito a ter direitos”¹³ ganha modelagem na prática.

Capitaneada por essa justificativa central, o problema que surge é de qual seria a maneira mais apta a fazer a mensuração dessa efetividade. Nesse sentido, o controle da evolução da política pública passa por uma análise que leve a sério os dados fornecidos pelos “indicadores”, bem como o seu correspondente “monitoramento” interno e externo. Na literatura acerca de direitos humanos há uma vagueza sobre o que o termo “indicador” possa significar¹⁴. No entanto, a definição adotada por esse trabalho é a seguinte:

*A human rights indicator is a piece of information used in measuring the extent to which a legal right is being fulfilled or enjoyed in a given situation.*¹⁵

Assim, os indicadores darão as balizas necessárias, do ponto de vista estatístico, para avaliar como tem sido a dotação orçamentária subjacente à determinada política pública ou quais os objetivos ainda estão por serem alcançados, por exemplo.

O “monitoramento”, por sua vez, se caracteriza como o “passo adiante” a partir dos indicadores. Além do aspecto numérico-quantitativo que também faz parte da análise desse termo, o sistema de monitoramento se ocupa por acompanhar as políticas públicas e avaliar em que medidas elas estão sendo efetivas¹⁶.

Tomando por base essa forma de avaliação, a preocupação com relação às políticas públicas passa a ser “trifásica”, ou seja, com relação aos *inputs*, aos *outputs* e aos *outcomes*¹⁷.

¹³ ARENDT, Hannah. *Origens do totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. p. 332.

¹⁴ GREEN, Maria. What we talk about when we talk about indicators: current approaches to human rights measurement. *Human Rights Quarterly*, v. 23.4, p. 1076, 2001. Disponível em: <<https://muse.jhu.edu/article/13805>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

¹⁵ Tradução livre: Um indicador de direitos humanos é uma peça de informação usada em medir a extensão de quanto um direito tem sido realizado ou gozado em uma certa situação (Idem, *ibidem*).

¹⁶ JONES, Harry. A guide to monitoring and evaluating policy influence. London: Overseas Development Institute, 2011. p. 1. Disponível em: <<http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/6453.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

¹⁷ NORTON, Andy; ELSON, Diane. What's behind the budget? Politics, rights and accountability in the budget process. London: Overseas Development Institute, 2002. p. 30-31. Disponível em: <<http://>>

Os *inputs* consistem nos recursos que são alocados na implementação da política pública, ou seja, diz respeito predominante à parte orçamentária (a pergunta que sintetiza é “quanto?”). Os *outputs* consistem nas medidas de implementação da política pública (a pergunta que sintetiza é “como?”). E os *outcomes* significam os resultados pretendidos e alcançados (a pergunta que sintetiza “qual o objetivo?”).

Avaliar a concretização dos direitos fundamentais a partir dos indicadores e do monitoramento dessas três fases obviamente conseguiria traçar um panorama mais acurado sobre a correlação política pública *versus* efetividade. Além disso, a ênfase conferida aos *outcomes* contribuiria para traçar contornos mais nítidos acerca do *accountability* dos responsáveis pela execução das políticas¹⁸.

A transposição dessas premissas ao controle da política pública de desinstitucionalização da saúde mental será o foco central do presente trabalho. A razão da escolha da saúde mental para análise, ao invés de outras políticas relevantes que têm sido implementadas no Brasil, passa em grande parte pela justificativa citada no início da introdução, qual seja, a tentativa de romper com o ostracismo dos portadores de transtorno mental na sociedade. A caracterização desse grupo como um “sujeito constitucional”¹⁹, destinatário de direitos e parte integrante da sociedade, é verdadeiramente tecida por meio dos mecanismos que integram essa política.

Com base nessas premissas, o presente trabalho será estruturado da seguinte maneira: o capítulo seguinte se ocupará da análise do marco regulatório, dos mecanismos (*outputs*) e dos objetivos (*outcomes*) articulados por meio da política de desinstitucionalização.

O Capítulo 2 trará um panorama acerca dos indicadores em nível federal, de modo a mapear como tem sido o desdobramento da política e de suas respectivas estratégias por entre as regiões e as unidades federativas.

www.unicef.org/socialpolicy/files/What_is_behind_the_budget_NortonElson02.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2016.

¹⁸ Idem, *ibidem*.

¹⁹ “[...] Consequentemente, o sujeito constitucional encontra-se constantemente carente de reconstrução, mas essa reconstrução jamais pode se tornar definitiva ou completa. Da mesma forma, de modo consistente com essa tese, a identidade constitucional deve ser construída em oposição às outras identidades, na medida em que ela não pode sobreviver a não ser que permaneça distinta dessas últimas. [...]” (ROSENFELD, Michel. *A identidade do sujeito constitucional*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003. p. 26-27)

No Capítulo 3, serão abordados os indicadores da Cidade do Rio de Janeiro, com peculiar ênfase ao fechamento de leitos, que é um dos próprios *outcomes* perseguidos pela política de desinstitucionalização.

A análise dos dados (indicadores) colhidos a partir dos sistemas de monitoramento demonstrará em que medida os direitos fundamentais narrados como objetivos da política de desinstitucionalização estão sendo por ela concretizados.

1 MARCO REGULATÓRIO E OBJETIVOS DA POLÍTICA PÚBLICA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Conforme visto na introdução, a desinstitucionalização da saúde mental é contingente de uma mudança de paradigma do próprio tratamento da saúde mental. De um método que buscava a cura de quem sofria transtorno, isolando-o do mundo exterior (modelo hospitalocêntrico), passa-se a enxergar a importância da reinserção do portador de transtorno mental na sociedade como característica integrante do tratamento.

As discussões sobre o *turning point* no Brasil remontam à Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), cujo primeiro encontro aconteceu em 1987 e o segundo em 1992²⁰. Nesses espaços de discussão, a desinstitucionalização passou a se encontrar no epicentro da Reforma Psiquiátrica e a ter lugar no Brasil. Além disso, mencione-se a Declaração de Caracas²¹, adotada pela Organização Mundial de Saúde, em 1990, que igualmente contribuiu para o fomento de discussões acerca de uma nova forma de se encarar a saúde mental.

Muito embora haja previsão do direito à saúde²² desde a Constituição de 1988, bem como os debates em torno de uma Reforma Psiquiátrica remontem

²⁰ ROSA, Abílio da Costa; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Sílvio. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate*, v. 25, n. 58, p. 12-25, mai./ago. 2001; Viola, idem.

²¹ OMS - Organização Mundial da Saúde. Declaração de Caracas, 14 nov. 1990. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas>.

²² “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)

[...]

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

os anos 70 e 80, esse tema só alcança a densidade normativa em âmbito federal em 2001, com a Lei nº 10.216/2001, apelidada de Lei Paulo Delgado, doze anos depois da propositura pelo autor de mesmo nome²³.

Durante o período em que a Lei nº 10.216/2001 esteve em tramitação no Congresso, alguns entes federados dispuseram sobre a saúde mental, obviamente influenciada pelas situações mencionadas na introdução e no parágrafo anterior.

[d]esde 1992, existem nove²⁴ leis estaduais em vigor, inspiradas no Projeto de Lei Federal de autoria do deputado Paulo Delgado. Em todas, está prevista a substituição progressiva da assistência no hospital psiquiátrico por outros dispositivos ou serviços. Há incentivo para os centros de atenção diária, a utilização de leitos em hospitais gerais, a notificação da internação involuntária e a definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais.²⁵

No entanto, a desinstitucionalização da saúde mental de maneira esparsa entre os entes federados tornava-a quase que inócua, visto que não se caracterizava uma rede vertical entre União, Estado (e Distrito Federal) e Municípios. Por isso a importância da Lei Paulo Delgado para a consolidação desse novo tipo de tratamento de modo integrado e uniforme²⁶.

[...]

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 20 abr. 2016)

²³ O processo legislativo foi desatado pelo Projeto de Lei nº 3.657/1989, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado (BRASIL. Diário do Congresso Nacional, de 29 de setembro de 1989, Seção I, p. 10696-10697; RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal da Saúde, idem, p. 7).

²⁴ Em que pese haver menção a nove leis estaduais, nas pesquisas levadas a efeito e, inclusive, pela própria exposição do tema, pelo Ministério da Saúde do Brasil, foram, em verdade, identificados sete Estados diferentes com leis próprias, sendo que Minas Gerais contava com duas leis, além de o Distrito Federal, que, tecnicamente, não é um Estado.

²⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 27.

²⁶ Tome-se como exemplo dois modos diferentes em que as legislações estaduais se debruçaram sobre o tema. A Lei Estadual nº 6.758/1995 do Rio Grande do Norte “apenas” proíbia a construção e ampliação de novos hospitais psiquiátricos. Por sua vez, a Lei Estadual nº 9.716/1992 do Rio Grande do Sul, em seu art. 2º, previa não só a desinstitucionalização, mas também narrava quais seriam os mecanismos

A Lei nº 10.216/2001 contém apenas doze artigos, razão pela qual esse diploma fica condicionado, conforme se verá a seguir, a ulteriores disposições infralegais como forma de reforçar seu conteúdo. Todavia, no ponto de vista normativo, aqui se consolida o *turning point* do tratamento da saúde mental percorrido na introdução. Por conseguinte, essa lei traz cores para o outrora invisível louco, e, não menos importante, passa a tratá-lo como sujeito de direitos.

Tomando emprestado o termo “objetificação”²⁷ do feminismo e transportando para o cenário de quem sofre com transtorno mental, a internação manicomial por vezes significava o fim dos vínculos sociais e afetivos dos pacientes. Assim, os hospitais psiquiátricos se transmudavam em verdadeiros “depósitos de loucos”, já que esse seria o habitual fim da história de boa parte dessas narrativas.

Tanto o colorido, em contrapartida à invisibilidade, quanto a personificação (reconstrução da identidade constitucional), em contrapartida à objetificação, podem ser tomados como os principais objetivos da Lei nº 10.216/2001, ainda que esses objetivos não estivessem evidenciados de maneira ostensiva na literalidade do texto. Nesse sentido, os *outcomes* da política de desinstitucionalização transcendem o próprio diploma legal.

No entanto, cumpre mencionar alguns *outcomes* que são expressamente previstos no texto, ainda que signifiquem apenas uma faceta do que seriam os objetivos da desinstitucionalização de modo mais abrangente. Cite-se o art. 2º, parágrafo único, inciso II, em que há a expressa previsão do tratamento com humanidade e respeito a quem sofre com transtorno e a preocupação com a

indispensáveis para tanto. Cf. ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Lei nº 6.758, de 4 de janeiro de 1995. Disponível em: <http://www.al.rn.gov.br/portal/_ups/legislacao//6.758.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016; ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281>. Acesso em: 20 abr. 2016.

²⁷ Fazendo desde já a ressalva de que a “objetificação” ou “coisificação” são categorias que no feminismo se alinham à ideia de que a mulher serve, simplesmente, como objeto para conferir prazer aos homens. Por razões mais do que óbvias, essa definição é incongruente com a utilização do termo no presente trabalho. Todavia, essa analogia acaba sendo válida no sentido de que o louco não é visto como ser humano, ou seja, está fora da caracterização da identidade do sujeito constitucional abordada na introdução. Assim, a ideia de “objetificação” faz a referência ao tratamento sem qualquer tipo de humanidade que os loucos vivenciavam (e ainda vivenciam) nos manicômios. Sobre a “objetificação” feminina, conferir NUSSBAUM, Martha C. Objectification. *Philosophy and Public Affairs*, v. 24, n. 4, p. 249-291, 1995; MACKINNON, Catherine. Desejo e poder. In: MIGUEL, L. F.; BIROLLI, F. (Org.). *Teoria política feminista: textos centrais*. Rio de Janeiro: Horizonte, 2013. p. 231-250.

sua reinserção em sociedade²⁸. Além disso, a ideia de internação hospitalar como *ultima ratio* da saúde mental, a qual é pedra angular na política de desinstitucionalização, está prevista no art. 4º da Lei²⁹.

De maneira didática, pode-se desenhar o seguinte quadro esquemático de quais seriam os *outcomes* e os *outputs* da política pública de desinstitucionalização da saúde mental.

<i>OUTCOMES</i>	<i>OUTPUTS</i>
1) Ruptura com a indivisibilidade social	1) Programa “De Volta Pra Casa”
2) Fechamento de leitos e fim (redução) do modelo hospitalocêntrico	2) Serviços Residenciais Terapêuticos
3) Efetividade dos direitos fundamentais	3) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
	4) Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
	5) Programa de Desinstitucionalização (Fechamento de Leitos)

De antemão, é possível admitir que o primeiro *outcome*, qual seja, o resgate da indivisibilidade social (por meio do tratamento com humanidade e respeito e sua paulatina reinserção em sociedade) é de difícil mensuração, até porque é corolário de uma mudança na cultura da sociedade em como lidar com esse grupo estigmatizado. No entanto, por meio da mensuração do segundo *outcome*, qual seja, o fechamento de leitos e o abandono do modelo hospitalocêntrico, é possível fazer um exercício de dedução de em que medida o primeiro *outcome* está sendo concretizado.

E claro, a soma desses dois *outcomes* representaria um terceiro *outcome*, que seria a própria razão de ser da política pública, qual seja, a efetividade dos direitos fundamentais (em outras palavras, como a desinstitucionalização

²⁸ “Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

[...]

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

[...]” (BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 20 abr. 2016)

²⁹ “Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.” (BRASIL. Idem)

densifica os direitos fundamentais à liberdade, à saúde e à dignidade dos portadores de transtorno mental?)

Vamos a cada uma das estratégias (*outputs*) de desinstitucionalização.

1.1 PROGRAMA “DE VOLTA PRA CASA”

Na sequência da Lei nº 10.216/2001, a Lei nº 10.708/2003 tratou de criar o Programa “De Volta Pra Casa”, o qual também reforça a política de desinstitucionalização ao incentivar o acolhimento fora do hospital daqueles que se encontrem acometidos por transtorno mental. O principal mecanismo (*output*) consiste no auxílio-reabilitação psicossocial, que é um benefício pecuniário direcionado ao beneficiário (ou ao seu representante, em casos de incapacidade)³⁰. Logo, esse mecanismo tem como *outcome* imediato a reinserção dos loucos em sociedade, já que esse é o seu requisito de concessão.

1.2 SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (SRTS)

Outro importante *output* e que também possui estreita consonância com os objetivos supramencionados diz respeito aos Serviços Residenciais Terapêuticos. Esse mecanismo é fruto de um diploma infralegal (Portaria nº 106/2000³¹ do Ministério da Saúde), que, conforme mencionado antes, se presta em reforçar a política de desinstitucionalização. E esse diploma antecede o próprio marco regulatório principal, a Lei nº 10.216/2001, também fruto dos debates que extrapolavam o âmbito legislativo.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são complementares ao “De Volta Pra Casa”, precisamente pelo fato de que aqueles possuem como premissa a ausência de vínculos familiares dos loucos. Ou seja, são moradias destinadas a quem sofre o transtorno mental e deve ser reinserido em sociedade; porém, não é sabido de familiares que possam fazer o acolhimento³².

³⁰ BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 20 abr. 2016.

³¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_106.htm>. Acesso em: 20 abr. 2016.

³² “Art. 1º [...]”

Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social. (BRASIL. Idem)

A implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos é condicionado a um projeto terapêutico, o qual, de certa forma, deixa clara a consonância desse *output* com os *outcomes* da desinstitucionalização. O art. 4º da referida Portaria nº 106/2000 expressamente traz como diretrizes que devem fazer parte do projeto o seguinte: autonomia e reinserção social dos usuários, reabilitação psicossocial e percepção do usuário como cidadão e sujeito de direitos³³.

Mencione-se, ainda sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos, que, por meio da Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, repartiu as residências em duas modalidades (por isso os arts. 2º-A e 2º-B). O Tipo I é destinado a quem sofre com transtorno; porém, em processo de desinstitucionalização (ou seja, com menor grau de dependência). O Tipo II, por sua vez, a quem possui maior grau de dependência e cuidados permanentes.

1.3 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Tanto o “De Volta Pra Casa” quanto os Serviços Residenciais Terapêuticos são mecanismos que densificam a desinstitucionalização projetada a partir da Lei nº 10.216/2001. No entanto, o mecanismo mais importante são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)³⁴, pois esses são os instrumentos de tratamento de quem é acometido por transtorno mental. Em linhas gerais, o que será feito com os pacientes a partir daí é decorrente da análise dos CAPS. Por isso esse *output* representa elemento crucial na substituição do modelo hospitalocêntrico,

³³ “Art. 4º Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

- a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
- b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.
- c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.” (BRASIL. Idem)

³⁴ “Como já vimos, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.” (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 13)

já que as estratégias de desinstitucionalização do paciente são traçadas por esse instrumento.

O art. 4º da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde³⁵ estabelece cinco tipos de CAPS, os quais se dividem conforme grau de complexidade e áreas. CAPS I, para Municípios com população entre 15.000 e 70.000 habitantes; CAPS II, para Municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III, para Municípios com população superior a 200.000 habitantes. Além disso, há o CAPS i II, destinado para o tratamento de crianças e adolescentes. E o CAPS ad II e CAPS ad III³⁶, cujo foco são os dependentes químicos.

As cinco modalidades de organização de CAPS possuem características semelhantes, inclusive quanto ao seu funcionamento. Todavia, as distinções mais significativas passam pelo horário de funcionamento (por exemplo, o CAPS I só funciona em dias úteis, ao passo que o CAPS III tem funcionamento diário), equipe técnica e algumas outras funcionalidades (como, por exemplo, o CAPS III estar referenciado a um serviço de urgência/emergência geral).

1.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Os CAPS, juntamente com os outros mecanismos integrantes da política pública de desinstitucionalização da saúde mental, passaram a atuar de maneira integrada e articulada com o combate à dependência química, todos sob a égide do Sistema Único de Saúde. Essa integração passou a acontecer em 2011, por meio da criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde. E, mais uma vez, a busca pela reinserção está entre os objetivos expressamente prescritos nesse dispositivo, em seu art. 4^{o37}.

Com isso, a luta por um modelo mais humanitário de tratamento da saúde mental, que é, sobretudo, efetivado por meio da desinstitucionalização, passa a ser uma bandeira que caminha lado a lado do combate aos que sofrem com a dependência química. A RAPS também contribui para o processo pedagógico

³⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2016.

³⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, 26 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 26 mai. 2016.

³⁷ A human rights indicator is a piece of information used in measuring the extent to which a legal right is being fulfilled or enjoyed in a given situation

acerca desse *front*, já que se ocupa com estratégias educativas e de prevenção, como se depreende dos arts. 2º e 4º da Portaria nº 3.088/2011³⁸.

E não menos importante, a consolidação dessa rede torna mais claro o compromisso federativo (entre todos os entes federados) acerca da política de desinstitucionalização, já que o art. 14 traz as divisões de competência entre os entes³⁹, incluindo o sistema de monitoramento e avaliação como responsabilidade compartilhada entre eles.

1.5 PROGRAMA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Por mais que todos os *outcomes* mencionados até o momento compusessem a política pública de desinstitucionalização, essa estratégia só foi narrada como tal por meio da Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014, do Ministério da Saúde. Foi criado o Programa de Desinstitucionalização como estratégia de desinstitucionalização da RAPS.

³⁸ “Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I – respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II – promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III – combate a estigmas e preconceitos;

[...]

VI – diversificação das estratégias de cuidado;

[...]

XI – promoção de estratégias de educação permanente;

[...]” (BRASIL. Idem)

“Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

I – promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II – prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III – reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

[...]” (BRASIL. Idem)

³⁹ “Art. 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:

I – à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;

II – ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III – ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território municipal.” (BRASIL. Idem)

Pode-se dizer que o caminho que vinha sendo traçado deságua nesse programa, que só reforça o paradigma de abandono do modelo hospitalocêntrico, construído progressivamente de maneira institucional ao longo dos últimos quinze anos. O art. 2º da referida Portaria aduz que

o componente Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS é constituído por iniciativas que visam garantir às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se sua progressiva inclusão social.⁴⁰

Ora, observe que esse texto normativo reitera os *outcomes* mencionados, tais como descaracterização da invisibilidade social, emancipação do portador de transtorno mental como sujeito de direitos e o *outcome* numericamente mensurável, sua inclusão social.

Nesse sentido, o Programa de Desinstitucionalização⁴¹ reforça o arcabouço normativo já existente em prol da política pública de desinstitucionalização, por exemplo, por meio da criação de uma Equipe de Desinstitucionalização⁴² e novamente a previsão, a avaliação e o monitoramento desse Programa⁴³.

O marco regulatório a respeito da política pública de desinstitucionalização deixa claro que o abandono dos paradigmas de isolamento e repressão dos loucos

⁴⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html>. Acesso em: 21 abr. 2016.

⁴¹ No trabalho, faremos a distinção entre Programa de Desinstitucionalização, para referir expressamente a Portaria nº 2.840/2014, e política pública de desinstitucionalização, essa mais abrangente e a envolver todos os mecanismos de desinstitucionalização da saúde mental, inclusive o Programa de Desinstitucionalização.

⁴² Art. 5º da Portaria nº 2.840/2014, do Ministério da Saúde (BRASIL. Idem).

⁴³ “Art. 20. A avaliação e o monitoramento do Programa de Desinstitucionalização serão realizados por meio de:

I - constituição de Comissão de Acompanhamento da execução das ‘Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS’, com cooperação técnica federal, estadual e municipal, e com representações das respectivas áreas de saúde mental; e

II - Grupo Condutor Regional da RAPS já constituído, que realizará o acompanhamento da execução das ‘Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS’, com cooperação técnica federal, estadual e municipal e com representações das respectivas áreas de saúde mental.” (BRASIL. Idem)

não mais persiste, ao menos não deve mais persistir. Fica evidente a quantidade de mecanismos que prezam pela reinserção social de quem sofre transtornos mentais (“De Volta Pra Casa”, Serviços Residenciais Terapêuticos, CAPS, RAPS e o próprio Programa de Desinstitucionalização).

Em que pese o “fim” dos hospitais psiquiátricos serem o objetivo imediato dessa política, os objetivos subjacentes, até mais relevantes do que esse, passam pela percepção de que quem sofre com transtorno mental é de fato sujeito portador de direitos fundamentais e que não pode carregar a pecha de estigmatizado.

Diante desse cenário, em que os objetivos se inter cruzam com os mecanismos trazidos pelo marco regulatório, torna-se imperiosa a avaliação dos dados obtidos a partir do sistema de controle e monitoramento da política pública de desinstitucionalização. O aspecto quantitativo inerente a esse tipo de controle é apto a ser conclusivo com relação à efetividade de direitos fundamentais. Em outras palavras, será possível analisar a equação políticas públicas x direitos fundamentais.

No capítulo seguinte, serão abordados os dados levantados a partir do sistema de controle e monitoramento da política pública de desinstitucionalização, tendo por base as considerações tecidas no parágrafo anterior.

2 DADOS DO SISTEMA DE CONTROLE E MONITORAMENTO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UMA ANÁLISE PANORÂMICA EM ÂMBITO FEDERAL

O marco regulatório mencionado no capítulo anterior contempla a política pública de desinstitucionalização de saúde mental com diversas estratégias para a concretização dos objetivos perseguidos por ela. No entanto, a realidade fática e a previsão normativa são caracterizadas por tensões⁴⁴, as quais nem sempre convergem em um mesmo sentido. Por esse motivo, os indicadores são o termômetro adequado para essa tensão, já que seus dados são elementos conclusivos para saber o tamanho da disparidade entre esses campos (normatividade *versus* faticidade).

⁴⁴ HABERMAS, Jürgen. *Facticidad y Validez: sobre el derecho y el Estado democrático de derecho em términos de teoría del discurso*. Trad. Manuel Jiménez Redondo. 6. ed. Madrid: Editorial Trotta, 2010; NEVES, Marcelo. *Entre Têmis e Leviatã: uma relação difícil: o Estado Democrático de Direito a partir e além de Luhmann e Habermas*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012. p. 115.

Diante deste contexto, o presente capítulo se ocupa em avaliar de maneira panorâmica os dados de monitoramento em âmbito federal (reitera-se que o monitoramento é responsabilidade compartilhada entre os entes federados, assim como sua competência para a execução). A análise pode ser taxada como panorâmica pelo fato dos dados “federais” serem muito mais úteis para mapear a política pública, do que propriamente analisar a consecução dos *outcomes* narrados a partir do marco regulatório.

Como assim mapeamento? No sentido em que são demonstradas as disparidades entre as Regiões e as unidades federativas (nos dados que são fragmentados entre esses espaços). Além disso, números que não façam essa fragmentação talvez sejam inconclusivos quanto à correlação com os objetivos, já que não levarão em conta as diferentes realidades brasileiras. Exemplifique-se: o aumento do número de beneficiários do Programa “De Volta Pra Casa” no Brasil todo pode demonstrar que a política pública tem sido mais utilizada, mas não é tão conclusiva quanto à análise em um Município ou Estado.

A verificação da concretização ou não dos *outcomes* seria mais precisa a partir da análise do monitoramento territorialmente delimitado, como será feita no capítulo seguinte, ao analisar dados do Município do Rio de Janeiro.

A base dos dados retratada no presente capítulo está no informativo do Ministério da Saúde “Saúde Mental em Dados 12”⁴⁵, lançado em 2015.

1) O primeiro dado a ser destacado diz respeito aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e à Equipe de Saúde de Família (eSF), que basicamente consistiriam na atenção básica de saúde mental para os Municípios que não capacitados com o CAPS, ou seja, Municípios de até 15.000 habitantes.

O primeiro gráfico⁴⁶ trazido sobre o Nasf e a eSF retrata aspectos quantitativos dos Municípios com população inferior a 15.000 habitantes, a corresponder 60,6% dos Municípios brasileiros e estimativamente 12% da população brasileira. Neste contexto, há 8.712 eSF, que se caracterizam como a menor unidade de amparo à saúde mental, e 1.671 Nasf estruturadas.

⁴⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados*, Informativo Eletrônico, Brasília, ano 10, n. 12, out. 2015.

⁴⁶ BRASIL. *Idem*, p. 6.

A esse dado soma-se o segundo gráfico⁴⁷, que traz a quantidade de Municípios sem o Nasf, a saber, 50,5%. No entanto, 93,6% dos Municípios sem o Nasf possuem boa cobertura de eSF. Esses dados demonstram que, em maior ou menor medida, praticamente todo o território brasileiro já conta com alguma estratégia concernente à saúde mental, ainda que sua implementação necessite de maiores avanços e estruturação.

2) Na esteira desse primeiro dado, o segundo dado⁴⁸ que merece ser destacado é a expansão dos CAPS⁴⁹ no Brasil. Em 1998, primeiro ano com mensuração desse dado, existiam 148 CAPS espalhados pelo território brasileiro. Em 2014, esse número havia chegado a 2.209. Esse último número⁵⁰ é composto da seguinte maneira: 1.069 CAPS I, 476 CAPS II, 85 CAPS III, 201 CAPSi, 309 CAPSad e 69 CAPSadII.

3) O terceiro dado relevante consiste na proporção⁵¹ entre cobertura do CAPS e população de 100.000 habitantes por ano e unidade federativa. Desde 2002, quando esse indicador começou a ser apurado, até 2014 observa-se um salto no âmbito nacional, já que a proporção saltou de 0,21 para 0,86. Conforme o próprio gráfico indica, a cobertura muito boa é a partir da proporção 0,7 e há regiões em que esse índice já se supera, como no Nordeste e Sul (1,00 e 1,07, respectivamente) e Sudeste (0,79). A região mais deficitária é o Norte, com índice de cobertura 0,61.

No entanto, há a disparidade por entre os Estados. Por exemplo, no Sudeste, que conta com uma cobertura boa, o Espírito Santo tem um índice de 0,46, em que se caracteriza como cobertura regular/baixa. Por sua vez, no Norte, que é a região mais deficitária, Roraima conta com a proporção 1,21, no caso, uma das maiores do Brasil.

⁴⁷ BRASIL. Idem, p. 7.

⁴⁸ Observe que esse segundo dado “diz muito pouco” sobre a correlação dos mecanismos, no caso CAPS, com os resultados pretendidos, até porque não se aponta qual o número ideal de CAPS, tampouco o que esses números representam, a não ser o crescimento das instalações.

⁴⁹ BRASIL. Idem, p. 9.

⁵⁰ BRASIL. Idem, p. 10.

⁵¹ BRASIL. Idem, p. 11.

A utilidade desse terceiro dado, assim como os gráficos que mostram a evolução da taxa de crescimento⁵² e o mapa indicador de cobertura⁵³, é muito mais voltada para o aspecto de estratégia dos gestores do que propriamente conclusivo no tocante à reinserção do portador de transtorno mental na sociedade. Com relação aos direitos fundamentais e ao tratamento mais humanitário, outros *outcomes* investigados, é possível acreditar que tais números refletem um caminho nesse sentido. No entanto, conforme tratado no capítulo anterior, isso passa mais por um esforço de dedução do que propriamente uma análise acurada desses dados.

4) O quarto dado também se alinha na crítica do item 3, no sentido de que é muito mais útil para gestores do que conclusivo na correspondência dos *outcomes* da política pública de desinstitucionalização. Trata-se do tipo de CAPS existente em cada unidade federativa⁵⁴. O que de mais grave que se extrai a partir dessa informação é que três Estados (Rondônia, Espírito Santo e Mato Grosso) não contam com serviços 24 horas, ou seja, CAPS III e CAPSad III, e três Estados não contam com CAPSi habilitados (Acre, Roraima e Tocantins).

5) O quinto dado⁵⁵ diz respeito à correspondência entre Município elegível para CAPS (ou seja, a partir de 15.000 habitantes) e a quantidade de Municípios habilitados. No Brasil, há 2.259 elegíveis, dos quais 62,2% possuem CAPS habilitados. Entre os Estados, Piauí e Rio de Janeiro se destacam positivamente (100% e 94,6%, respectivamente), ao passo que Acre é o pior Estado com 28,6% dos Municípios habilitados.

6) O sexto dado é relevante com relação aos *inputs* da política de desinstitucionalização, uma vez que versa sobre a evolução dos recursos financeiros⁵⁶ endereçados aos CAPS. O *boom* do financiamento ocorreu em 2011, por meio da Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011⁵⁷, muito em função da criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) mencionada no capítulo anterior e que unificou a política de saúde mental com a de dependência química.

⁵² BRASIL. *Idem*, p. 12.

⁵³ BRASIL. *Idem*, p. 14.

⁵⁴ BRASIL. *Idem*, p. 13.

⁵⁵ BRASIL. *Idem*, p. 15 e 16.

⁵⁶ BRASIL. *Idem*, p. 17.

⁵⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 26 mai. 2016.

7) O sétimo dado é que traz maior utilidade para a presente pesquisa, em que pese ainda ser concernente com os *inputs* da desinstitucionalização. Trata-se da proporção entre os recursos destinados à assistência hospitalar (ou seja, hospitais manicomial ou leitos para o tratamento de saúde mental) e os recursos destinados ao modelo de atenção comunitária/territorial (concernente às estratégias de desinstitucionalização supracitadas)⁵⁸. A leitura do gráfico denota uma relação inversamente proporcional entre essas grandezas, de modo que, a partir de 2006, a maior parte dos recursos se destina à segunda modalidade, em detrimento da assistência hospitalar.

Esse dado é apto a interpretar no sentido do abandono do modelo hospitalocêntrico, como debatido na introdução, bem como que, do ponto de vista da dotação orçamentária, a tendência é concretizar a reinserção do portador de transtorno mental em comunidade (entendimento contrário priorizaria investimentos na internação hospitalar). Com isso, ainda que de maneira panorâmica, a distribuição de recursos está alinhada com o objetivo relativo ao fechamento de leitos e fim do modelo hospitalocêntrico. Consequentemente, nesse aspecto é possível admitir que a política se aproxima da concretização dos outros dois objetivos presentes a partir do marco regulatório, quais sejam, a maior efetividade dos direitos fundamentais dos portadores de saúde mental e a quebra com sua indivisibilidade social.

8) O oitavo dado passa pela análise dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que são uma das principais estratégias de desinstitucionalização, conforme visto no capítulo anterior. Algo que soa alarmante diz respeito à quantidade de SRTs em funcionamento⁵⁹, porém, não habilitados (610 em funcionamento, ao passo que 289 apenas estão habilitados). Ou seja, mais de 50% dos SRTs não são habilitados, ou seja, não passam pela supervisão do Ministério da Saúde.

Nem todas as unidades federativas contam com o SRT (habilitado ou não), pelo menos até dezembro de 2014. Cite-se, como exemplo, Espírito Santo e Amazonas.

Entre os 289 SRTs habilitados⁶⁰, 160 são do tipo I e 129 do tipo II, contemplando 2.031 moradores (e se contemplar os SRTs não habilitados, esse

⁵⁸ BRASIL. Saúde Mental em Dados, *idem*, p. 18.

⁵⁹ BRASIL. *Idem*, p. 22.

⁶⁰ BRASIL. *Idem*, p. 23.

número chega a 3.475, aproximadamente). Frise-se também que o processo de habilitações pelo Ministério da Saúde se iniciou em 2013 (com 267 SRTs habilitados naquele ano)⁶¹.

9) O nono dado diz respeito ao Programa “De Volta Pra Casa”. Diferente dos SRTs, que se assentam em dados “soltos”, até pelo fato de sua mensuração ser recente, o “De Volta Pra Casa” já é passível de uma análise mais detalhada, visto que há monitoramento desde 2003, ano de sua criação.

O número de beneficiários⁶² saltou de 206, em 2003, para 4.349, em 2014, o que reforça de maneira substancial o cenário de desinstitucionalização e alcance dos objetivos narrados. Um número que merece atenção, todavia, diz respeito ao fato de que apenas 22 unidades federativas possuem Municípios cadastrados no Programa⁶³.

10) O décimo e último dado que merece análise diz respeito aos leitos em hospitais psiquiátricos. Ainda que a desinstitucionalização passe a se afirmar como paradigma e tratamento dominante, a internação não pode ser descartada de maneira completa. Isso porque há casos em que a patologia é de gravidade severa, o que demanda a internação como tratamento mais adequado.

Existem, no Brasil, 167 hospitais psiquiátricos com leitos vinculados ao SUS⁶⁴, sendo que estão distribuídos por entre 23 Estados (excetuam-se Rondônia, Roraima, Amapá e Tocantins). A quantidade total de leitos do SUS em hospitais psiquiátricos é de 25.988, em uma proporção de 0,129 leitos por 1.000 habitantes.

No entanto, o gráfico que mais interessa com relação a esse aspecto consiste na redução de leitos⁶⁵. Entre 2002 até 2014 houve uma queda acentuada, já que o número de leitos passou de 51.393, naquele primeiro ano mensurado, para 25.988 em 2014. Mais uma vez essa redução reforça a política de desinstitucionalização e os seus objetivos subjacentes.

⁶¹ BRASIL. *Idem*, p. 24.

⁶² BRASIL. *Idem*, p. 25.

⁶³ BRASIL. *Idem*, p. 26.

⁶⁴ BRASIL. *Idem*, p. 27.

⁶⁵ BRASIL. *Idem*, p. 28.

Outro ponto relevante está na mudança de perfil⁶⁶ dos hospitais psiquiátricos. Se, em 2002, o maior percentual dos leitos existentes ficava em hospitais com mais de 400 leitos (29,43%), em 2014 esse número inverteu para hospitais com até 160 leitos (48,62%). Ou seja, a ideia de tratar portadores de transtorno mental aos montes passa a dá lugar a um tratamento comunitário e, nos casos em que isso é inviável, que o tratamento seja ao menos individualizado. Neste último caso (patologias mais graves), opta-se pela internação em hospital de menor porte⁶⁷.

Todos os dez dados retratados anteriormente dão indícios; porém, são mais especulativos do que propriamente conclusivos quanto à congruência da política pública de desinstitucionalização e de seus objetivos. Por esse motivo, a análise feita nesse capítulo foi panorâmica, no sentido de expor os dados trazidos pelo informativo Saúde Mental em Dados.

A análise territorialmente delimitada é mais apta a trazer contornos mais nítidos quanto à equação que se avalia no presente trabalho. Assim, no capítulo seguinte serão analisados dados relativos ao Município do Rio de Janeiro, com o escopo de se verificar tal equação.

3 DADOS DO SISTEMA DE CONTROLE E MONITORAMENTO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: O (AINDA) INCIPIENTE CASO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A análise da política da desinstitucionalização da saúde mental em nível federal soa inconclusiva, ao menos para o desiderato da presente pesquisa, qual seja, a análise da congruência entre objetivos (*outcomes*) e mecanismos (*inputs*), tomando como ponto de partida os dados relativos ao seu monitoramento.

Diante dessa constatação, maior pertinência estaria por detrás da análise territorialmente delimitada e, se possível, que contemplasse um lapso temporal amplo. Por esse motivo, no presente capítulo serão analisados dados do monitoramento da saúde mental no Município do Rio de Janeiro.

Se a análise federal panorâmica foi especulativa, tal recorte também traz consigo empecilhos. E desde já é possível antecipá-los: *i*) os dados municipais não são tão organizados como os federais; *ii*) nem todos os mecanismos (e, por

⁶⁶ BRASIL. Idem, p. 29.

⁶⁷ BRASIL. Idem, p. 30.

consequente, objetivos) apresentam indicadores ou algum tipo de informação numérico-quantitativa.

3.1 SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (SRTS)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos já foram percorridos no tópico 2.2, em que os contornos de sua caracterização e importância foram abordados. Esse mecanismo foi regulamentado em 2000, porém o Município do Rio de Janeiro já contava com um projeto de finalidade semelhante. A primeira experiência pública se deu em 1998, por meio do Projeto Lar Abrigado⁶⁸, coordenado pelo Instituto Philippe Pinel, que também consistia em um serviço extra-hospitalar de residência terapêutica, com possibilidade de atender até oito pacientes.

Além da experiência mencionada no parágrafo anterior, a tendência do Município era criar residências terapêuticas a partir de medidas tomadas pelos próprios institutos mentais de tratamento de saúde mental, quais sejam, Philippe Pinel, Juliano Moreira e Nise da Silveira⁶⁹.

Com relação ao aspecto quantitativo, é difícil fazer uma análise mais acurada sobre os SRTs no Rio de Janeiro, até porque os dados não estão sistematizados de maneira semelhante ao âmbito federal, debatido no capítulo anterior. Entre o material colhido acerca da saúde mental, as informações sobre esse mecanismo não seguem uma linearidade, que seria útil, por exemplo, para verificar a concretização dos objetivos da desinstitucionalização da saúde mental.

Em 2004, no Município do Rio de Janeiro, o total de SRTs era de 17, atendendo a 71 moradores⁷⁰. No entanto, existe um hiato a respeito desse mecanismo, e o número subsequente que se tem notícia é referente ao ano de 2010, com o total de 33 residências terapêuticas⁷¹, dividido da seguinte forma: 5 Residências Terapêuticas na área que abrange Copacabana, Lagoa, Rocinha e

⁶⁸ RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Lar Abrigado por Instituto Philippe Pinel. Disponível em: <http://www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/pinel_lar_abrigado.htm>. Acesso em: 12 jul. 2016.

⁶⁹ RIO DE JANEIRO. *As residências terapêuticas no município do Rio de Janeiro: habitando a casa, a cidade e a vida*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. p. 14 e 15.

⁷⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 15.

⁷¹ RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão: 2010, p. 60.

Botafogo, 2 Residências Terapêuticas para área de Méier, Inhaúma e Jacarezinho, 25 Residências Terapêuticas para Barra da Tijuca, Jacarepaguá e Cidade de Deus, e 1 para Realengo e Bangu⁷².

Esse lapso temporal denota que o avanço no tocante aos SRTs foi incipiente, já que no período de seis anos apenas 16 novas residências foram desenvolvidas. E mencione-se, como já exaustivamente dito nos capítulos anteriores, que essa é uma das principais estratégias de atendimento dos objetivos de redução do modelo hospitalocêntrico.

Os Relatórios Anuais de Gestão de 2011, 2012, 2014 e 2015 não trouxeram qualquer informação a respeito da criação de novas residências terapêuticas.

No Relatório de 2013⁷³, há uma clara sinalização de que o uso da ferramenta Serviços de Residência Terapêutica estagnou. Com efeito, é dito que uma das diretrizes do Município era

ampliar a rede de atenção psicossocial, com implantação de novos CAPS, novas Residências Terapêuticas e unidades de acolhimento, com desenvolvimento de ações de desinstitucionalização, de atenção psicossocial, de qualificação profissional e de matriciamento e com reforma e qualificação.

Porém, logo depois, apenas são apontadas metas de quantitativos de usuários previstas e executadas, da seguinte forma:

8.1.6 - Ação: USUÁRIO INSERIDO NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS E NAS MORADIAS ASSISTIDAS - Meta Prevista: 395 USUÁRIOS. Meta Executada: 302 USUÁRIOS.

⁷² Divisão de áreas de planejamento em bairros extraída do Relatório Anual de Gestão 2009 RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2009, p. 14. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4114103/RAG2009_versaofinal.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

⁷³ RIODEJANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão: 2013, p. 60. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4138514/RAG2013aprovado.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

Até dezembro de 2013, existiam no Município do Rio de Janeiro 51 SRTs e 23 Moradias Assistidas, abrangendo um total de 315 pacientes⁷⁴.

A previsão entre os anos de 2014 e 2017, conforme Plano Municipal de Saúde, é de ampliar o número de usuários dos SRTs para 352⁷⁵.

E o último dado concreto que se obteve data de 2015, a partir do processo seletivo para escolher entidade sem fim lucrativo com o objeto de “dar apoio, gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços para a manutenção e implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)”⁷⁶. Nesse edital, o quantitativo exato de residências terapêuticas é de 62.

Os números relativos aos SRTs demonstram que esse mecanismo tem sido pouco explorado com o intuito de alcançar o abandono do modelo hospitalocêntrico. Não bastasse a falta de dados mais acurados sobre ele, os números indicam que os avanços têm sido tímidos.

De qualquer modo, o Município do Rio de Janeiro apresenta um número expressivo de SRTs com relação ao próprio Estado do Rio de Janeiro (em 2014, havia 53 SRTs por todo o Estado⁷⁷ e, em 2015, já havia 62 apenas na capital). Sem contar que há Estados no Brasil que sequer possuem SRTs, conforme discutido no capítulo anterior.

Além disso, cumpre mencionar as dificuldades relativas à execução desse mecanismo. É recomendável que o paciente faça a transição da internação para o convívio em sociedade, levando em conta o meio em que foi criado e os seus vínculos sociais e familiares. Ou seja, é ideal que haja SRTs capazes de abranger as mais diversas áreas do Município. Todavia, a constituição das residências sofre os condicionamentos da especulação imobiliária e alto valor de determinadas zonas urbanas, o que pode ser um fator que contribua na explicação da dificuldade de expansão em maior escala dos SRTs.

⁷⁴ RIO DE JANEIRO. *As residências terapêuticas no município do Rio de Janeiro: habitando a casa, a cidade e a vida*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. p. 15.

⁷⁵ RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2014-2017, p. 102. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

⁷⁶ Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, ano XXIX, n. 63, p. 64, publicado em 19 de junho de 2015.

⁷⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados*, Informativo Eletrônico, Brasília, ano 10, n. 12, p. 23, out. 2015. Acesso em: 26 mai. 2016.

3.2 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Assim como os SRTs, os dados relativos aos CAPS não contam como uma linearidade. A partir dos Relatórios Anuais de Gestão e dos Planos Municipais de Saúde, é possível extrair alguns indicadores que também fornecem uma espécie de panorama de como esse mecanismo, sublinhe-se, crucial para a política de desinstitucionalização conforme discutido no capítulo 2, tem sido executado.

Três são os indicadores verificáveis a respeito desse *output*: os números de usuários atendidos pelo CAPS, a quantidade de CAPS e a taxa de proporção com a cobertura a cada 100.000 habitantes.

A primeira sistematização desses indicadores veio com o Relatório Anual de Gestão de 2010⁷⁸. Até então, o Município contava com 19 CAPS (16 de responsabilidade do Município e 3 da rede federal ou estadual), tendo atendido naquele ano 5.000 usuários. Nesse documento, ainda não havia a menção da taxa de cobertura.

Atualmente, existem 30 CAPS⁷⁹ no Município do Rio de Janeiro, dos quais 3 pertencem à rede estadual ou federal. Os 26 de responsabilidade do Município se dividem assim: 13 CAPS (sendo que 9 são CAPS II e 4 CAPS III), 6 CAPSad (sendo que 4 CAPSad III e 2 CAPSad II) e 7 CAPSi⁸⁰, número esse inferior à meta prevista para 2014 no Plano Municipal de Saúde de 2014-2017⁸¹, que para 2014 seria de 30 unidades (e 38 até 2017).

Ainda conforme o referido Plano Municipal de Saúde, a meta até 2017⁸² seria atender 6.342 usuários por ano, número não tão superior aos 5.000 atendidos em 2010, conforme indicado antes. No entanto, reforça-se que a

⁷⁸ RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão: 2010, p. 58. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4114104/RAG2010.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

⁷⁹ RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão: 2015, p. 9. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4114104/RAG2015.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

⁸⁰ Essas informações foram extraídas na própria página do CAPS no *website* da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (www.rio.gov.br).

⁸¹ RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2014-2017, p. 101. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

⁸² RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2014-2017, p. 102. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

atuação do CAPS é crucial sobre qual a melhor maneira de tratar o usuário, com o escopo de alcançar um tratamento individualizado sobre sua patologia. Por isso, a massificação quanto à quantidade de usuários talvez não seja tão conclusiva quanto à taxa de cobertura, indicador tratado a seguir.

Com relação à taxa de cobertura do CAPS, essa só passou a ser indicada no Relatório de 2011⁸³, que naquele ano era de 0,27 a cada 100.000 habitantes. Conforme visto no capítulo anterior, a cobertura considerada boa é 0,7 para cada 100.000. Ou seja, naquele momento a abrangência do CAPS era insuficiente.

Esse índice pula para 0,33 em 2012⁸⁴. Os Relatórios de 2013 e 2014 não trazem qualquer indicador expressivo a respeito do CAPS⁸⁵. E a taxa só é mencionada no Relatório de 2015⁸⁶, em que a cobertura alcançou a proporção de 0,52, inferior à meta de 0,63 prevista no Plano Municipal de Saúde de 2014-2017⁸⁷.

Nesse sentido, a cobertura do CAPS no Município do Rio de Janeiro aumentou nos últimos cinco anos; porém, ainda não pode ser tida como muito boa.

Apesar disso, verifica-se que o CAPS já é uma realidade na política de desinstitucionalização do Rio de Janeiro, de modo que a consolidação desse mecanismo permite crer na concretização dos objetivos dessa política.

3.3 REDUÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES

O fechamento de leitos hospitalares é um dos objetivos da política de desinstitucionalização da saúde mental, tal como foi discutido no segundo

⁸³ RIODEJANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão: 2011, p. 24. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4114105/RAG2011.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

⁸⁴ RIODEJANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão: 2012, p. 18. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4114105/RAG2012.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

⁸⁵ Salvo quanto à questão orçamentária e das metas traçadas naquele ano, que não é conclusiva para o presente trabalho.

⁸⁶ RIODEJANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão: 2015, p. 18. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4114105/RAG2015.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

⁸⁷ RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2014-2017, p. 85. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

capítulo. E mais: a análise desse indicador é a forma mais conclusiva de se avaliar a política de desinstitucionalização à luz da concretização de seus objetivos, uma vez que a ruptura da indivisibilidade social e a efetivação dos direitos fundamentais não são explicadas (salvo por um exercício de dedução) dos dados referentes ao fechamento de leitos.

Em linhas gerais, a redução dos leitos hospitalares talvez seja o aspecto mais significativo para a presente pesquisa, já que sua análise é capaz de traçar contornos mais nítidos de se a política pública está em consonância com (um de) seus objetivos.

Antes de se avaliar os números obtidos sobre esse tópico, cumpre reforçar que a extinção por completo dos leitos hospitalares para tratamento psiquiátrico não é viável. Isso se deve ao fato de que, a depender da patologia que acometa o paciente, o tratamento sugerido (e talvez o único) é a internação. Nesse sentido, é compreensível que a política de desinstitucionalização não lance um número específico de quantos leitos sejam extintos, tampouco o marco de “zero” leitos hospitalares⁸⁸. No entanto, os leitos devem dividir espaço com as estratégias que promovem a reinserção do paciente em sociedade, tais como os SRTs e o “De Volta Pra Casa”.

Especificamente sobre o Município do Rio de Janeiro, a taxa de variação⁸⁹ dos leitos psiquiátricos junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) oscilou no período de 1995 até o ano 2000, em média contabilizando 5.000 leitos (número que em um ano aumentava, no outro reduzia, alternadamente). Esse número caiu para menos de 3.000 leitos em 2005, em que pese esse indicador não contabilizar o número de leitos que não era vinculado junto ao SUS.

No ano de 2008⁹⁰, havia 3.079 leitos psiquiátricos no Município, dos quais 2.745 eram cobertos pelo SUS.

⁸⁸ Ao contrário, as políticas públicas que versarem sobre saúde mental devem prever investimentos em leitos psiquiátricos hospitalares, como está previsto no próprio Plano Plurianual do Estado do Rio de Janeiro no período de 2016-2019 (RIO DE JANEIRO. Lei nº 7.211. Plano Plurianual – PPA 2016-2019, de fevereiro de 2016, v. 2, p. 350).

⁸⁹ RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. *Política de Saúde Mental na Cidade do Rio de Janeiro*. Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde, Coordenação de Saúde Mental.

⁹⁰ RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: 2010 a 2013. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4130215/planomunicipaldesaude20102013.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

Os Relatórios Anuais de Gestão compreendidos os anos de 2009 a 2013 não apresentaram qualquer nota sobre o fechamento de leitos psiquiátricos de longa permanência, o que sugere que nenhum leito foi fechado (ou, se o foi, não foi informado).

Para 2014 e 2015, a Prefeitura esperava encerrar, respectivamente, 51 e 55 leitos psiquiátricos de longa permanência⁹¹. Em que pese isso, em 2014, superou-se a estimativa e foram fechados 71 leitos⁹², assim como, em 2015, foram encerrados 218 leitos⁹³.

Com olhos para os anos de 2016 e 2017, o Rio de Janeiro tem a expectativa de “ampliar as ações de desinstitucionalização com vistas à redução do número de leitos de longa permanência e consequente ampliação da rede de atenção psicossocial”⁹⁴. Em números, deseja a municipalidade, em 2016, fechar 60 leitos psiquiátricos de longa permanência, e, em 2017, encerrar mais 60 leitos⁹⁵. Aqui, cabe apontar para uma redução da intenção do Município, eis que anteriormente o número de leitos dessa espécie a serem reduzidos, em 2017, era de 65⁹⁶.

Os dados supracitados demonstram como o *outcome* de fechamento de leitos psiquiátricos tem sido uma tônica no cotidiano do Município, de modo que, notadamente no ano de 2015, houve uma redução expressiva desse tipo de leito hospitalar.

A interpretação desse indicador, muito embora os dados só seguissem uma linearidade nos anos mais recentes, juntamente com os indicadores dos *outputs*

⁹¹ RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: 2014-2017, p. 102 e 104. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2016.

⁹² RIO DE JANEIRO. Conselho Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão: 2014, p. 16. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4138513/RAG2014aprovado.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

⁹³ RIO DE JANEIRO. Conselho Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão: 2015, p. 23. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4160317/RAG2015.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

⁹⁴ RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Decreto nº 41.289, de 26 de fevereiro de 2016. *Atualização do Plano Plurianual 2014-2017, para o período de 2016-2017*. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, ano XXIX, n. 231, p. 162, publicado em 29 fev. 2016.

⁹⁵ *Ibidem*, p. 163.

⁹⁶ RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: 2014-2017, p. 102 e 104. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2016.

referentes aos SRTs e CAPS, sugere que a política de desinstitucionalização tem sido concretizada e alinhada com a mudança de paradigma do modelo hospitalocêntrico.

CONCLUSÃO

Os dois últimos capítulos dão pistas sobre a expansão da política pública de desinstitucionalização da saúde mental na realidade brasileira. No entanto, a correspondência de sua implementação com os objetivos extraídos a partir do marco regulatório ainda, sim, é muito mais fruto de um esforço dedutivo do que propriamente de sua verificação em números.

Esse esforço é fundado, em parte, pela dificuldade em interpretar os indicadores de uma realidade que não seja federal, tal como se observou no capítulo anterior sobre a realidade municipal do Rio de Janeiro. Em que pese a desinstitucionalização dar seus primeiros passos desde o fim dos anos 90 e início dos anos 2000, a sistematização desses dados ainda é incipiente (reforce-se, ao menos com relação ao Município do Rio de Janeiro, que foi objeto dessa pesquisa)

A Lei de Acesso Informação (Lei nº 12.527/2011) possivelmente trará uma mudança significativa⁹⁷ na interface cidadão *versus* Administração Pública, no que diz respeito ao acesso de dados governamentais e sua *accountability*. E, conforme visto no capítulo anterior, há mais indicadores relevantes para o estudo da política pública de desinstitucionalização nesse período (os Relatórios Anuais de Gestão estão disponíveis a partir de 2009; porém, os dados mais importantes sobre saúde mental, coincidentemente ou não, vieram de maneira mais clara após esse marco legal).

No entanto, divulgar os dados sem o cuidado com sua sistematicidade pode caracterizar uma irrelevância no acesso à informação e, portanto, ser inconclusivo na análise das políticas públicas à luz de seus *outcomes*. O exemplo dos dados dos SRTs no Rio de Janeiro é elucidativo. A primeira fonte com relação à quantidade de SRTs data de 2004. E esse número só foi contabilizado de novo (ou ao menos divulgado por uma fonte governamental, caso o tenha sido) em 2010.

⁹⁷ BARCELLOS, Ana Paula de. Acesso à informação: os princípios da Lei nº 12.527/2011. *Questio Juris*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 1757, 2015.

Analisar se uma política pública está alinhada aos seus objetivos passa, em larga medida, pela reverência ao sistema de monitoramento e aos seus indicadores, de modo a mensurar de maneira mais acurada o que foi e o que falta ser feito. Contudo, os dados “mal-tratados” e essa falta de sistematicidade não só compromete a cultura do acesso à informação, mas também impede que a verificação da política pública passe de uma análise especulativa para uma análise conclusiva.

Ao aproximar essas premissas ao objeto da pesquisa, qual seja, a política de desinstitucionalização da saúde mental, percebe-se que há avanços em prol desse paradigma de tratamento psiquiátrico. O fechamento de leitos, que é o objetivo numericamente mensurável, tem sido a tônica dessa política pública, tanto em nível federal (conforme discutido no Capítulo 3, mais precisamente o último dado debatido a partir do Saúde Mental em Dados) quanto em nível municipal (discutido no Capítulo 4, sobre o Rio de Janeiro).

Inevitavelmente, os outros dois objetivos extraídos a partir do marco regulatório, quais sejam, a ruptura com a indivisibilidade dos portadores de transtorno mental e a efetividade dos direitos fundamentais (com eles na condição de destinatário imediato), não são mensuráveis a partir do sistema de indicadores. De qualquer maneira, a tendência pela redução de leitos psiquiátricos sugere que esses dois outros objetivos estão em maior ou menor medida contemplados pela implementação da política de desinstitucionalização da saúde mental.

A própria incorporação desse tema na pauta pública, reforçado com a RAPS e a integração da saúde mental no combate à dependência química, já denota que a invisibilidade tem se diluído (ainda que a política pública seja apenas um fator diante de um problema que transcende o aspecto institucional), bem como os direitos fundamentais dos pacientes tendem a ser mais respeitados.

De maneira didática, a presente pesquisa é capaz de balizar as seguintes conclusões:

- 1) é carente uma cultura de sistematização dos indicadores, ao menos em plano municipal, como parte integrante do monitoramento da política pública e na esteira do acesso à informação;
- 2) a desinstitucionalização da saúde mental vem se consolidando com um paradigma predominante no tratamento das patologias dessa área;

- 3) a conclusão do item 2 é decorrente do crescente número de fechamento de leitos, que é o *outcome* verificável a partir dos indicadores, bem como da expansão de métodos alternativos de tratamento, tais como os SRTs e o benefício do Programa “De Volta Pra Casa”;
- 4) os *outcomes* da ruptura com a indivisibilidade social e a efetivação dos direitos fundamentais dos portadores de transtorno mental não são numericamente mensuráveis a partir dos indicadores. Porém, os dados identificados permitem um exercício reflexivo sobre os dois, na medida em que o abandono do modelo hospitalocêntrico é uma realidade.

REFERÊNCIAS

- ARENDDT, Hannah. *Origens do totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Lei nº 6.758, de 4 de janeiro de 1995. Disponível em: <http://www.al.rn.gov.br/portal/_ups/legislacao//6.758.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.
- ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281>. Acesso em: 20 abr. 2016.
- BARCELLOS, Ana Paula de. Acesso à informação: os princípios da Lei nº 12.527/2011. *Questio Juris*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 1741-1759, 2015.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/4/pdf/bertolli-9788575412886.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2016.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 20 abr. 2016.
- _____. Diário do Congresso Nacional, de 29 de setembro de 1989, Seção I, p. 10696-10697.
- _____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 20 abr. 2016.
- _____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 20 abr. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_106.htm>. Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, 26 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 26 mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html>. Acesso em: 21 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 21 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 26 mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, nov. 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados*, Informativo Eletrônico, Brasília, ano 10, n. 12, out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília, 2004.

CASTRO, Selma Munhoz Sanches de; WATANABE, Helena Akemi Wada. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos (Online)*, v. 16, n. 2, p. 449-487, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000200010>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

GREEN, Maria. What we talk about when we talk about indicators: current approaches to human rights measurement. *Human Rights Quarterly*, v. 23.4, p. 1076, 2001. Disponível em: <<https://muse.jhu.edu/article/13805>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

GUEDES, Ariane da Cruz; KANTORSKI, Luciane Prado; PEREIRA, Patrícia Mirapalheta; CLASEN, Bianca Neme; LANGE, Celmira; MUNIZ, Rosani Manfrin. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (Internet), v. 10, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.8198>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

HABERMAS, Jürgen. *Facticidad y Validez: sobre el derecho y e Estado democrático de derecho em términos de teoria del discurso*. Trad. Manuel Jiménez Redondo. 6. ed. Madrid: Editorial Trotta, 2010.

JONES, Harry. A guide to monitoring and evaluating policy influence. London: Overseas Development Institute, 2011. Disponível em: <<http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/6453.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

MACKINNON, Catherine. Desejo e poder. In. MIGUEL, L. F.; BIROLI, F. (Org.). *Teoria política feminista: textos centrais*. Rio de Janeiro: Horizonte, 2013. p. 231-250.

MESQUITA, José Ferreira; NOVELLINO, Maria Sallet Ferreira; CAVALCANTI, Maria Tavares. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. *XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, Caxambu, 2010.

NEVES, Marcelo. *Entre Têmis e Leviatã: uma relação difícil: o Estado Democrático de Direito a partir e além de Luhmann e Habermas*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

NORTON, Andy; ELSON, Diane. What's behind the budget? Politics, rights and accountability in the budget process. London: Overseas Development Institute, 2002. Disponível em: <http://www.unicef.org/socialpolicy/files/What_is_behind_the_budget_NortonElson02.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2016.

NUSSBAUM, Martha C. Objectification. *Philosophy and Public Affairs*, v. 24, n. 4, p. 249-291, 1995.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Declaração de Caracas, 14 nov. 1990. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas>.

RIO DE JANEIRO. *As residências terapêuticas no município do Rio de Janeiro: habitando a casa, a cidade e a vida*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Lar Abrigado por Instituto Philippe Pinel. Disponível em: <http://www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/pinel_lar_abrigado.htm>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. Lei nº 7.211. Plano Plurianual - PPA 2016-2019, de fevereiro de 2016, v. 2.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: 2010 a 2013. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/>>

dlstatic/10112/3700816/4130215/planomunicipaldesaude20102013.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2014-2017, p. 102. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20-142017.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. *Política de Saúde Mental na Cidade do Rio de Janeiro*. Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde, Coordenação de Saúde Mental.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2009. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4114103/RAG2009_versaofinal.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão: 2010. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4114104/RAG2010.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão: 2011. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4114105/RAG2011.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão: 2012. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4114105/RAG2012.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão: 2013. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4138514/RAG2013aprovado.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. Conselho Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão: 2014. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4138513/RAG2014aprovado.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão: 2015. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4114104/RAG2015.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

ROSA, Abílio da Costa; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Sílvio. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate*, v. 25, n. 58, p. 12-25, mai./ago. 2001.

ROSENFELD, Michel. *A identidade do sujeito constitucional*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

SOUZA, Jessé. A visibilidade da raça e a invisibilidade da classe: contra as evidências do conhecimento imediato. In: _____ (Org.). *A invisibilidade da desigualdade brasileira*. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 71-95.

SOUZA, Vinícius Rauber e. Contrarreforma psiquiátrica: o modelo hospitalocêntrico nas políticas públicas em saúde mental no Rio Grande do Sul. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS). Porto Alegre, 2010.

VENTURINI, Ernesto. A desinstitucionalização; limites e possibilidades. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2016.

VIOLA, Ana Clara. Longo caminho a percorrer na volta para a sociedade. O Ministério Público e a desinstitucionalização em saúde mental. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2015.

Submissão em: 09.05.2017

Avaliado em: 18.04.2018 (Avaliador B)

Avaliado em: 18.06.2018 (Avaliador C)

Aceito em: 26.06.2018

