



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GABRIELA UMPIÉRREZ VIEIRA

OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À DEPRESSÃO NA
CIDADE DE CURITIBA - PARANÁ

CURITIBA

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GABRIELA UMPIÉRREZ VIEIRA

OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À DEPRESSÃO NA
CIDADE DE CURITIBA - PARANÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Paraná como parte dos
requisitos exigidos para a obtenção do título de Bacharel
em Direito.

Orientador: Prof. Rodrigo Luís Kanayama

CURITIBA

2022

TERMO DE APROVAÇÃO

OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À DEPRESSÃO NA CIDADE DE CURITIBA - PARANÁ

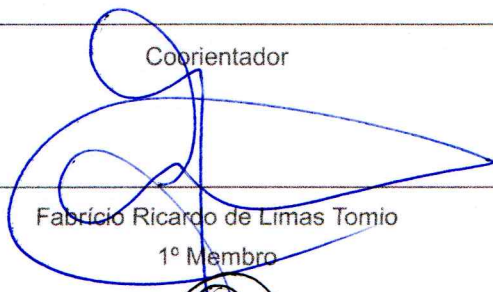
GABRIELA UMPIERREZ VIEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção de Graduação no Curso de Direito, da Faculdade de Direito, Setor de Ciências jurídicas da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

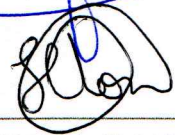


Rodrigo Luís Kanayama
Orientador

Coorientador



Fabrício Ricardo de Limas Tomio
1º Membro



Ilton Norberto Robl Filho
2º Membro

RESUMO

A depressão, entendida como um fenômeno biopsicossocial com vastas repercussões jurídicas, constitui-se em objeto de políticas públicas devido à previsão encontrada nos arts. 5º, §1º, c/c 196 e ss. da Constituição Federal. Estas normas, de caráter programático, pugnam pela realização de prestações de serviços, por parte do Estado, em tal seara. Face a tal cenário, o presente trabalho objetiva analisar a forma como o poder público, com enfoque especial à situação do Estado do Paraná e do Município de Curitiba, tem reagido ao crescente número de indivíduos acometidos da referida doença. Para tanto, desenvolveu-se uma análise documental, através de pesquisa em base de dados científicas, utilizando-se como descritores as seguintes palavras: “depressão”, “transtornos depressivos”, “prevenção”, “tratamento”, “políticas públicas”, “sistema de saúde”, “direito à saúde” e os operadores booleanos OR e AND. No que tange aos resultados de tal pesquisa, percebe-se que o sofrimento humano nem sempre se mostra tão perceptível quanto as mazelas físicas que acometem a coletividade e, se considerarmos que a depressão, historicamente, apresenta uma valoração bastante negativa dos indivíduos dela acometidos, deparamo-nos com um vasto cenário de práticas abusivas traduzidas em maus tratos, violência, segregação, perda da capacidade civil e/ou de direitos políticos, negligência, entre tantas outras formas de atingir uma pessoa vista como um problema a ser resolvido, permeando os dias atuais em concepções ditas “hospitalocêntricas”. Outrossim, percebe-se que é necessário um processo de desconstrução do paradigma hospitalocêntrico, o qual acompanha, no mundo, a luta pela adoção de leis mais favoráveis à pessoa deprimida e, mais especificamente no Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica. Desta feita, pugna-se por um cenário onde a pessoa não seja considerada como um objeto/problema, mas como um indivíduo em estado de sofrimento psíquico que necessita de políticas públicas que visem à implementação de um modelo de atenção integral em saúde mental. É, portanto, imperativo reconhecer a necessidade de inclusão social e efetivo acesso às políticas públicas, as quais devem acolher o referido indivíduo e propiciar-lhe maior autonomia, emancipando adequadamente o indivíduo do sistema de saúde numa forma de rechaçar resquícios segregatórios.

Palavras-chave: Depressão. Políticas Públicas. Saúde Pública. Direito à Saúde. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Depression, understood as a biopsychosocial phenomenon with vast legal repercussions, constitutes an object of public policies due to its constitutional regulation, as found in the 5th article, 1st paragraph, and article 196 and seq. These rules, of a programmatic nature, demand that the State is to provide adequate health services. Faced with this scenario, the present work aims to analyze how the public authorities, with a special focus on the situation of the State of Paraná and the Municipality of Curitiba, have reacted to the growing number of individuals affected by the aforementioned disease. With that aim, a documental analysis was developed through research in scientific databases, using the following words as descriptors: “depression”, “depressive disorders”, “prevention”, “treatment”, “public policies”, "health system", "right to health" and the Boolean operators OR and AND. Regarding the results of said research, it is conspicuous that human suffering is not always as noticeable as the physical ailments that affect the people and, if one considers that depression, historically, presents a very negative assessment of the individuals affected by it, one is faced with a vast scenario of abusive practices translated into mistreatment, violence, segregation, loss of civil capacity and/or political rights, negligence, among many other ways of making a person a problem to be solved. Such practices even permeate the present days in the so-called hospital-centered conceptions. Therefore, it became clear that a process of deconstruction of the hospital-centered paradigm is necessary, and that it accompanies, in the world, the struggle for the adoption of laws more favorable to the depressed person and, more specifically in Brazil, the Psychiatric Reform movement. As a result of such policies, people strive for a scenario where one is not considered as an object/problem, but as an individual in a state of psychological distress who needs public policies aimed at implementing a model of full attention concerning mental health care. It is, therefore, imperative to recognize the need for social inclusion and effective access to public policies, which must welcome the referred individual and provide him with greater autonomy, properly emancipating said individual from the health system in a way of rejecting segregative remnants.

Keywords: Depression. Public Policies. Public Health. Right to Health. Healthcare.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. METODOLOGIA.....	7
3. NOÇÕES BASILARES SOBRE A DEPRESSÃO.....	8
3.1. CONCEITO MÉDICO DE DEPRESSÃO.....	9
3.2. CONCEITO BIOPSIKOSSOCIAL DE DEPRESSÃO.....	13
4. O DIREITO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE A DEPRESSÃO.....	17
4.1. A TÉCNICA LEGISLATIVA E O MANEJO DA DEPRESSÃO.....	18
4.2. O MODELO ATUAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	27
4.3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL EM CURITIBA – PARANÁ.....	36
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS.....	52

1 INTRODUÇÃO

Temas concernentes à depressão têm sido frequentemente discutidos no contexto atual: a pandemia de COVID-19 engendrou um cenário onde, mais do que nunca, fez-se relevante entender como o sofrimento mental influencia as interações entre seres humanos.

Em tal prisma, sabe-se que a depressão já foi analisada sob perspectivas diversas - como exemplo, cita-se a antiga noção de "melancolia", ou mesmo a segregação de pacientes considerados inaptos à vida social nos antigos hospitais psiquiátricos. Contudo, mesmo após o advento da Reforma Psiquiátrica e instauração de ideais de cuidados voltados ao reconhecimento do ser humano, em sua integralidade, como um sujeito de direitos e não mero "problema" a ser resolvido, percebe-se que existem, até hoje, certas práticas hospitalocêntricas e, por vezes, iatrogênicas que encontram-se atreladas às esferas das prestações e serviços em saúde.

Nesse sentido, o enfoque deste estudo relacionar-se-á à interface de tais problemas sob a ótica das políticas públicas atualmente vigentes no Município de Curitiba - Paraná, de forma a propiciar uma análise acerca da rede de cuidado que atende aos pacientes deprimidos na referida localidade.

Em tal diapasão, a questão norteadora a que se buscou responder foi "as políticas concernentes ao tratamento e prevenção da depressão atualmente vigentes no Município de Curitiba encontram-se coadunadas à ótica da Reforma Psiquiátrica e observam os preceitos do direito, em especial as garantias constitucionalmente definidas?". Para respondê-la, percebeu-se a importância de reconhecer-se o respeito à pluralidade e à diferença, atrelados à tolerância - de forma a permitir que pessoas coexistam de forma digna em ambientes saudáveis e propícios ao cuidado integral daqueles que o necessitem, sendo necessária a observação das movimentações do poder público em tal sentido.

Busca-se, portanto, entender quais são as características de práticas e cuidados em saúde mental, em especial no que tange à depressão, que fortalecem a autonomia do sujeito, considerado em sua integralidade. Destarte, será salutar compreender como tais perspectivas têm sido recebidas e praticadas nas políticas de saúde mental atualmente vigentes no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo que, para atingir seu desiderato, implicou na realização de pesquisas bibliográficas e documentais a partir dos registros disponíveis - referências, formulações e discussões doutrinárias que se preocupam com a perspectiva crítica na contemporaneidade (SEVERINO, 2017). Estes estudos foram, principalmente, interseccionados com a busca documental dos reflexos das políticas públicas na área da saúde mental na realidade brasileira social e institucional. Conforme ensina Gil (2002), tal modalidade de pesquisa permite a análise de uma maior gama de fenômenos em comparação a outras modalidades de pesquisa.

As fontes documentais citadas tratam, basicamente, de pesquisas acerca do manejo da saúde mental no âmbito do Estado Brasileiro (com ênfase, em especial, na depressão, bem como no Estado do Paraná e/ou Município de Curitiba), demonstrando os óbices e enfrentamentos na materialização de alguns direitos fundamentais, em razão de certas práticas institucionalizadas. Não obstante, utilizou-se como fonte documental a análise dos conjuntos legislativos nacionais vigentes que se conectam, de alguma forma, com a questão em comento.

Para tanto, efetuou-se uma busca integrada de textos e artigos nas bases de dados da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Scielo, Portal da Capes, Revista dos Tribunais, catálogo coletivo da Rede Virtual de Bibliotecas - RVBI, EBSCO, SSRN, selecionando-se aqueles que poderiam responder à pergunta norteadora supramencionada: "as políticas concernentes ao tratamento e prevenção da depressão atualmente vigentes no Município de Curitiba encontram-se coadunadas à ótica da Reforma Psiquiátrica e observam os preceitos do direito, em especial as garantias constitucionalmente definidas?".

Desta feita, a fim de se determinarem os materiais que de fato seriam interessantes à pesquisa, definiram-se os critérios de inclusão e de exclusão que nortearam a escolha dos estudos que embasaram a presente pesquisa - após tal etapa, filtraram-se os referidos estudos considerando os critérios de inclusão e, posteriormente, realizou-se a leitura dos resumos (em se tratando de artigos científicos) a fim de identificar se os textos poderiam responder à pergunta norteadora - assim, os textos que cumpriam com os requerimentos estabelecidos foram lidos na íntegra a fim de obterem-se as informações necessárias (GIL, 2002).

Foram, portanto, incluídos artigos, estudos completos, anais de encontros científicos e textos publicados em inglês ou português, entre os anos 2000 e 2022, com achados significativos para responder à pergunta norteadora. Os artigos foram selecionados utilizando os seguintes descritores: “depressão”, “transtornos depressivos”, “prevenção”, “tratamento”,

"políticas públicas", "sistema de saúde", "direito à saúde", utilizando os operadores booleanos AND e OR, para cumprir com a estratégia de busca. E, por sua vez, foram excluídos os estudos que não atendessem a todos os requisitos supramencionados. Ademais, não foram incluídos informes editoriais ou resumos.

3 NOÇÕES BASILARES SOBRE A DEPRESSÃO

Inicialmente, convém ressaltar que a depressão, na forma como a conhecemos hoje, não foi sempre compreendida como uma patologia. Somente há cerca de trezentos anos (meados do século XVIII), que os distúrbios mentais passaram a ser encarados como doenças - sendo que, em tal prisma, o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM, na sigla em inglês, atualmente na quinta versão - DSM-5) só surgiu em 1952 (SANTOS, 2017).

Anteriormente, eram utilizados mitos ou mesmo superstições para explicar as patologias em tela: a depressão aparece, por exemplo, retratada na *Ilíada* de Homero, no Antigo Testamento, nas anotações de Hipócrates, em noções mítico-religiosas - como a "bílis negra". E tais fatos têm consequências no tratamento e prevenção das referidas patologias até os dias hodiernos, perdurando de forma adaptativa a despeito dos mais variados avanços sociais, científicos, tecnológicos e morais na espécie humana (SANTOS, 2017; ESPÍRITO SANTO - ESTADO, 2018).

Nesse sentido, a melancolia - antiga forma de se referir à depressão - foi inicialmente vista como uma punição divina (CORDÁS; EMILIO, 2021) cujo mal advinha de um humor corrompido (STAROBINSKI, 2016). E, somente a partir do século XVIII, classificam-na como uma espécie de alteração da função nervosa, associando-lhe à esquizofrenia, à própria depressão, às paranóias e neuroses ansiosas (SANTOS, 2017; STAROBINSKI, 2016). Ainda sobre o tema, German E. Berrios (2012, -) ensina que, aos poucos, a melancolia passou a ser definida como um conjunto de "características comportamentais evidentes, tais como motilidade reduzida e morosidade"; em suma, esta era entendida como um subtipo da mania referente a estados de expressão comportamental reduzida.

Contudo, apenas na segunda metade do século XIX que o vocábulo efetivamente surge nos dicionários médicos: trata-se, também, da época em que surgem tratamentos mais "humanizados", quando a melancolia foi classificada como doença, destacando-se a predisposição dos pacientes dela acometidos de cometerem suicídio (BERRIOS, 2012; CORDÁS; EMILIO, 2017). Starobinski (2016, -) ensina que tal foi o ponto de partida para que a psiquiatria passasse a ativamente empreender esforços em isolar "variedades mórbidas

sintomáticas ou fenomenológicas", resultando na especificidade atual da definição do termo "depressão", a qual apresenta uma maior tendência a recair sobre descrições rigorosas do transtorno, sendo evidentemente menos abrangente que a melancolia.

3.1 CONCEITO MÉDICO DE DEPRESSÃO

Feitos tais prolegômenos, cabe passar à análise hodierna da depressão. Sabe-se que o termo "depressão" não engloba uma única patologia, abarcando, na realidade, um verdadeiro espectro dos mais diversos transtornos depressivos - desta feita, no presente trabalho, optou-se por utilizar tão somente a nomenclatura "depressão" quando referente à totalidade de transtornos depressivos atualmente existentes.

Sobre o tema, a Secretaria da Saúde do Espírito Santo ensina que a depressão pode ser compreendida como espécie de transtorno de humor uma vez que a principal alteração psicopatológica perceptível consiste no "rebaixamento de uma função psíquica denominada 'humor' [hipotimia], [...] definida como um estado de experiência interna/subjetiva que influencia a tendência emocional, comportamental e de visão de mundo de um indivíduo" (ESPÍRITO SANTO - ESTADO, 2018, p. 115).

Na mesma linha, segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), emitido pela American Psychiatric Association e utilizado como referência nos atendimentos psiquiátricos no Brasil, a característica comum dos transtornos depressivos consiste na presença perceptível de "humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida" (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al*, 2014, p. 155). Como esperado, a medicina parte dos instrumentos a ela característicos, acentuando os aspectos organolépticos da depressão numa espécie de compreensão biológica, mensurada pela epidemiologia.

E é desta forma que o DSM-5 menciona os transtornos depressivos - segundo o manual, estes incluem as seguintes condições patológicas: transtorno disruptivo de desregulação do humor (o qual pode abarcar, inclusive, crianças de até doze anos de idade com irritabilidade persistente e/ou descontrole comportamental extremo, devendo ser diagnosticado depois dos seis anos de idade e antes dos dezoito anos do indivíduo), transtorno depressivo maior (inclui episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo

devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado; todos referidos com os códigos F32.0 ou semelhantes pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al*, 2014; ESPÍRITO SANTO - ESTADO, 2018).

Assim, cabe explicar no que consistem os referidos transtornos depressivos: primeiramente, no que tange às crianças que apresentarem os supracitados sintomas enquadrados na hipótese de transtorno disruptivo de desregulação do humor, o DSM-5 sinaliza que estas normalmente desenvolvem transtornos depressivos unipolares ou transtornos de ansiedade quando ingressam na adolescência ou mesmo por ocasião do fim do desenvolvimento emocional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al*, 2014).

Em segundo lugar, reconhece-se que a "condição clássica" no que atine aos transtornos depressivos seria a do transtorno depressivo maior. Contudo, o supracitado manual adverte que, neste caso, é extremamente importante diferenciar a tristeza de outros fatores - como, por exemplo, o luto, sob pena de torná-los, indevidamente, uma patologia. Em tal prisma, convém entender que, segundo o DSM-5, a restrita noção de "transtorno depressivo maior" traduz-se em

episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior) envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas. O diagnóstico baseado em um único episódio é possível, embora o transtorno seja recorrente na maioria dos casos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al*, 2014, p. 201).

Em terceiro lugar, menciona-se que a depressão pode ter, ainda, uma forma crônica (transtorno depressivo persistente), diagnosticado quando as perturbações de humor outrora mencionadas tiverem duração de pelo menos dois anos em adultos ou um ano em crianças (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al*, 2014).

No mais, considera-se que os transtornos depressivos remanescentes - quais sejam, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado - têm nomes suficientemente auto explicativos, de forma que não demandam maiores pormenorizações categóricas.

De resto, convém mencionar que, por óbvio, os critérios diagnósticos atinentes aos transtornos depressivos, considerados em conjunto, envolvem diversos fatores que encontram-

se intrinsecamente atrelados ao próprio subtipo do transtorno depressivo diagnosticado. Nesse sentido, importante frisar que tanto a CID-10 quanto o DSM-5 valem-se de critérios semelhantes para o diagnóstico de síndromes depressivas (ESPÍRITO SANTO - ESTADO, 2018).

Assim sendo, tem-se que tais transtornos podem englobar algumas das seguintes hipóteses: explosões de raiva, humor irritável ou zangado, podendo (não) ser consequência de efeitos de substância ou outras condições médicas ou neurológicas, humor deprimido, apetite diminuído ou aumentado, insônia ou hipersonia, fadiga ou letargia, baixa autoestima, dificuldade em tomar decisões e em se concentrar, sentimentos de desesperança, ansiedade ou tensão, aumento da labilidade afetiva, interesse ou prazer reduzido em atividades habituais, sentimento de sobrecarga, ou mesmo sintomas físicos (sensibilidade ou inchaço de mamas, dor articular ou muscular, sensação de inchaço ou ganho/perda de peso), paciente mais loquaz que o comum, pensamentos acelerados e consequente fuga de ideias, maior envolvimento em atividades com consequências prejudiciais, culpa excessiva ou características melancólicas. Frisa-se que tais sintomas podem causar sofrimento tão significativo a ponto de engendrar prejuízos no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida dos pacientes acometidos, importando, por vezes, em elevado risco de suicídio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al*, 2014).

Para além dos critérios diagnósticos, há que se ressaltar que a depressão, como inúmeras outras doenças, apresenta suas respectivas comorbidades. Portanto, constituem espécies de comorbidade para a depressão os seguintes aspectos: presença de transtorno mental pediátrico ou transtorno de oposição desafiante, variados comportamentos disruptivos, autismo, sintomas ou diagnósticos relacionados ao humor ou à ansiedade, transtornos relacionados a substâncias, transtornos de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, anorexia ou bulimia nervosa, transtorno da personalidade *borderline*, ser mulher acometida de transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno por uso de álcool, delírio, doença de Cushing, ou, ainda, demais comorbidades psiquiátricas no geral.

Também são fatores que contribuem para a instauração de um quadro depressivo, embora não caracterizem propriamente comorbidades, a ocorrência de diversos eventos adversos durante a vida (desemprego, luto, trauma psicológico, etc). No que tange especificamente ao risco de suicídio, observa-se que as seguintes características estão intimamente associadas ao risco aumentado de suicídio completado (diferente, portanto de tentativa ou ameaça) - ser do sexo masculino, solteiro, viver sozinho, ter sentimentos de

desesperança e transtorno borderline (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al*, 2014).

Em tal diapasão, importa mencionar que a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo elaborou um documento intitulado "Diretrizes Clínicas em Saúde Mental" a fim de coordenar as ações com tal pauta no âmbito do próprio Estado. Este documento demonstra a importância da prevenção nos seguintes termos:

É preciso fazer uma anamnese apropriada, que inclua tanto a história da saúde física quanto de condições mentais e comportamentais, seguida de exames físicos complementares para identificar condições concomitantes e orientar a pessoa sobre medidas preventivas (ESPÍRITO SANTO - ESTADO, 2018, p. 45). [...]

Há, aliás, muitas controvérsias colocadas no que se refere à prevenção quando o assunto é a constituição do psiquismo. Teperman (2005) traça um percurso sobre o tema da prevenção psíquica, que considera impossível de se realizar, razão pela qual o uso do termo merece cuidado. No âmbito da saúde mental, a ideia de prevenção só reforça a noção de saúde como resultante das condições de vida, e não como a antecipação do risco de doença (ESPÍRITO SANTO - ESTADO, 2018, p. 153).

No mais, para além do diagnóstico, convém entender o prognóstico, bem como as consequências funcionais dos transtornos depressivos. Segundo a American Psychiatric Association, a melhora clínica de pacientes depressivos perpassa pelos fatores a seguir elencados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al*, 2014): tratamento adequado de transtornos subjacentes (ansiedade, dependência química, transtorno borderline); tratamento de doenças prevalentes (diabetes, obesidade mórbida, doença cardiovascular) - as quais têm maior probabilidade de tornarem crônicos episódios depressivos quando em comparação a indivíduos saudáveis; observação de evidências de comportamento suicida, agressão e demais consequências funcionais graves e uso de contraceptivos orais em mulheres (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al*, 2014). A melhora do quadro do paciente é de suma importância uma vez que:

Síndromes depressivas são problemas graves de saúde pública, de interesse não somente da saúde mental: indivíduos deprimidos tendem a apresentar pior evolução de quadros de saúde em geral, seja por queda nos auto cuidados ou por fatores biológicos relacionados ao estresse, além estarem em risco muito mais elevado de evoluir à consequência mais grave possível nesses quadros: tentativas e consumação da morte por suicídio, contra a qual lutamos diuturnamente através de ações preventivas, informativas e terapêuticas em todos os níveis da assistência em saúde (ESPÍRITO SANTO - ESTADO, 2018, p. 116).

Contudo, no que se refere às consequências funcionais dos mencionados transtornos, estas variam enormemente conforme o respectivo diagnóstico. As patologias em tela podem engendrar perturbações e discórdias nas relações com pares, cônjuges, filhos, outros familiares

ou amigos; desempenho escolar ou profissional baixo; incapacidade de participar de atividades que costumam ser desfrutadas por indivíduos saudáveis; problemas em manter ou iniciar amizades; total incapacidade que culmina inclusive na impossibilidade de que o deprimido atenda às próprias necessidades básicas de cuidado; ficar catatônico ou mudo; maior presença de dor, doença física e redução concomitante do funcionamento físico e social; e, por fim, consequências associadas à condição médica subjacente, seja esta qual for (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al*, 2014). Nesse sentido, a Secretaria da Saúde do Espírito Santo adverte que "pessoas acometidas por episódios depressivos experimentam problemas em suas relações pessoais, sociais, laborais e acadêmicas antes mesmo que se perceba o que está de fato acontecendo" (ESPÍRITO SANTO - ESTADO, 2018, p. 116) - isto é, antes que se obtenha um efetivo diagnóstico da doença em tela.

3.2 CONCEITO BIOPSIKOSSOCIAL DE DEPRESSÃO

A referida Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo adverte, contudo, que "as síndromes depressivas são fenômenos produzidos por complexas interações biológicas, sociais, psicológicas, ambientais e culturais" (ESPÍRITO SANTO - ESTADO, 2018, p. 115), não se reduzindo a uma mera interpretação biológica do indivíduo acometido de depressão: trata-se de ver algo distinto de um problema a ser resolvido, um quadro de saúde a se "normalizar". Surge, pois, a necessidade de se superar a concepção de que as formas de organização subjetiva podem ter correspondentes exatos nos manuais diagnósticos. Filippon (2009) alerta, inclusive, que tal modelo contribui para a alienação e desresponsabilização das equipes de trabalho em saúde.

Em seu lugar, devem se reconhecer práticas que permitam enxergar um ser humano em sofrimento mental, o qual pode se beneficiar, por exemplo, de tratamentos medicamentosos e psicoterapias - mas que há, também, um fenômeno social presente e que deve ser devidamente endereçado. É ver que não há, na depressão, um refúgio sob um rótulo de doença para os excluídos, mas que há, sim, um encaminhamento social da questão num momento no qual os referenciais tradicionais-familiares não existem e/ou não servem para a vida (QUIRINO DOS SANTOS; NAKAMURA; MARTIN, 2007).

É reconhecer que "sofrer" é um ato subjetivo. É, no entendimento de Motta, Moré e Silva (2017), entender os aspectos socioculturais do adoecimento, retomando, nos cuidados em saúde, perspectivas contextuais, institucionais e, concomitantemente, reconhecer a dimensão psicossocial da saúde e da doença. Isso, por óbvio, não implica na irrelevância do aspecto

biológico da questão - na realidade, a alteração da perspectiva de análise permite que a sociedade tente analisar o sujeito em sua completude, abarcando as mais variadas facetas de sua vida, complexificando um processo que havia sido demasiado reduzido em detrimento deste.

Sobre o tema, Leão ensina acerca da importância da passagem da acepção de mero doente mental para um sujeito cuja existência está relacionada ao sofrimento e que, em tal prisma, as instituições de saúde devem estar presentes na condição de locais de circulação (não segregação) em prol da construção da cidadania e autonomia do indivíduo (LEÃO, 2006).

É, por conseguinte, perceber que, dada a natureza humana, o tratamento da depressão se atrela ao manejo da complexa interação dos fatores sociais, psicológicos e biológicos mencionados: como mero exemplo, percebe-se que a depressão está intimamente relacionada à saúde física - como ocorre quando constatado que doenças cardiovasculares podem levar à depressão e vice e versa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2022).

E, considerando que é perfeitamente possível que certos pacientes sejam diagnosticados com depressão mesmo a despeito da implementação das supramencionadas medidas de prevenção, faz-se importante estudar o manejo do tratamento. Nesta toada, a concepção de que o paciente é um ser humano detentor de capacidade e direitos decorrentes de sua própria humanidade implica, também, em envolvê-lo na opção e nas decisões terapêuticas a ele concernentes.

Em tal ínterim, frisa-se que tal envolvimento deve efetivamente ocorrer - feito que, num país com cerca de onze milhões de analfabetos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2019), pode demandar que os profissionais tenham que se valer de termos aos quais não estão normalmente habituados a utilizar com seus pares para permitir a instauração de um processo de comunicação claro e acessível sobre as informações pertinentes (esclarecimentos sobre a doença, uso e efeitos colaterais de medicamentos, duração do tratamento, explicações - inclusive para familiares - sobre a instabilidade emocional no período de adaptação) (ESPÍRITO SANTO - ESTADO, 2018).

Nesse sentido, há que se mencionar que, não obstante os entraves técnicos e linguísticos, e quiçá justamente talvez por tais problemas de comunicação, ocorre certa banalização do termo: os aspectos sociais da depressão trouxeram à lume uma nova concepção do fenômeno, a qual se embasa em acepções próprias e autônomas, passíveis, inclusive, de generalização e distintas da compreensão biológica, feito que importa em grandes dificuldades de manejo por parte das ciências médicas (QUIRINO DOS SANTOS; NAKAMURA; MARTIN, 2007).

Quirino dos Santos, Nakamura e Martin (2007, p. 319) alertam, assim, para a nova conotação do termo, a qual seria, segundo estes, "vulgar e simplificada", distante da ideia de doença e próxima de um "estado d'alma" ou baixa estima persistente. Estaria, pois, relacionada às queixas e irritações oriundas de causas externas - tais quais a situação familiar, o rebaixamento social, a pobreza, a violência, em especial a omissão e irresponsabilidade de pessoas do sexo masculino com os quais os pacientes mantêm relações (QUIRINO DOS SANTOS; NAKAMURA; MARTIN, 2007). Nas palavras dos autores, há um

inquietante espraiamento incontido dessa mais-que-doença, que é uma verdadeira condição político-social, que engloba novas pessoas com assombrosa rapidez e as acostuma a pensarem em si como pacientes de uma nova classe de doença rebaixadora, a depressão. [...] a depressão é a doença dos indivíduos particulares que, por não poderem alterar o quadro objetivo de sua existência, escolhem, em geral involuntariamente, a via da doença para continuar o seu viver. Deve-se ressaltar, nessa altura, que tal escolha não é realizada no plano da consciência, mas sim profundamente, surgindo 'apropriadamente' na mente como condição resultante (de causas mal formuladas ou inteiramente desconhecidas), ligada a distanciamentos sociais, a alvos inatingíveis, a defeitos e erros, que na consciência se sedimenta como estado de prostração e perda de estímulos, de desistência e, sobretudo, de desencanto com o mundo (QUIRINO DOS SANTOS; NAKAMURA; MARTIN, 2007, p. 320).

Pois bem, como visto, o manejo adequado da depressão revela-se imperioso uma vez que, dentre as mais de trezentas milhões de pessoas acometidas pelos transtornos depressivos no mundo, somente cerca de metade (e em vários países, menos de dez por cento do total) recebe o tratamento necessário (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2022). Considerando que cerca de 800 mil pessoas morrem anualmente em consequência de suicídio, perfazendo a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, e que os óbices ao tratamento perpassam por questões como falta de recursos e de profissionais treinados, bem como por estigmas sociais atrelados ao transtorno mental, pode-se facilmente concluir que, nos próprios termos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS),

Em países de todos os níveis de renda, pessoas com depressão frequentemente não são diagnosticadas corretamente e outras que não têm o transtorno são muitas vezes diagnosticadas de forma inadequada, com intervenções desnecessárias. A carga da depressão e de outras condições de saúde mental está em ascensão no mundo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2022, -).

No ensejo, Quirino dos Santos, Nakamura e Martin (2007) chegam a criticar a legitimidade e a autoridade do discurso médico com relação à depressão. Os autores, por sua vez, consideram que o aumento generalizado percebido no *quantum* de casos de depressão sugere que esta tem causas sociais, deslocadas, portanto, do domínio médico: é, para eles, "uma

condição social com componentes clínicos e não o inverso", onde se deve considerar o quadro clínico do paciente, mas também os contextos sociais, forças culturais, relações interpessoais, eventos na vida, o cotidiano - enfim, deve-se revelar os aspectos socioculturais da patologia (QUIRINO DOS SANTOS; NAKAMURA; MARTIN, 2007, p. 314).

Nesse sentido, Filippon (2009) ainda alerta que o comportamento social é um componente da própria cultura: o ser humano, em sua condição inserida aos costumes e território de determinada sociedade, segue, via de regra, suas formas de viver, se organizar, bem como seu padrão funcional - isto importa, por vezes, em verdadeiro pilar de controle social, feito que condiciona, de forma mais ou menos velada, o funcionamento do indivíduo às regras de convivência. A convivência, por seu turno, permite a reprodução de determinados comportamentos que a própria cultura determina como "aceitáveis" ou "civilizados" - pugna-se, segundo o autor, pela correção dos desviantes de tal padrão (FILIPPON, 2009).

As ideias de classificação, de diferenciação e conseqüente "retorno à normalidade" advêm de tratamentos biologicistas estabelecidos a partir dos mecanismos repressores da sociedade (FILIPPON, 2009). Filippon ainda menciona Amarante, quem define que

A psiquiatria tende a rechaçar as proposições dos saberes que lhe são externos, e não apenas aqueles que colocam em discussão os seus fundamentos. Comumente, classifica tais contribuições como totalmente desprovidas de conhecimento psiquiátrico e, portanto, desprovidas de verdade. Se se tratam de 'críticas' a ela dirigidas, oriundas do campo das ciências sociais e humanas, são entendidas como decorrentes da completa ausência de parâmetros científicos para julgar a positividade desse saber sobre a natureza da doença mental. Ou ainda, por extensão, se são não-saberes-psiquiátricos são simplesmente não-saberes, o que é outra característica da tradição moderna (FILIPPON *apud* AMARANTE, 2009, p. 17).

Assim, mesmo que os efeitos da psiquiatria inevitavelmente se espraiassem para os demais setores da vida, os doentes mentais foram medicalizados, tendo seus lugares na sociedade determinados pela psiquiatria, focada num olhar predominantemente biológico. E, no intento de promover a cura e a adequação do doente à normalidade, a psiquiatria acabou institucionalizando mais pessoas do que as recuperando e devolvendo ao bojo da sociedade: tais políticas de ordem social traduzidas nos planejamentos em saúde representaram, segundo Filippon, um verdadeiro sistema psiquiátrico incoerente (FILIPPON, 2009).

Hodiernamente, contudo, não se deve almejar à correção de suposto defeito em um ser humano a partir das práticas empregadas no passado - deve-se reconhecer que, a despeito da força mantenedora do paradigma biomédico, os ideais e bases fundamentais do SUS são atravessados por uma "concepção de condicionantes de saúde que extrapolam os limites do

corpo orgânico e envolvem a singularidade dos sujeitos em suas relações, localizados no contexto biopsicossocial em que se inserem" (ESPÍRITO SANTO - ESTADO, 2018, p. 149).

Trata-se, por fim, de aplicar os preceitos constitucionais à área da saúde, os quais direcionam as políticas públicas ao trazer a obrigatoriedade de formulação de diretrizes, prestação de serviços, entre outros, por parte do Estado, em questões de saúde: é reconhecer uma premente necessidade pública a ser, portanto, devidamente satisfeita pelo serviço público.

Dito isso, com a paulatina alteração do quadro paradigmático, o tratamento dos mencionados pacientes também sofreu alterações. Hodiernamente, entende-se que o manejo de síndromes depressivas deve necessariamente perpassar pelo acolhimento (ESPÍRITO SANTO - ESTADO, 2018). E não basta que este seja feito de qualquer forma: entende-se que tal acolhimento deva ser dissociado de julgamentos morais, religiosos ou sexuais (feito que evita que profissionais da saúde invalidem o sofrimento do doente, culpabilizando-o por meio de instrumentos morais e culturais de cunho pessoal ou social).

Importa, na realidade, em realmente ver a pessoa, legitimando seu sofrimento, escutando e acolhendo-a, orientando-a. Trata, também, de investigar se há alguma situação de maus tratos e/ou violência (incluída a negligência) ou mesmo estressores no contexto da pessoa, devendo-se manejar as questões sociais, na medida do possível, com o auxílio de serviços e/ou recursos da comunidade, identificando-se a rede de suporte do paciente e envolvendo sua família nos atos de cuidado se presente o consentimento para tanto (ESPÍRITO SANTO - ESTADO, 2018).

4 O DIREITO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE A DEPRESSÃO

Antes de se adentrar propriamente no tema das políticas públicas sobre depressão, faz-se mister entender o que são políticas públicas e quais as imbricações existentes entre legislações sobre saúde mental e políticas sobre o mesmo tema.

Sobre as políticas públicas de saúde, Filippou as define como "um conjunto de intervenções concretas na sociedade por parte do Estado no intento de equacionar dificuldades nas questões sociais das diferentes camadas de classes populacionais" - é, portanto, a forma como o Estado "conduz o problema", feito que importa ora em inclusão, ora em exclusão social (FILIPPON, 2009, p. 25). São, por excelência, a expressão do resultado da atuação ordinária do Estado, resultantes de formas de agir idealizadas por agentes que, no contexto democrático brasileiro, deveriam representar a opção da maioria da população na matéria em comento

(FILIPPON, 2009). Freitas Filho e Gomes Chaves trazem seus respectivos posicionamentos sobre o tema, este último, a partir de uma contribuição de Höfling e Souza:

As políticas públicas são aqui compreendidas como as de responsabilidade do Estado - quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolve órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada. Neste sentido, políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas estatais [...] As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as interrelações entre Estado, política, economia e sociedade. Tal é também a razão pela qual pesquisadores de tantas disciplinas – economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas – partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos (GOMES CHAVES apud HÖFLING E SOUZA, 2019, p. 26).

As políticas públicas se constituem no modo pelo qual a comunidade política decide, coletivamente, organizar a oferta e o modo de fruição de direitos que são limitados pela necessidade de se estabelecer critérios sobre a alocação de recursos orçamentários destinados a determinada prioridade normativa. Além disso, em geral, trata-se de direitos de natureza prestacional, ou seja, aqueles que dependem de ação específica do Estado no sentido de prover instalações, serviços, produtos e ações direcionadas a sua efetivação (FREITAS FILHO, 2021, p. 13).

Conforme explanado acima, as ideias de "políticas públicas" imbricam a realização de certa atividade pelo Estado, o qual orienta suas ações face a determinado objetivo. Tais considerações são de suma importância dada a regulação dos mais variados aspectos da vida em sociedade - ordenação que, no Estado brasileiro, advém dos próprios entes federados, os quais delinham as políticas públicas de saúde e criam conselhos de saúde a partir das normas vigentes, idealizadas pelo legislador a partir de normas de outros países, recomendações de organizações internacionais, atualizações técnico-científicas, enfim, da miríade de fontes do direito. Há, na competência comum¹ dos entes federados, uma "horizontalização das decisões acerca das questões relativas à saúde coletiva brasileira" (FILIPPON, 2009, p. 24) e, como acima mencionado, tais imbricações refletem, necessariamente, nas políticas públicas e em suas limitações.

4.1 A TÉCNICA LEGISLATIVA E O MANEJO DA DEPRESSÃO

Inicialmente, vale se frisar que o direito à saúde é questão bastante complexa no ordenamento jurídico pátrio: desta feita, definir estritamente o conceito de "direito à saúde" não configura um caminho adequado face ao objetivo do presente trabalho. Conforme ensina Freitas

¹ Instituída pela CF/88 em seu art. 23, II: Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.

Filho (2021, p. 57) "ao invés de buscar a solução da determinação do que seja o direito à saúde como a identificação de um conteúdo qualquer, talvez a resposta esteja em ampliar os espaços de diálogos interinstitucionais nos quais os conflitos possam ser processados".

Assim sendo, convém entender algumas das variantes envolvidas na complexa noção de direito à saúde e, por tal motivo, importante ressaltar o posicionamento da Organização Mundial de Saúde (OMS), órgão internacionalmente reconhecido na temática da área. Segundo a OMS, o arcabouço legal sobre saúde mental pode representar ora um meio de reforçar os ideais transcritos nas políticas públicas, ora uma referência para o posterior desenvolvimento de políticas nele pautados:

A legislação de saúde mental representa um meio importante de reforçar as metas e objetivos da política [...] A legislação de saúde mental ou outros mecanismos legalmente prescritos, tais como regulamentações ou declarações, podem ajudar a alcançar esses objetivos mediante a garantia de um marco legal para implementação e aplicação. Inversamente, a legislação pode ser usada como um marco referencial para o desenvolvimento de políticas. Ela pode estabelecer um sistema de direitos aplicáveis que proteja as pessoas com transtornos mentais de discriminação e outras violações de direitos humanos por entidades governamentais e privadas e que garanta tratamento justo e igual em todas as áreas da vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2005, p. 2).

Em tal diapasão, optou-se pela deliberação das presentes considerações a partir do Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação - o qual traz recomendações bastante pertinentes sobre a temática. Convém ainda advertir que a OMS sinaliza que a efetivação do direito à saúde perpassa, no mundo, por serviços parcamente custeados, inexistentes, inadequados e/ou inacessíveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2005).

Contudo, salienta que a lei pode, em certa medida, reverter tal cenário, garantindo tanto a participação do doente mental na comunidade quanto a qualidade do serviço prestado, o qual deve ser adequado às necessidades dos pacientes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2005). Aduz, ainda, que para que tal cenário seja possível, é preciso encarar a legislação sobre saúde mental como um processo que se modifique ao longo do tempo, isto é, deve-se fazer com que a lei reflita os avanços no âmbito da prestação de serviços em saúde mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2005).

Sinaliza-se, em tal prisma, que o art. 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) assegura que devem os Estados signatários reconhecer "o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental" e que, no mesmo sentido, a Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos

Humanos e da Dignidade do Ser Humano de 1996, com relação à aplicação da Biologia e Medicina, foi a primeira a dispor sobre "a igualdade de acesso à atenção médica e o direito de ser informado, além de estabelecer altos padrões de proteção com respeito à atenção e pesquisa médicas" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2005, p. 7). Como se não bastasse, a OMS perpassa por um extenso rol de conquistas em tal área - de diversas localidades e períodos: ressalta-se, no presente trabalho, o impacto produzido pela Convenção Interamericana sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiências de 1999, a qual se apresenta como:

A primeira convenção internacional que trata especificamente dos direitos de pessoas com transtornos mentais. Em 2001, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos emitiu uma Recomendação sobre a Promoção e Proteção dos Direitos Humanos de Pessoas com Deficiências Mentais [...] insiste para que os estados promovam e implementem [...] a organização de serviços comunitários de saúde mental, a fim de obter a plena integração de pessoas com transtornos mentais à sociedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2005, p. 17).

No mais, considerando-se que o objeto de uma lei deve ser suficientemente específico a ponto de permitir que esta seja efetivamente aplicável, a OMS aponta que leis sobre saúde mental devem se atentar à adoção de nomenclaturas adequadas. Nesse sentido, o órgão elaborou a seguinte síntese (QUADRO 1):

QUADRO 1 - TERMOS ADOTADOS PARA REFERÊNCIA ÀS DOENÇAS MENTAIS

(continua)

	Incapacidade mental	Enfermidade mental	Transtorno Mental	Deficiência mental	Insanidade Mental
Escopo	Extremamente estreito	Muito estreito	Estreito	Amplo	Variável, mas com tendência a ser amplo
Vantagens	1) Definido e entendido de modo similar pelas disciplinas médicas e legais; 2) Não identifica transtorno/enfermidade mental com incompetência	1) Termo bem definido; 2) Em uso comum e, por isso, é frequentemente compreendido por todos os interessados - embora ocasionalmente com significados diferentes	1) Compatível com os sistemas de classificação médica; 2) Fácil de operacionalizar	1) Escopo amplo do termo, seria supostamente útil para proteger positivamente todas as pessoas com deficiência, seja qual for, por abarcá-las num único conjunto; 2) termo mais próximo da	A fluidez da definição poderia, em tese, representar alguma vantagem quando interpretados os melhores interesses da pessoa

				percepção dos pacientes sobre os efeitos de problemas de saúde mental em suas vidas	
Desvantagens	O escopo estreito do termo limita sua utilidade para promoção positiva de direitos de pessoas com transtornos mentais	Reforça o modelo biomédico	Inclui um amplo espectro de condições - tal feito pode importar em uma limitação em casos onde se pretenda restringir determinados dispositivos somente às condições mais graves ou mais levianas	1) Termo não bem definido; 2) O fato do escopo ser amplo implica que muitas pessoas podem sofrer restrições aplicáveis às condições mais graves mesmo que indevidamente	1) Conceito não equivalente às categorias médicas específicas; 2) Elevado risco de abusos; 3) Tende a prejudicar o diálogo entre disciplinas médicas e legais

FONTE: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2005, p. 32.

Importante salientar que tais termos têm um efeito prático: afinal, as noções de doença/patologia mental, deficiência, limitação funcional, incapacidade e insanidade são diferentes entre si. Sobre os primeiros quatro conceitos, a partir de Saadi Nagi, Canuto de Sena *et al* ensinam que o primeiro seria uma "condição que interrompe o processo físico ou mental do corpo humano"; a deficiência, por sua vez, traduziria um conjunto de "alterações da estrutura ou das funções anatômicas, fisiológicas ou psicológicas"; a limitação funcional, de outra banda, resulta das deficiências e faz com que a pessoa sofra com uma "inabilidade pessoal para desempenhar tarefas e atividades usuais"; por fim, a incapacidade versa sobre a "discordância de desempenho em um papel específico e as expectativas daquilo que é normal para o indivíduo dentro da sociedade" (CANUTO DE SENA, 2019, p. 2). O termo mais aceitável, nesse prisma, seria "transtorno mental", o qual representa uma:

Patologia que ocasiona a perda da realidade exterior, como a noção acerca do direito de ir e vir, de ter opinião, de ser ouvido, etc. Ele é decorrente da história psíquica do indivíduo que perde a percepção da relação com sua história na sociedade, e as reciprocidades que compartilhamos implícitas de significados se rompem. Entretanto, a doença mental não é a ruptura sujeito-objeto, pois ela tem por base a representação

da ruptura quando falham os modos de reapropriação socialmente disponíveis, legitimados e satisfatórios. [...] a saúde mental e a doença mental são conceitos que emergem da noção de bem-estar coletivo [...] A manutenção da saúde psíquica, do modo de pensar, das convicções (políticas, religiosas, filosóficas ou sociais) mais íntimas e do equilíbrio emocional são relevantes direitos da personalidade individual cabendo, portanto, a todos o dever de respeitá-lo, por meio de ações diretas ou indiretas, bem como durante a realização de tratamentos em saúde mental (CANUTO DE SENA, 2019, p. 3-4).

Freitas Filho (2021, p. 54) ressalta, inclusive, que, no Brasil, "a força da palavra que constitui a verdade normativa é vigorosa e eficaz, produzindo efeitos poderosos. Produzem-se, com certa facilidade, verdades sobre identidades e sobre igualdades e desigualdades". E, como se vê, a palavra empregada traduz diferentes sentidos que afetam a percepção da capacidade do indivíduo, sendo importante, como afirmação da cidadania e da autonomia, efetivamente reconhecer a pessoa a quem são dirigidas as políticas públicas em questão - em tal perspectiva, atender-se-iam às disposições constitucionais encontradas nos arts. 196 e ss. da Constituição Federal.

Vale frisar que tais artigos trazem a saúde como um "direito de todos e dever do Estado"², sendo que os serviços estatais a ela atinentes são, portanto, de relevância pública. E, em tal seara, compete ao SUS controlar, fiscalizar e executar ações relacionadas à vigilância epidemiológica - feito que, por óbvio, não exclui a depressão. E, em tal sentido, insta mencionar que, em 2018, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Tal tema demonstra ser bastante afeto às presentes questões, conceituando a ideia de "vigilância em saúde" da seguinte forma:

Art. 2º A Política Nacional de Vigilância em Saúde é uma política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público. §1 **Entende-se por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de**

² 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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. [...]

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde [...].

medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. §2 A PNVS incide sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde, abrangendo todos os serviços de saúde públicos e privados, além de estabelecimentos relacionados à produção e circulação de bens de consumo e tecnologias que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde (BRASIL, 2018. Grifos não contidos no original).

Por fim, salienta-se que a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) também contribuiu com a compreensão da Vigilância em Saúde, esclarecendo o seguinte:

A ‘vigilância em saúde’, entendida como rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, indica um caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Apoiada no conceito positivo do processo saúde-enfermidade, ela desloca radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas. Entendida como uma ‘proposta de ação’ e uma ‘área de práticas’, a ‘vigilância em saúde’ apresenta as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações [...]. Fundamentada em diferentes disciplinas (epidemiologia, geografia crítica, planificação em saúde, ciências sociais, pedagogia, comunicação etc.), a ‘vigilância em saúde’ recorre a uma ‘associação de tecnologias’ (materiais e não materiais) para enfrentar problemas (danos e riscos), necessidades e determinantes sócio-ambientais da saúde. Como combinação tecnológica estruturada para resolver questões postas pela realidade de saúde, a ‘vigilância em saúde’ tem sido reconhecida como um ‘modelo de atenção’ ou como um ‘modo tecnológico de intervenção em saúde’ [...] ou uma via para a construção e a implementação da diretriz da integralidade (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2009).

Porém, muito para além dos termos empregados na lei, dos conceitos que estes traduzem e seus efeitos práticos, é extremamente pertinente compreender os princípios que a orientam. Explica-se: conforme ensina o prof. Miguel Reale, os princípios "são, pois verdades ou juízos fundamentais, que servem de alicerce ou de garantia de certeza a um conjunto de juízos, ordenados em um sistema de conceitos relativos à dada porção da realidade" (REALE, 1986, p. 60). Nesse sentido, no que tange à saúde mental, é imprescindível observarem-se os preceitos da dignidade humana - contudo, deve-se mencionar que existem princípios mais especificamente relacionados ao âmbito desta, quais sejam, os Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (doravante, "Princípios ASM").

Tais princípios incidem, portanto, sobre pessoas acometidas de transtornos mentais genéricos, num verdadeiro intento de propiciar-lhes efetivo direito de viver e trabalhar, na medida do possível, na própria comunidade. São 25 princípios que versam sobre a proteção dos pacientes a partir da defesa de ideias traduzidos em: liberdades fundamentais e direitos básicos;

proteção de menores; vida na comunidade; determinação de doença mental; exame médico; confidencialidade; papel da comunidade e da cultura; padrões de atenção; tratamento; medicação; consentimento com o tratamento; notificação de direitos; direitos e condições nos estabelecimentos de saúde mental; recursos para estabelecimentos de saúde mental; princípios de admissão; admissão involuntária; junta de revisão; salvaguardas processuais; acesso à informação; infratores criminosos; reclamações; monitoração e reparações; implementação; escopo dos princípios relacionados aos estabelecimentos de saúde mental; e, por fim, salvaguarda de direitos existentes. Como são diversos os princípios, optou-se por trabalhá-los de forma diluída no presente trabalho, ressaltando tão somente aqueles entendidos como mais pertinentes ao presente objeto de estudo.

Todavia, ainda sobre a edição de normas sobre a saúde mental, é importante lembrar que esta não pode ter o condão de "engessar" a matéria - isto é, não se pode evitar o advento de novas práticas adequadas à concepção de direitos humanos ou minar-se o avanço do tratamento dispensado aos doentes, o qual inevitavelmente tende a mudar conforme as ciências da saúde avançam em tal sentido. Como forma de lhes garantir uma vida digna, a legislação em comento deve ser capaz de, concomitantemente, proteger a autonomia, a liberdade, os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos doentes:

O processo social de elaboração, aprovação e implantação de legislações referentes à questão da doença mental, no bojo do processo da reforma psiquiátrica brasileira, contribui para estabelecer um eixo norteador das políticas públicas referentes ao tema, apesar de não garantir o respeito às concepções que as originaram. Ao normatizar o inédito e o reinventivo, que caracterizam a clínica psicossocial, as práticas legislativas garantem direitos, em contrapartida tolhem a criatividade que caracteriza a desconstrução do modelo manicomial (FILIPPON, 2009, p. 43-4).

Isto porque o tratamento dispensado ao doente mental precisa considerar que este não é, por força de lei, absolutamente incapaz³ e, assim sendo, conforme supramencionado, no que atine à autonomia daqueles acometidos de depressão - e outros transtornos mentais, a presença do Estado deve se guiar pela implantação de políticas públicas que protejam tais pessoas e que efetivamente garantam-lhes o exercício da cidadania (CANUTO DE SENA, 2019).

Pois bem, ainda no que tange às questões legais e para além dos princípios atinentes à pessoa humana, vale ainda mencionar o princípio da reserva do possível e sua relação com a eficácia e auto aplicabilidade do outrora mencionado art. 196 da CF/88. Nesse sentido, Bovo e Carvalho (2017) ensinam que, mesmo que o STF tenha se posicionado no sentido de endossar

³ Segundo o Código Civil, são absolutamente incapazes tão somente os menores de 16 anos: Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos.

a auto aplicabilidade do texto constitucional, remanesce um paradoxo entre a possibilidade de plena efetivação de tal direito face às limitações dos recursos financeiros do Estado. Assim, uma vez que a aplicabilidade e a efetividade demandam uma atitude positiva do Estado (isto é, este não deve se quedar inerte - mas, sim, prestar referido serviço), há que se ter em vista a relação da necessidade da população com a possibilidade do Estado de implementar políticas públicas que atendam ao pleito. Sobre o tema, assim se manifesta Konrad Hesse:

Uma obrigação positiva do Estado como a que se acaba de referir constitui um elemento essencial para a evolução progressiva e o desdobramento dos direitos fundamentais. [...] A liberdade dos cidadãos sob as relações atuais não reside só numa liberação da intervenção estatal. Uma configuração em liberdade e autonomia da própria existência depende muito mais de uma série de condições, que não estão à disposição do indivíduo, a respeito de que o indivíduo, na melhor das hipóteses, só parcialmente dispõe, frequentemente nem isso sequer. Hoje em dia o provimento e a manutenção de tais condições constituem uma clara tarefa do Estado, que chegou a ser quem planeja, guia e configura, isto é, o Estado do cuidado existencial e da segurança social. Por isso, na medida em que a liberdade humana, do ponto de vista do Estado, não dependa tanto já de que ele evite intervir nas esferas particulares quanto de que sua atividade se exerça com alcance geral, não se garante por mais tempo concebendo os direitos fundamentais como meros direitos de defesa. [...] A busca pelo Estado da efetividade dos direitos fundamentais tornou-se precondição de que chegue a haver uma real liberdade. O Estado já não aparece só como o inimigo potencial da liberdade, mas tem de ser também seu defensor e protetor. [...] Em tal medida, as garantias constitucionais, que devem cumprir essas funções, aproximam-se dos direitos fundamentais da segunda geração. Junto à particularidade de que não só obrigam o Estado a uma abstenção mas também a uma atuação positiva, levantam a questão de se a obrigação jurídico-objetiva do Estado corresponde, e em que medida, a um direito subjetivo das pessoas e dos cidadãos para demandar do Estado tal atuação [...] Direitos sociais fundamentais, por exemplo, o direito ao trabalho ou o direito à moradia adequada ou à seguridade social não se tornam efetivos pelo fato de que se respeitem e amparem, antes requerem, de antemão e em qualquer caso mais do que em direitos fundamentais tradicionais, ações do Estado tendentes a realizar o programa contido neles (IDP, 2009, p. 77-83).

E, nas palavras de Bovo e Carvalho (2017, p. 116), "o Estado se furta a este dever alegando a impossibilidade de se reconhecer a universalidade desse direito diante da falta do recurso financeiro adequado". Pois bem, quais seriam então os limites que a realidade impõe à efetivação das referidas políticas? Estes, na condição de direitos sociais, são vistos como normas de eficácia limitada (posto que constituem normas programáticas e, em tal condição, criam um dever para o estado e um respectivo direito para o cidadão, situação que demanda a edição de normas adicionais que regulamentem a matéria e políticas públicas que as efetivem) e, numa visão um tanto quanto paradoxal, de aplicação imediata (conforme estabelece o art. 5º, §1º, CF/88). E, nesse sentido, concluem Bovo e Carvalho (2017, p. 125) que "a auto aplicabilidade é algo indelével ao direito à saúde".

E, assim, deve-se utilizar da razoabilidade para se chegar a um consenso do que é realmente exigível do Estado em termos de prestação em saúde: frisam os autores que a limitação encontra-se na construção do orçamento do poder público, sujeitando a saúde, portanto, à reserva do possível - contudo, adverte-se que, mesmo assim, o mínimo existencial não pode ser afastado por mera questão de limitação financeira (BOVO; CARVALHO, 2017; PIMENTA, 2012).

Desta feita, a reserva do possível se relaciona à paulatina concretização dos serviços de saúde: não se pode, portanto, exigir que, de uma só vez, o Estado efetive o comando constitucional - trata-se de atender à razoável necessidade expressa na demanda da sociedade face às possibilidades orçamentárias do Estado, devendo este buscar a constante melhora na prestação de tais serviços. Trata-se de enxergar que os direitos têm custos e que "há uma correlação entre a possibilidade de atendimento aos direitos fundamentais, no sentido de afirmar sua efetividade, e a própria capacidade do Estado, diante de sua disponibilidade financeira de alocar recursos financeiros aptos ao seu adequado atendimento" (CIARLINI, 2013, p. 44). Ciarlini ainda menciona Canotilho (2013, p. 53-4), para quem:

Os direitos econômicos, sociais e culturais e respectiva proteção andam estreitamente associados a um conjunto de condições – econômicas, sociais e culturais – que a moderna doutrina dos direitos fundamentais designa por pressupostos de direitos fundamentais. Considera-se pressupostos de direitos fundamentais a multiplicidade de factores [...] que condicionam, de forma positiva e negativa, a existência e proteção dos direitos econômicos, sociais e culturais. Esses pressupostos são pressupostos de todos os direitos fundamentais. [...] Mais do que noutros domínios, os Realien (os dados reais) condicionam decisivamente o regime jurídico constitucional do estatuto positivo dos cidadãos.

Ante o exposto, considera-se que a melhora da vida de pacientes acometidos pela depressão passa pela formulação e prática de boas políticas, planos, programas, leis e demais normas de forma a atenderem-se padrões internacionalmente aceitos com relação aos direitos humanos. Contudo, atenta-se à quantidade de recursos disponíveis: as políticas almejadas não podem, sob pena de nascerem fadadas ao fracasso, dissociar-se da realidade. É necessário que sejam factíveis. Entretanto, como adverte a OMS, a presença de legislação sobre saúde mental não garante o respeito e a proteção aos direitos humanos - feito que, sem as devidas atualizações pode engendrar o seguinte cenário:

a legislação de saúde mental tem resultado mais na violação do que na promoção dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais [...] Nesse contexto, é interessante notar que, embora 75% dos países de todo o mundo possuam legislação de saúde mental, apenas metade (51%) tiveram leis aprovadas depois de 1990, e praticamente um sexto (15%) possuem legislação que remonta aos anos pré-1960 [...]

portanto, a legislação está desatualizada e, conforme mencionado acima, em muitos casos retira os direitos de pessoas com transtornos mentais em lugar de proteger esses direitos. A necessidade de legislação de saúde mental deriva de um entendimento cada vez maior do que representam os encargos pessoais, sociais e econômicos dos transtornos mentais numa escala mundial. Calcula-se que cerca de 340 milhões de pessoas no mundo inteiro sejam afetadas por depressão, 45 milhões por esquizofrenia e 29 milhões por demência. Os transtornos mentais respondem por uma proporção elevada de todos os anos de vida com qualidade perdidos em função de uma deficiência ou transtorno, e a previsão é que esse ônus cresça significativamente no futuro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2005, p. 1).

Feitas tais considerações de forma que se elucidaram alguns conceitos chaves sobre o objeto do presente estudo, pode-se avançar a presente análise no sentido de entender qual o tratamento dispensado, pela cidade de Curitiba e pelo Estado do Paraná, à matéria em comento. Nesse sentido, tal análise perpassará pela análise de documentos oriundos de organismos nacionais e internacionais, abarcando inclusive países que trataram do tema em comento. Ressalta-se, todavia, que, conforme mencionado, o objeto do presente estudo cinge-se à compreensão do manejo de tais questões na cidade de Curitiba e no Estado do Paraná - de forma que tais comparações estarão centradas, inevitavelmente, no objeto em foco.

4.2 O MODELO ATUAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentadas tais informações, convém volver um olhar mais detido à específica situação do Brasil. Não se planeja fazer aqui um grande retrospecto de como se dava o manejo da saúde mental no Brasil - sabe-se que a situação era, como no resto do mundo, precária e culminava em desrespeito à condição humana, como no atroz exemplo do "holocausto brasileiro" (ZIZLER, 2019), perpetuado no Hospital Psiquiátrico Colônia, localizado em Barbacena/MG. Inicia-se o presente tópico, portanto, a partir da Reforma Psiquiátrica, a qual representou, no final da década de 1970, um processo de promoção e construção de novos parâmetros, saberes e práticas na saúde mental - sendo considerada, portanto, o marco da mudança para o atual paradigma que adentrou em campos políticos, culturais e sociais.

Sobre o tema, segundo ensina Cancela (2012), a referida Reforma mudou os métodos de tratamento, reduzindo internações de longa duração, bem como alterando o ideal de assistência hospitalocêntrico - foi ela que permitiu progredir na redução de internações dos doentes (desinstitucionalização), bem como na reintegração dos pacientes acometidos dos mais variados transtornos mentais e seu acolhimento (a ser realizado, preferencialmente, na comunidade).

Neste novo paradigma, além das supracitadas mudanças, a autonomia passa a ter uma figura central: em muitos casos, intenta-se chegar a esta através de atividades de trabalho, o qual é compreendido como "um elemento central na organização da sociedade [...] Por meio dele, o ser humano genérico se constrói enquanto ser social [...] [o trabalho configura] a forma mais simples e fundamental de toda atividade humana" (CANCELA, 2012, p. 15-6): é, portanto, o trabalho uma ferramenta de inserção social daqueles que sofrem com transtornos mentais. Vale mencionar que tão importante passou a ser o tema da autonomia na nossa sociedade que este encontrou espaço no Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.217/2018⁴.

Adverte-se, no entanto, que o mesmo já foi utilizado de maneira segregatória, funcionando como uma ferramenta de opressão do doente. Como outrora mencionado, o passado reservou aos doentes mentais a aplicação de leis que os institucionalizavam, dirigindo-lhes, por vezes, às distantes casas de correção e trabalho, aos hospícios ou colônias de alienados, aos hospitais gerais, aos asilos públicos, às Santas Casas de Misericórdia - "limpando" (numa espécie de concepção de higiene social) as cidades de seus mendigos e antissociais⁵ via internamento compulsório (CANCELA, 2012). Nestes, predominava o imperativo do trabalho forçado (principalmente em lavoura) e, por tal motivo, faz-se necessário ressaltar veementemente que, para além da cura e da manutenção da saúde, era verdadeira função do Hospital Geral evitar a ociosidade, a mendicância e a "incapacidade para a vida produtiva" (CANCELA, 2012).

Repudia-se tal intento: pugna-se, sim, pelo emprego de atividades laborais conquanto estas voltem-se à fortificação da autonomia do indivíduo, na condição de oficinas ofertadas no espectro da atenção psicossocial que permitam-lhe sua inserção social (contato com outras pessoas propiciado pelo labor), maior autonomia (geração de renda e protagonismo em um setor importante da vida), bem como reafirmação de suas singularidades (manifestação de aptidões, vontades, propensões e possibilidades pessoais com relação ao mercado):

o trabalho é pensado a partir da demanda que nasce da necessidade do contato com o social, da convivência com a realidade para além dos muros do espaço asilar de confinamento e exclusão, assim: a noção de 'terapêutico' passa por metamorfoses ideológico-conceituais da idéia (pineliana) originária de se 'curar a doença mental', passando pelo conceito de 'promoção a saúde mental' (psiquiatria comunitária) até

⁴ Remete-se o leitor aos seguintes dispositivos do Código de Ética: capítulo I (XXI e XXIII), capítulo III (art. 15), capítulo IV (art. 24), capítulo V (arts. 31, 41 e 42), capítulo IX (art. 74), capítulo XII (arts. 101 e 110).

⁵ Trata-se, pois, dos "desregrados sociais" - isto é, pobres, criminosos, velhos, órfãos, mendigos, prostitutas, loucos, deprimidos, mulheres defloradas, enfim, todos que não se encaixavam ao padrão da época. Tais "pessoas-problemas" deveriam ser entregues às pessoas a quem lhes cabia a guarda, ou, alternativamente, enviadas a locais com finalidade de recolhê-los da sociedade.

chegar à noção de ‘ampliação das possibilidades de trocas na vida pública’, associando o caráter político ao clínico com a psiquiatria democrática. Dessa forma, rompe com a base ergoterápica de utilização moral e educativa da atividade e do trabalho dentro do hospital, passando a tocar o território econômico e vivo no qual realmente se dão as trocas sociais. [...] assinala a importância das iniciativas de geração de trabalho e renda na saúde mental, no que tange ao processo de reabilitação psicossocial, à medida que estas experiências contribuem para a participação na comunidade, ampliando a possibilidade de ressocialização, fornecendo ainda para além dos espaços dos empreendimentos, o incentivo a autogestão e a participação democrática; autonomia e protagonismo; aprimoramento de habilidades profissionais, favorecendo ainda descobertas pessoais e novas possibilidades de inserção social (CANCELA, 2012, p. 59-60).

O trabalho representa, em suma, uma possibilidade de se efetivar a inserção social e produtiva do doente, bem como lhe permite auferir certa renda (o que, por certo, tem o condão de lhe propiciar maior autonomia). Aliás, a autonomia é, inclusive, compreendida a partir de sua relação com a saúde, sendo esta a possibilidade de o paciente "ter cada vez mais autonomia no modo de dirigir a vida" (GAZIGNATO; CASTRO E SILVA, 2014, p. 300). Conforme se demonstrará a seguir, tal iniciativa encontra espaço nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como na rede de cuidados em saúde mental, hoje pautada numa natureza solidária e comunitária, de forma a se reconhecer o sujeito a quem se destina a fortalecer.

Um clássico exemplo deste é a economia solidária. Cancela (2012, p. 89) explica que, segundo Miranda, nesta, alguns atores sociais “(re) criam alternativas de inserção sócio-produtivas individuais e coletivas [...] com objetivo de geração de trabalho e renda”. É, portanto, uma construção coletiva que abrange dimensões com fortes vínculos sociais, culturais e políticas onde os trabalhadores se auto gerenciam: seria, na visão de Cancela (2012), uma forma de combater a exclusão social e difundir a solidariedade humana, habilitando a sociedade a conviver com a diferença.

No mais, vale lembrar que os questionamentos às instituições psiquiátricas derivaram, por óbvio, do descontentamento com relação a estas, de seus deslocamentos das noções de direitos e liberdades individuais, da própria cidadania e suas imbricações acima citadas - tal feito representa, para Filippon, o distanciamento da psiquiatria dos deveres e responsabilidades da psiquiatria com o próprio entorno, traduzindo um verdadeiro "constructo interdependente quanto à atuação humana em sociedade" (FILIPPON, 2009, p. 20-1). Segundo Leão, a cidadania está relacionada à inclusão social na medida em que ambas tratam de demandas do cotidiano dos pacientes deprimidos:

A cidadania apresenta-se como um processo de construção de direitos e não a simples restituição dos mesmos. A possibilidade de exercer trocas nos aspectos materiais, afetivo e relacional, produtivo e habitacional é a medida da cidadania para as pessoas com a experiência de sofrimento psíquico e a meta da Reabilitação Psicossocial [...]

A inclusão social, nesse sentido, está atrelada ao fato de que a pessoa com transtorno mental deve voltar a realizar as atividades do seu dia-a-dia (LEÃO, 2006, p. 69).

O Paraná seguiu a mesma linha do restante do Brasil: isto é, as primeiras expressões de assistência se deram via hospitais psiquiátricos de natureza privada, construídos todos em Curitiba - o primeiro de tal categoria foi o Hospício Nossa Senhora da Luz, inaugurado em janeiro de 1903, e que permaneceu por 42 anos como a única unidade de referência para atendimento psiquiátrico no âmbito do Estado do Paraná, quando, em 1945, inaugurou-se o Sanatório Bom Retiro (MARINI, 2012). Por fim, em 1954, inaugurou-se em Curitiba o primeiro hospital psiquiátrico público do Paraná, qual seja, o Hospital Colônia Aduino Botelho - hoje localizado em Pinhais - que funcionava, inclusive, como manicômio judiciário (CANCELA, 2012; MARINI, 2012).

Pois bem, sobre o período imediatamente anterior à Reforma, sabe-se que o cenário nacional tornou-se insustentável, aumentando o descontentamento supracitado. Isto é, os hospitais estavam superlotados, sofrendo, para além disso, com cenários de poucos recursos (incluindo humanos) e perpetrando quadros de violência marcados ora pela desassistência e/ou negligência, ora por maus tratos e castigos (CANCELA, 2012). Inclusive, à época, em Curitiba, muito embora de construção relativamente recente, o referido Hospital Colônia Aduino Botelho já contava com cerca de 800 pacientes, sem que pudesse, efetivamente, comportar a metade destes (CANCELA, 2012).

Como exemplo paradigma do contexto ao seu entorno, convém trazer à baila a informação de que o referido Hospital surgira num contexto de articulação da rede de "assistência a psicopatas" - denominação da assistência à saúde mental na época (antes, eram chamados de "alienados") (CANCELA, 2012, p. 36; GOMES CHAVES, 2019, p. 24). Já existiam, no Paraná, outros dois hospitais de tal natureza - todavia, este foi o primeiro empreendimento público em tal seara.

A necessidade social de ter um Hospital Psiquiátrico público advém da política nacional de saúde vigente à época dos fatos, a qual pugnava pela criação de instituições manicomiais do tipo hospital-colônia a fim de melhorar a assistência psiquiátrica na condição de reflexo do Plano Hospitalar Psiquiátrico de 1914 (WADI; CASAGRANDE, 2011; MARINI, 2012). Assim, o surgimento do Hospital Colônia Aduino Botelho se deu em um contexto nacional de adesão à criação de Hospitais Colônias, especialmente aqueles com características de colônias agrícolas (as quais, ainda mais afastadas das cidades, incorporavam atividades laborais como parte condicionante à possibilidade de adaptação às regras sociais) (CANCELA, 2012):

[Nas colônias agrícolas, eram desenvolvidas] atividades rurais como o plantio de frutas e hortaliças e a criação de animais. Além disso, na colônia masculina funcionavam oficinas de ferraria, mecânica, elétrica, carpintaria e marcenaria, tipografia e encadernação, sapataria, colchoaria e vassouraria e, por fim, pintura de paredes [...] As colônias atualizam, então, o compromisso da psiquiatria emergente com a realidade do contexto sócio-histórico da modernidade. Na prática, o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional. No decorrer dos anos, as colônias, em que pese seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica, não se diferenciam dos asilos pinelianos (CANCELA, 2012, p. 39).

Tal modelo dissociava-se, portanto, dos ideais de assistência psiquiátrica então fomentados na Europa e nos Estados Unidos, os quais perpassavam, em decorrência de sua realidade distinta, por profundas mudanças advindas do pós-guerra (CANCELA, 2012).

Desta feita, nos momentos após a Segunda Guerra Mundial, o Brasil, país que não enfrentou os horrores do nazifascismo de forma tão próxima quanto a Europa (em especial, de suas facetas segregadoras-repressoras baseadas no confinamento), passava por um momento antidemocrático (ditadura militar) e um concomitante aumento significativamente drástico do número dos hospitais psiquiátricos, bem como por incrementos na quantidade de leitos dos hospitais já existentes - e, em contrapartida, a assistência aos pacientes não acompanhava tal crescimento⁶ (CANCELA, 2012).

A demanda cresceu de forma exponencial, fazendo com que o Estado Brasileiro, num intento de manter os hospitais psiquiátricos públicos mais ou menos estáveis, começasse a contratar serviços psiquiátricos do setor privado, o qual recebeu um "afluxo maciço de doentes mentais", passando de 14.000 pacientes em 1965 para 30.000 em 1970 (CANCELA, 2012, p. 37). E, posteriormente, entre 1973 e 1976, o percentual de internações psiquiátricas cresceu novamente - desta vez em 350%, feito que culminou, em 1977, no investimento de 96% do montante destinado à saúde mental na rede psiquiátrica hospitalar (FILIPPON, 2009). Não obstante o tamanho de investimentos nas internações, Filippou (2009) aponta que os técnicos de Estado admitiram que cerca de 195.000 internações no referido ano foram desnecessárias - o que, contudo, não impediu que, entre 1965 e 1979, se triplicassem os hospitais psiquiátricos pátrios.

Ocorre que o manejo dos doentes também enfrentava certas dificuldades em terras pátrias: associou-se a violência perpetrada contra os pacientes, bem como a excessiva superlotação, aos Hospitais Psiquiátricos - e não às demais instituições que partilhavam dos

⁶ Segundo Cancela, no Brasil, entre 1950 e 1960, 3% dos investimentos financeiros referiam-se a serviços ambulatoriais ao passo que os remanescentes 97% eram destinados à hospitalização.

princípios de institucionalização dos pacientes e trabalho forçado. Mais uma vez, o sistema de hospícios colônias não conseguiu suportar o crescente número de doentes mentais, percebendo-se um aumento tanto de internados quanto da permanência nos hospitais:

um aumento da população internada e a manutenção da função de desagregação social e de exclusão do convívio familiar. [...] Malogradas as intenções de recuperação do doente contidas nas propostas de seus criadores, restava ao hospital agrícola ater-se à única função que já caracterizava a assistência ao alienado no país, desde a sua criação, a de excluir o doente, de seu convívio social, e, a propósito de lhe proporcionar espaço e liberdade, escondê-lo dos olhos da sociedade. [...] [Era] um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. [...] As colônias agrícolas foram implementadas com uma política voltada à assistência psiquiátrica propondo, como forma de tratamento, a recuperação de pacientes por meio do trabalho agrícola, com o intento de devolvê-los à comunidade como sujeitos produtivos, e úteis. A ideia de que o doente mental deveria ser tratado com auxílio do trabalho foi então disseminada em todo o país (CANCELA, 2012, p. 41-3).

Era, pois, mais uma forma de instituição total, uma vez que se internavam numerosos grupos de pessoas para que, em tempo integral, ali residissem, trabalhassem, realizassem suas atividades e, em tal lugar, perdessem suas identidades para serem definidos tão somente como "doentes mentais", isto é, seres passíveis de correção via sua disciplina, medicação e tutela (CANCELA, 2012). E mais, tais instituições de saúde os estratificavam: afinal, o tratamento não poderia ser perpetrado de igual maneira em todos e, concomitantemente, manter a incolumidade de seus agentes.

Assim, os pacientes eram classificados como doentes mentais de primeira classe (muitas posses, usufruindo de um tratamento diferenciado), de segunda classe (posses razoáveis, recebendo um tratamento intermediário), e, por fim, de terceira classe (poucas ou nenhuma posse, sofrendo um tratamento bárbaro) (FILIPPON, 2009).

Contudo, conforme outrora mencionado, o Brasil passou por tempos sombrios durante a ditadura militar - nesse sentido, a luta que engendra o movimento antimanicomial se confundiu, por algum período, com a resistência democrática, a qual abarcava um maior espectro de classes sociais. O renascimento dos movimentos sociais e, por fim, a redemocratização permitiram que os cidadãos exigissem do Estado nascente a observação dos direitos sociais que encontraram caminho na Constituição Federal (CANCELA, 2012).

No mesmo prisma, Filipon (2009, p. 25-6) ensina que a presença da democracia se faz essencial para as políticas de saúde mental brasileiras: para o autor, esta funciona como verdadeiro "eixo norteador maior" destas, cenário em que as "regras político-jurídicas estão estabelecidas legitimamente como expressão da vontade da maioria da sociedade".

Filipon alerta, no entanto, que o mero fato de vivermos num Estado Democrático de Direito não significa que estamos exercendo a democracia: isto é, os valores individuais podem se traduzir em "entulhos autoritários", resquícios da ditadura, e cabe, portanto, a cada cidadão a tarefa de situar suas ações de forma a valorizar a cidadania do texto constitucional, a fim de pugnar pela garantia de direitos básicos, como a saúde, num Estado democrático pautado pelo bem-estar social (FILIPPON, 2009, p. 26-7).

E é aí que reside a importância da Reforma - justamente na mudança paradigmática por ela engendrada. E, para melhor compreendê-la, faz-se mister entender-se suas etapas. Assim, Cancela menciona que Amarante (2012) divide o processo que levou à Reforma Psiquiátrica Brasileira em três momentos distintos, quais sejam: Trajetória Higienista (séc. XIX até Segunda Guerra Mundial), Trajetória da Saúde Mental (pós guerra até anos 70) e, por fim, Trajetória da Reforma Psiquiátrica (final dos anos 70) - esta última dividida em alternativa, sanitarista e desinstitucionalização. No bojo do presente trabalho, reputa-se importante intentar esclarecer as consequências desta última etapa no atual cenário dos programas de saúde mental brasileiros.

Pois bem, no que tange à Trajetória da Reforma psiquiátrica *per se*, sua fase mais incipiente caracteriza-se pelo fim da ditadura militar, ocasião em que foi possível organizar as primeiras mobilizações sociais da área da saúde; a seguir, com a etapa sanitarista, realizaram-se algumas mudanças no sistema de saúde, bem como ocuparam-se os espaços públicos - feito que fez com que o Estado absorvesse a parte crítica da sociedade e seus ideais, reformulando as políticas públicas ao definir os princípios do SUS, claramente expressos por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, ainda, percebe-se uma maior influência da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a qual contribui com incentivos a uma prática da medicina mais pautada na integração comunitária, preventiva e de atenção primária (CANCELA, 2012; MAKIYAMA, 2020).

Por fim, a fase de desinstitucionalização (também conhecida como desconstrução/invenção) pode ser definida como um

'processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações', logo, é 'um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos' (CANCELA, 2012, p. 41-2).

Esta é considerada a mais importante uma vez que, a partir de 1990, com a promulgação da lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS)⁷, as políticas de assistência à saúde passaram a focar na construção de uma rede assistencial - intenta-se, em suma, como sugere o próprio nome, reduzir a quantidade de internações (via triagem adequada) e tempo de institucionalização, bem como propiciar melhores anamneses dos pacientes e possibilidades de atendimentos ambulatoriais (CANCELA, 2012).

E isso é especialmente necessário porque, no Paraná, o paradigma vigente na saúde mental em 1994 era muito semelhante àquele vigente em 1903 - isto é, baseado em métodos tradicionais, traduzidos na hospitalização com desvinculação do paciente de sua família e comunidade, no tratamento predominantemente medicamentoso à base de psicotrópicos e com atendimento ambulatorial em apenas 20 Centros de Saúde (MARINI, 2012).

Entretanto, como ocorreu no restante do Brasil, as coisas aos poucos se alteram também no Paraná. Em 1995, por exemplo, este criou o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e promulgou a Lei Estadual nº. 11.189/1995. O referido grupo foi responsável pela elaboração de diretrizes gerais para a política de saúde mental do Paraná, as quais objetivavam à realização de estudos epidemiológicos para nortear as referidas ações, bem como à promoção à saúde mental e à organização da assistência à saúde mental (MARINI, 2012).

A referida lei, porquanto foque em questões de internações em hospitais psiquiátricos e similares, traz alguns elementos interessantes ao objeto do presente estudo, principalmente ao reconhecer a existência de um sistema hospitalocêntrico no âmbito do Estado, bem como regulamenta sua superação - senão, veja-se:

Art. 1º Com fundamento em transtorno em saúde mental, ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal nos termos do Art 5º, inciso LIV, da Constituição Federal [...].

Art. 2º O novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.

Art. 8º Os recursos assistenciais previstos no Art. 2º. desta Lei serão implantados mediante ação articulada dos vários níveis de Governo de acordo com critérios definidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS -, sendo de competência dos conselhos

⁷ Época em que se promulgou a Lei nº. 8.080/1990, a qual trata do SUS ao dispor sobre "as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", relacionados, portanto, às disposições contidas nos arts. 196 e ss. da Constituição Federal.

estadual e municipais de saúde o exame das condições estabelecidas pelas secretarias estadual e municipais de saúde, para a superação do modelo hospitalocêntrico.

Parágrafo único. Os conselhos estadual e municipais de saúde deverão exigir critérios objetivos, respectivamente, das secretarias estadual e municipais de saúde, para a reserva de leitos psiquiátricos indispensáveis nos hospitais gerais, observados os princípios desta Lei.

Art. 9º A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades sócio-culturais locais e regionais, garantida a gestão social destes meios.

Parágrafo único. As prefeituras municipais providenciarão em cooperação com os representantes do Ministério Público local a formação de conselhos comunitários de atenção aos que padecem de sofrimento psíquico, que terão por função principal, assistir, auxiliar e orientar as famílias, de modo a garantir a integração social e familiar dos que forem internados (PARANÁ, 1995).

Stival, sobre o tema, ensina que as práticas no campo da saúde mental, mais especificamente, na atenção psicossocial, são norteadas pela valorização da complexidade subjetiva: portanto, parte-se do pressuposto de que é impossível enfrentar o sofrimento psíquico sem a participação ativa do indivíduo que sofre ou através de práticas que o separem do convívio com outras pessoas, famílias ou de suas redes sociais (STIVAL, 2019). A utilização de novas estratégias de intervenção coadunadas aos novos manejos da situação em conjunto com o entorno dos pacientes perfazem importantes recursos para o rompimento do isolamento, da exclusão e da estigmatização; condições que, infelizmente, eram comumente observadas nos indivíduos submetidos ao modelo psiquiátrico tradicional (STIVAL, 2019).

Assim, esta nova etapa trouxe à baila um novo lema por ocasião do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde: "por uma sociedade sem manicômios" (CANCELA, 2012, p. 52) e, doravante, com as Portarias 189/91, 224/92 e 336/02, do Ministério da Saúde, bem como com a Lei 10.216/2001⁸, o cenário brasileiro foi paulatinamente adquirindo seus atuais contornos: surgiram, pois, os serviços substitutivos - presentes nas áreas de saúde mental, cultura, trabalho e assistência (CANCELA, 2012) - como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) - para além destes, ainda há que se mencionar os serviços comunitários com equipes multiprofissionais, bem como as abordagens de saúde mental na Atenção Básica de Saúde, os Centros de Convivência e Cultura, as Residências Terapêuticas, as Cooperativas de Geração de Emprego e Renda, as moradias protegidas a egressos de hospitais psiquiátricos, entre outros apresentados a seguir.

⁸ Esta "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental", sendo, portanto um dos resultados diretos do processo de reforma uma vez que trouxe à baila a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil, a ser feita através do fechamento de hospitais psiquiátricos e da implementação de um modelo de atenção à saúde aberto e comunitário.

Adverte-se, no entanto, que estes não impedem a internação daqueles que necessitam desta: o novo sistema visa à alteração dos saberes e práticas psiquiátricos, permitindo, no entanto, que convivam entre si os diferentes serviços de saúde mental conforme adequados à situação de cada paciente. Não se trata, pois, de abolir a internação em saúde mental - mas, sim, de reconhecer que esta recai sobre seres humanos, os quais devem ser reconhecidos como tal e submetidos a esta na medida do estritamente necessário, sem margens para arbitrariedades com intento segregador, afirmando-se sua cidadania, singularidade e necessidade de inclusão social.

4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL EM CURITIBA - PARANÁ

Por fim, passa-se à análise própria das políticas públicas de saúde mental no Estado do Paraná e na cidade de Curitiba. Frisa-se que estas abarcam tratamento, prevenção, educação, incentivos ao lazer, esporte, cultura, políticas voltadas à obtenção de emprego e geração de renda, ao acesso a fármacos e demais insumos necessários - enfim, a uma miríade de facetas da atuação do Estado em tal aspecto.

Em tal prisma, Motta, Moré e Nunes (2017) assinalam que a intervenção psicoterápica deve ocorrer com a escuta sensível e qualificada da demanda e englobar, inclusive, projetos complementares que possibilitem o cuidado integral dos pacientes acometidos com depressão: vale frisar, a ideia de "cuidado integral" engloba justamente tal perspectiva, visando fortalecer a capacidade do SUS de atender à demanda da população. Os mesmos autores referem que o atendimento psicológico tem duas facetas - quais sejam, a comunitária e a psicossocial; sendo ambas representativas das boas práticas na área e pautadas na construção da autonomia do usuário dos serviços de saúde (MOTTA; MORÉ; NUNES, 2017). Aliás, frisam os autores que as distintas abordagens em saúde podem ser positivas uma vez que abrangem maior pluralidade de perspectivas (MOTTA; MORÉ; NUNES, 2017).

Motta, Moré e Nunes indicam, contudo, que a psicoterapia individual é amplamente recomendada por agências nacionais e internacionais de saúde, direcionando a terapia às demandas do indivíduo (MOTTA; MORÉ; NUNES, 2017). Por outro lado, afirmam que o atendimento em grupo é priorizado nas ações de saúde mental, sendo este capaz de construir ou fortalecer redes sociais, importante fator de saúde face ao comum isolamento da pessoa deprimida (MOTTA; MORÉ; NUNES, 2017).

Os referidos autores concluem, por fim, que a sociedade está tentando superar a visão tradicional empregada no tratamento do fenômeno através do emprego de recursos psicossociais e da atenção integral: todavia, revelam que, mesmo que tais dispositivos sejam

reconhecidamente eficazes, estes atendem parcialmente às demandas atreladas à complexidade da depressão (MOTTA; MORÉ; NUNES, 2017).

Em consonância com o exposto, Cavalcanti *et al* (2018) revelam que o cuidado na depressão, para que seja efetivamente integral, necessita envolver outras facetas da vida do indivíduo para além da vida social e da psicoterapia, como a realização de exercícios físicos, consumo de alimentos mais saudáveis, atividades de lazer, entre outros. Desta feita, ao se considerar a hipótese de implementação de políticas públicas voltadas à manutenção da saúde das pessoas acometidas pelos presentes transtornos, revela-se imprescindível tratar da prevenção da depressão.

E, assim, no que se refere ao município de Curitiba, cabe entender qual a situação do monitoramento da depressão. Segundo Cavalcanti *et al*, as desigualdades sociais estão profundamente relacionadas às desigualdades na prevalência de doenças não contagiosas: isto é, a desigualdade social e no acesso à saúde representam um entrave à gestão da saúde pública, de forma que necessita-se despender maior atenção e cuidado às populações mais vulneráveis (CAVALCANTI *et al*, 2018). Ante tal cenário, sinalizam os autores que a cidade teve que repensar sua abordagem aos cuidados em saúde de acordo com a prevalência e estratificação de risco da depressão - para tanto, foram considerados determinantes sociais de saúde, bem como a presença de fatores de risco (alhores mencionados) e condições crônicas na mesma época em que se implantaram políticas grupais de cuidado em saúde mental (CAVALCANTI *et al*, 2018).

A respeito disso, com o fito de se estudarem as informações epidemiológicas hábeis a orientar as políticas públicas na área, os referidos autores conduziram o EPICUREAN (Epidemiology of Curitiba: Evaluation of Noncommunicable diseases - em tradução livre, Epidemiologia de Curitiba: Avaliação de doenças não contagiosas): participaram deste maiores de 18 anos, não grávidos, com autonomia para responder às questões e que anuíram com o termo de consentimento esclarecido, perfazendo uma amostra total de 1161 participantes (CAVALCANTI *et al*, 2018).

A depressão, em especial, foi avaliada através do PHQ-9 (9-item Patient Health Questionnaire - em tradução livre, Questionário sobre a saúde do paciente de 9 itens), sendo um resultado igual ou maior a 10 interpretado como um fator de risco médio-alto para depressão (CAVALCANTI *et al*, 2018).

E, nesse sentido, os resultados obtidos indicam que, na amostra obtida na cidade de Curitiba, a prevalência de depressão foi de 29,6% - sendo maior em pessoas com idade entre 40 e 59 anos (11,7%), seguidos por pessoas com idade entre 18 e 39 anos (11%) e, por fim, idosos com mais de 60 anos (6,9%) (CAVALCANTI *et al*, 2018). Destes, as mulheres

apresentavam mais frequentemente um diagnóstico médico de depressão, assim como um risco maior de desenvolvê-la de acordo como a pontuação do PHQ-9 (CAVALCANTI *et al*, 2018).

No entanto, tais resultados foram distintos aos obtidos por Lima *et al* (conforme TABELA 1): para estes, os fatores de risco para a depressão provaram estar relacionados ao histórico familiar da doença, ser do sexo feminino, enfrentar elevado número de eventos estressantes sem técnica para enfrentá-los, ter baixo suporte social e nível intelectual, ter outros problemas de saúde, excessiva dependência pessoal, sendo que houve convergência entre os autores no que tange à significativa prevalência de depressão em mulheres (68,31%) (LIMA *et al*, 2020). Sobre estado civil, os casados (36,91%) lideram a prevalência face aos demais estados civis (solteiro - 33,73%, viúvo - 11,91%, divorciado - 10,17%, união estável - 3,77%, não informado - 3,48%) (LIMA *et al*, 2020).

TABELA 1 - PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO CONFORME CAVALCANTI *ET AL* E LIMA *ET AL*

(continua)

	CAVALCANTI ET AL		LIMA ET AL	
	CATEGORIA	PREVALÊNCIA	CATEGORIA	PREVALÊNCIA
ESCOLARIDADE	ensino fundamental concluído ou nível de instrução inferior	13,6%	não alfabetizado	2,32%
			fundamental incompleto	24,12%
			fundamental completo	9,88%
	cursando ou já cursou o ensino médio	10,6%	ensino médio incompleto	7,84%
			ensino médio completo	28,48%
	cursando ou já cursou o ensino superior	7%	superior incompleto	5,23%
			superior completo	7,26%
			não informado	13,95%
	RENDA E OCUPAÇÃO	menor renda	18,2%	ocupação não informada
desempregado				23,25%
maior renda		2,3%	empregado	48,83%

			afastado	1,16%
			aposentado	6,1%

FONTE: CAVALCANTI *et al*, 2018; LIMA *et al*, 2018.

De outra banda, a pesquisa World Health Survey for Brazil indicou a prevalência de depressão em 19,2% da população - o NHS, por sua vez, assinalou uma prevalência nacional de depressão de 7,6%, ao passo que, para o sul do país, esta seria de 12,6% (CAVALCANTI *et al*, 2018). Ante tais cenários, os autores ponderam que a depressão foi, em 2016, a nona maior causa de redução da esperança de vida corrigida pela incapacidade (Disability-adjusted life year - DALY), entendida como o total de anos que um indivíduo pode viver saudavelmente sem limitações ou incapacidades (CAVALCANTI *et al*, 2018).

Sobre o tema, Motta, Moré e Silva Nunes (2017) revelam que a depressão é um dos principais e mais correntes problemas de saúde mental, atingindo cerca de 20% da população mundial, sendo a segunda patologia a causar maior prejuízo econômico-social. No mesmo sentido, Lima *et al* (2020) indicam que a OMS considera a depressão um transtorno grave e recorrente que leva a problemas de saúde pública e perdas funcionais do indivíduo: afirmam que tal condição afeta cerca de 300 milhões de pessoas no mundo, aumentando a cada ano que passa, e que, destas, 50 milhões estão nas Américas, local em que é a quarta doença que mais causa incapacidade ao gerar importantes perdas na qualidade de vida.

Sinalizam, a partir de dados da OMS, que investir em saúde mental beneficia o desenvolvimento econômico do país: a cada um dólar investido no tratamento da depressão, tem-se o retorno de US\$ 4,00 em melhor saúde e aptidão para o trabalho - sendo que, abissalmente, os baixos níveis de cuidado com a depressão levam a uma perda econômica global de US\$ 1.000.000.000.000,00 (um trilhão de dólares) ao ano (LIMA *et al*, 2020).

Cavalcanti *et al* (2018) assinalam, por fim, que, para além do baixo cuidado, e na presença de comorbidades tais quais diabetes, dislipidemia e hipertensão, a depressão tem uma menor adesão ao tratamento medicamentoso e pior prognóstico - e, no mesmo sentido, advertem Motta, Moré e Silva Nunes (2017): para estes, a depressão dificulta o tratamento de outras doenças crônicas. Assim, para analisar a situação do manejo de tal complexo quadro, far-se-á primordial a análise dos serviços substitutivos outrora mencionados.

No que atine à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), convém mencionar que esta foi instituída pela Portaria n°. 3.088/2011 do Ministério da Saúde. Na ocasião, buscou-se regulamentar alguns pormenores do atendimento aos pacientes acometidos de transtornos

mentais no âmbito do SUS. Nesse sentido, o art. 3º assinala que são objetivos da RAPS a ampliação do acesso à atenção psicossocial, facilitando o acesso daqueles que dela necessitarem através de uma rede de saúde articulada e integrada⁹. O art. 4º, por sua vez, leciona que a RAPS deve focar na prevenção, na redução de danos, na reabilitação e reinserção social das pessoas à sociedade por meio de acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária¹⁰.

Para poder efetivamente se constituir em um atendimento em Rede, a RAPS conta com a seguinte estrutura:

QUADRO 2 - ESTRUTURA DA RAPS

(continua)

Componentes da RAPS	Pontos de Atenção				
Atenção básica em saúde	Unidade Básica de Saúde (UBS)	Equipe de Consultório na Rua	Centros de Convivência	Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório	
Atenção psicossocial especializada	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todas as suas diferentes modalidades				
Urgência e Emergência	Unidade Básica de Saúde (UBS)	Sala de Estabilização	Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192	Hospitais com portas de atenção à urgência ou pronto socorro

⁹ Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial: I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

¹⁰ 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; IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Atenção Residencial de caráter transitório	Unidade de Recolhimento	Unidade de Apoio à Saúde Mental (UA)	Comunidade Terapêutica	Serviços de Atenção em Regime Residencial Comunidade Terapêutica
Atenção hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral		Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental	
Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)			Programa de Volta para Casa (PVC)
Reabilitação psicossocial	Todos acima - abarca, inclusive, iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais			

FONTE: Arts. 5º e 12 c/c Anexo I da Portaria nº. 3.088/2011 do Ministério da Saúde.

Nesse ínterim, Makiyama (2020, p. 39) ensina que a RAPS é uma estratégia do processo político desenvolvida para "atender à demanda de doenças crônicas de usuários com transtorno mental [...], como proposta da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, a fim de fortalecer os dispositivos de saúde do SUS de forma humanizada".

A RAPS fomenta, assim, o trabalho em rede - feito este que deveria, em tese, corroborar com a efetivação de um tratamento "aberto, territorializado e comunitário" - no entanto, como adverte a própria autora, determinados setores sociais vêm "favorecendo o hospital psiquiátrico como parte da RAPS [engendrando] o retorno do modelo de segregação [...] promovendo uma ênfase sobre o retrocesso da luta da Reforma Psiquiátrica" (MAKIYAMA, 2020, p. 40).

Como se não bastasse, Makiyama (2020, p. 43) ainda aponta que, no Paraná, os profissionais de saúde "ainda não se adaptaram ao propósito da nova forma de fazer saúde mental com ênfase no território de atuação. Por isso, as taxas de hospitalização aumentaram em 5%, entre os anos de 2000 a 2015, no Paraná".

Rauter e Peixoto (2009, p. 269-70) mencionam que a psiquiatria atualmente segue pautada na questão biológica e tem um caráter abrangente e global: frisam que, hoje, "seu arsenal farmacológico" se dirige a todos, suas "definições objetivas tomam o cotidiano como foco de intervenção", normalizando, pois, a psicopatologização social traduzida na mínima diferença ou desvio. Martin *et al* (2012) alertam, inclusive, para a atual tendência de reforço à terapia medicamentosa, aos estímulos ao diagnóstico precoce ou autodiagnóstico, feitos que importam, consequentemente, na medicalização da vida, para estes:

o resultado da integração da prática psiquiátrica à clínica médica tem sido o tratamento extensivo de morbidades consideradas [...] como psicossomáticas e o consumo em larga escala de medicamentos psicotrópicos. [...] o resultado do sucesso da comercialização de medicamentos antidepressivos e as ênfases em tratamentos psicológicos validados empiricamente é de que as experiências depressivas das mulheres estão em perigo de serem excessivamente medicalizadas e individualizadas (MARTIN *et al*, 2012, p. 894).

Aliás, a questão medicamentosa é, em si, um tópico bastante complexo que engloba diversos aspectos. Farah (2012), por exemplo, alude que, no que tange à depressão e aos perigos concernentes ao acesso aos medicamentos, por vezes empregam-se psicotrópicos no tratamento do doente.

O mesmo autor ainda ensina que 44% dos medicamentos controlados são indicados para transtornos mentais e comportamentais (FARAH, 2012). Destes, a maior parte (15,4%) é classificada como medicamento antidepressivo. Contudo, considerando os efeitos colaterais destes, há que se ter cuidado adicional quanto a situações como de diagnósticos errôneos, prescrições inconvenientes e, o problema mais grave, "a busca por resoluções rápidas para conflitos, a preferência dos psiquiatras por indicar remédios a investir em terapias mais demoradas e o assédio da indústria farmacêutica nessa área" (FARAH, 2012, p. 13).

E, apesar disso, o referido autor revela que os medicamentos têm grande interesse social (na medida em que inclusive a própria sociedade pugna pela obtenção de fármacos, numa perspectiva centrada da questão biológica) e, em tal íterim, interpreta a questão de forma demasiado ampla, aduzindo que, dada a sua previsão constitucional¹¹, todos os fármacos deveriam ser de livre acesso, via SUS, para todos (FARAH, 2012).

E mais: conforme Martin *et al* (2012), os clínicos gerais estariam mais distantes do modelo biomédico - no entanto, conforme indicam Motta, Moré e Silva Nunes (2017), mesmo estratégias pensadas na nova acepção da RAPS (como acima referido, o matriciamento, o qual envolve os referidos clínicos), acabam por vezes privilegiando a concepção biomédica de depressão, responsável por normalizá-lo, engendrando uma ausência de mobilização dos profissionais face às demandas e necessidades dos pacientes.

Estes dados tornam-se mais preocupantes ao considerarmos que 23,9% dos atendimentos na Atenção Básica, local de porta de entrada do sistema de saúde em que se realiza o atendimento integral ao paciente, são referentes à depressão (MOTTA; MORÉ; SILVA NUNES, 2017; GAZIGNATO; CASTRO E SILVA, 2014). Em tal diapasão, Gazignato e Costa

¹¹ O autor faz clara referência ao art. 6º da CF/88: 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.

e Silva (2014) advertem que a saúde mental deve ser devidamente inserida na atenção básica, através de uma atenção integrada e humanizada das unidades de saúde dos territórios, centrando-se o cuidado na família, estabelecendo a corresponsabilização dos profissionais de saúde via trabalho em rede, em especial, via matriciamento.

Todavia, há que se frisar que especialmente em Curitiba, o Conselho Municipal de Saúde, na condição de órgão formado por 36 membros titulares e 46 suplentes, com "paridade de 50% de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores, 12,5% de gestores e 12,5% de prestadores de serviços na área da saúde" (CURITIBA, 2022a, -), protagoniza parte da resistência à consolidação de tal quadro.

Nesse sentido, o referido conselho promoveu a III Conferência Municipal de Saúde Mental, a qual discutiu, em seu primeiro eixo, o tema do cuidado em liberdade como garantia de direito e cidadania, fazendo menções expressas à necessidade de se observarem os preceitos de reinserção social, cuidados integrados, valorização das subjetividades, autonomia, tolerância¹² e da cidadania, conforme promovidos pela Reforma Psiquiátrica (CURITIBA, 2022b).

Em tal ínterim, ressalta-se que, mesmo que não logre obter êxito na totalidade de seus objetivos, a RAPS se pauta numa nova base, aversa à lógica manicomial ou hospitalocêntrica. Dentre os serviços de tal classe disponíveis no município de Curitiba/PR, objeto do presente estudo, tem-se: 109 Unidades de Saúde (de tal montante, 29 unidades são Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASFs - compostos por várias categorias profissionais, inclusive psicólogos e psiquiatras), 2 CAPS II, 2 CAPS III, 3 CAPS ad III, 3 CAPS ad, 5 Ambulatórios de Saúde Mental, 8 UPAs que realizam suporte a urgências psiquiátricas, 5 Residências Terapêuticas (SRT) tipo I e, por fim, 1 Residência Terapêutica tipo II. Contudo, a cidade também conta com 2 hospitais para internamento integral, 1 hospital clínico com enfermarias psiquiátricas e, também, 1 hospital dia (CURITIBA, 2022c).

Nesse sentido, salutar rememorar que, de acordo com o Ministério da Saúde, o CAPS seria o único ponto onde se efetiva a atenção psicossocial especializada. Imprescindível, portanto, dedicar a este uma análise mais detida: Leão (2006) considera que o objetivo do CAPS seria reconstruir vínculos sociais, familiares e comunitários, de forma a estimular a autonomia

¹² Vale frisar que a concepção de tolerância aqui endossada coaduna-se àquela definida a partir do art. 1º da Declaração de Princípios sobre a Tolerância, aprovada em 1995 pela Conferência Geral da UNESCO. Nesta, entende-se que a tolerância estaria relacionada a questões como o respeito, a aceitação da diversidade das culturas, dos modos de expressão dos seres humanos, bem como ao reconhecimento dos direitos universais da pessoa humana e das liberdades fundamentais; sendo traduzida na harmonia na diferença. Consiste, pois, em uma necessidade política e jurídica que se relaciona ao tema analisado na presente pesquisa.

a fim de se coibir a dependência do tratamento e do espaço. Cancela (2012), Gazignato e Castro e Silva (2014) por sua vez, consideram o CAPS como a principal estratégia política de assistência, desospitalização, reinserção social e organização da rede de atenção à saúde mental, em consonância com a Reforma Psiquiátrica no Brasil - tal feito é especialmente importante se considerarmos que

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. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004, p. 13).

Os Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar, realizando prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. O SUS conta com 2.661 Centros de Atenção Psicossocial em todo o país (BRASIL, 2020).

E, considerando que, em Curitiba, existem 2 CAPS II, 2 CAPS III, 3 CAPS ad III e 3 CAPS ad, convém, pois, entender as diferenças entre estes (CANCELA, 2012, p. 69; BRASIL, 2002, p. 58; ARAÚJO; FREIRE, 2015, p. 258-263):

CAPS I – Têm menor porte e capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funciona no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana.

CAPS II – Têm capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funciona de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

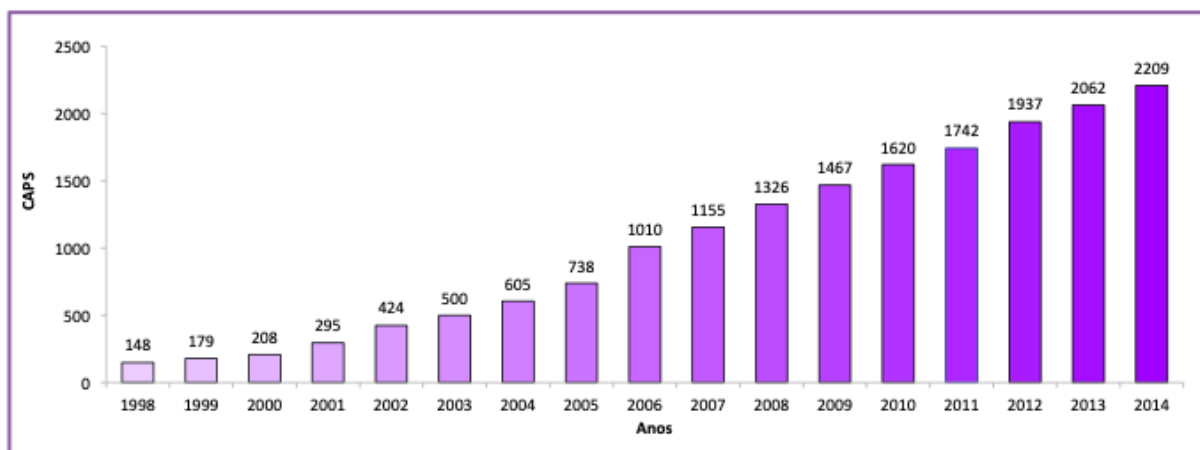
CAPS III - Têm capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funcionam 24 horas, diariamente, inclusive fins de semana e feriado. Têm, no máximo, 5 leitos para eventual repouso e/ou observação. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias

CAPS i - Para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local. Funcionam de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

CAPS ad - Para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes. Funcionam

importância se considerarmos que a última edição publicada da série "Saúde Mental em Dados" apontava que, de 1998 a 2014, houve uma expansão significativa no número de CAPS no país (BRASIL, 2015):

GRÁFICO 1 - CRESCIMENTO ANUAL DO NÚMERO DE CAPS NO PAÍS



FONTE: BRASIL, 2015, p. 9.

Nesse sentido, a mencionada pesquisa revela que, no ano de 2014, o Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes fora de 0,89 para o Paraná - e, para o Brasil, de 0,86. Tal feito representa, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo próprio MS à época dos fatos, uma cobertura muito boa (BRASIL, 2015). Contudo, a mesma pesquisa revelara que, dos 399 municípios paranaenses, 125 seriam elegíveis para comportar um CAPS (feito que necessitava ao menos 15 mil habitantes) - destes, 49 (ou seja, 41,6%) não possuíam um CAPS habilitado (BRASIL, 2015).

O mesmo se repete em outros estudos: em 2020, Makiyama (2020) constatou que, na 10ª Regional de Saúde (região de Cascavel/PR), somente 4% dos municípios possuíam algum CAPS. E, mesmo assim, o Paraná se encontrava em situação melhor no que atine ao fornecimento do referido atendimento quando em comparação com o restante do Brasil. Frisasse: a autora indica que os serviços substitutivos beneficiam apenas 20% do total de municípios do Paraná - tal feito, quando coadunado ao exposto acima, evidencia, portanto, a existência de "um fluxo de usuários sendo encaminhados para outros municípios e hospitais psiquiátricos, favorecendo o setor privado com leitos especializados" (MAKIYAMA, 2020, p. 43).

Vale mencionar, no entanto, que os demais dados - porquanto os últimos disponíveis - são de 2014. Publicação mais recente do Desinstitute, organização que atua pela garantia de direitos humanos e pelo cuidado em liberdade no campo da saúde mental, adverte que, para além dos dados sobre a RAPS encontrarem-se indisponíveis - feito que dificulta o

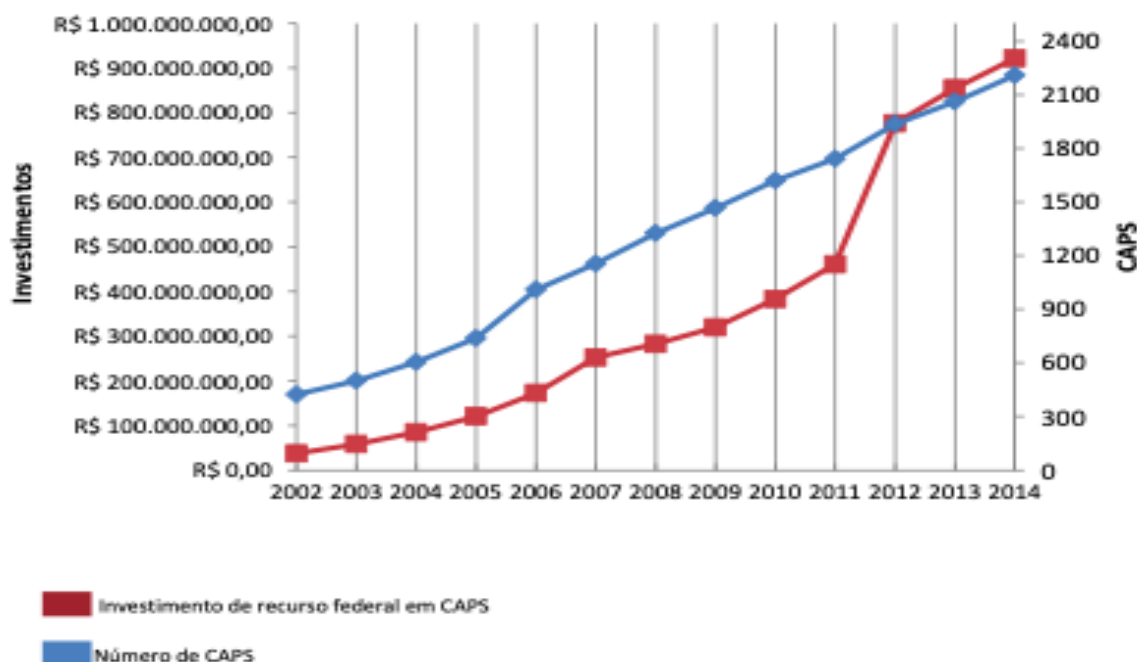
monitoramento de investimentos e respectivos retornos na RAPS, recentemente, vêm-se alterando as normativas da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e, concomitantemente, desacelera-se a expansão dos serviços de base comunitária outrora citados (DESINSTITUTE, 2021).

E isso faz com que o Brasil vá de encontro às tendências mundiais acerca da temática - um exemplo disso é o plano de Ação Global de Saúde Mental da OMS, o qual consolidou a premissa de que o atendimento em saúde mental deve ser feito em centros de atenção à saúde comunitários (MOTTA; MORÉ; SILVA NUNES, 2017). Nos termos do Desinstitute (2021, -), temos "um agravante importante no contexto de retrocessos instaurados no Brasil dos últimos anos".

No mesmo intermédio de tempo, o governo federal alega que os investimentos em saúde mental teriam crescido 200% - segundo este, em 2018, teriam sido investidos R\$ 33 milhões na RAPS, ao passo que, em 2019, R\$ 97 milhões teriam sido destinados a tais serviços (BRASIL, 2020). Segundo informa, tal aumento permitiu a efetivação da habilitação de 92 CAPS, 63 SRTs, 181 leitos de saúde mental em hospitais, 5 Unidades de Acolhimento e 29 Equipes Multiprofissionais (BRASIL, 2020).

Contudo, convém mencionar que a pesquisa "Saúde Mental em Dados", conduzida pelo próprio Ministério da Saúde, revela um panorama abissalmente distinto ao atual: o suposto aumento de 200% nos investimentos na RAPS frisa, na realidade, um descompasso com a situação constatada na pesquisa anterior. Segundo esta, o último investimento de que se tem registro, do ano de 2014, supera o montante de R\$ 900 milhões - isto quer dizer que o aporte federal destinado à RAPS em 2019 perfaz tão somente cerca de um décimo do montante destinado pelo governo federal somente ao CAPS (não abarca toda a RAPS) em 2014, conforme indica o GRÁFICO 2:

GRÁFICO 2 - CRESCIMENTO ANUAL DO NÚMERO DE CAPS NO PAÍS FACE AO INVESTIMENTO FINANCEIRO



FONTE: BRASIL, 2015, p. 17.

E, vale ressaltar que, em 2013 - ano em que a situação do investimento financeiro estava melhor quando comparada ao atual cenário - o Brasil despendera cerca de 9,7% do seu Produto Interno Bruto (PIB) nos gastos em saúde, destes, cerca de 48,2% foram alocados na manutenção do sistema de saúde (MAKIYAMA, 2020). Tal feito mostra-se relevante na medida em que, comparativamente a outros países, o ideal seria manter um sistema universal de saúde com pelo menos 70% dos gastos totais em saúde - e, para sair do plano ideal, frisa-se que o Brasil encontra-se pior que outros países próximos, como exemplo: Argentina - 67,1%, Colômbia - 76%, Costa Rica - 75%, Cuba - 93%, México - 51,7% (MAKIYAMA, 2020). O SUS é, portanto, claramente subfinanciado - e isso se percebe, por conseguinte, em toda a RAPS, desde a atenção básica até o CAPS.

Nessa toada, verifica-se que o manejo adequado da saúde mental no Brasil tem encontrado diversos desafios e dificuldades (sejam financeiros, sejam ideais ultrapassados expressos na saúde mental, entre outros) - estes, em sua heterogeneidade, pugnam por uma resolução calcada em suas especificidades: faz-se relevante diagnosticar propriamente o quadro de gestão da saúde mental no âmbito dos entes federados, os quais devem agir pautados em suas obrigações constitucionais - mormente no que tange aos arts. 23 e ss. desta.

Parece haver uma forte fragilidade posterior à implantação inicial do novo sistema: o resultado oriundo do fomento e formação dos CAPS resta evidenciado na sua expansão -

contudo, carecemos de uma avaliação atual sobre seu acompanhamento e manutenção, como era feita pelo Ministério da Saúde, e, nesse sentido, a lógica de financiamento dos CAPS¹³, quando coadunada aos últimos dados do governo federal, prenuncia um cenário deveras desagradável.

E isso se agrava se considerarmos que, conforme apresentado anteriormente, o CAPS busca realizar a integração de várias facetas da vida diária no tratamento do doente numa abordagem pautada na atenção psicossocial: tal serviço, quando devidamente articulado, traz inúmeros benefícios aos pacientes, familiares e à própria comunidade como um todo - como no caso da interface do trabalho, a qual, na condição de estratégia política, contribui para a reprodução da vida dos doentes: o CAPS representa, pois, um avanço singular na seara, reafirmando o novo paradigma no que se refere à compreensão e tratamento dos doentes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fim de se responder à pergunta norteadora (as políticas concernentes ao tratamento e prevenção da depressão atualmente vigentes no Município de Curitiba encontram-se coadunadas à ótica da Reforma Psiquiátrica e observam os preceitos do direito, em especial as garantias constitucionalmente definidas?), perpassou-se por diversos construtos: primeiramente, elucidou-se que a depressão é, na realidade, um fenômeno biopsicossocial que atinge a completude das esferas da existência humana de tal forma que seu tratamento e prevenção demandam a observação atenta das complexas peculiaridades a ela intrínsecas. Tais conceitos estão relacionados, portanto, à ideia de atenção integral e atendimento em rede, os quais trazem perspectivas de outras áreas e promovem, com o auxílio destas, um acolhimento seguro e humanizado.

Em um segundo lugar, no que se refere às políticas públicas *per se*, estas representam as intervenções e estratégias Estatais na sociedade ao conduzir, implementar e manter referidas políticas, ou regulamentar, atuar de certa forma no que tange a determinada matéria. Representam, por excelência, a expressão do Estado ordenando e delineando a forma como serão trabalhadas as questões de saúde no Brasil.

¹³ Esta foi regulamentada, dentre outros, pelo art. 7º da Portaria nº. 336/2002 do Ministério da Saúde: *Art. 7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu cadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA [Autorização de Procedimento de Alta Complexidade], sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.* Sobre o tema, Filipon (2009, p. 42) alerta que tal lógica de financiamento deixa bastante a desejar dada a centralidade do modelo biomédico no tema.

Nesse sentido, a Constituição Federal estabelece que a saúde é dever do Estado e direito de todos, pugnando pela preservação da dignidade da pessoa humana. O mesmo diploma legal ainda estabelece a horizontalização e descentralização das decisões afetas à saúde coletiva no Brasil, trazendo normas programáticas sobre o tema da efetivação do direito à saúde. É em consequência de tal feito que se percebem diretrizes, advindas da União, que estabelecem certos panoramas - como, por exemplo, a lógica comunitária que regulamenta o SUS e, por conseguinte, a RAPS e o CAPS - ao mesmo passo que o Estado do Paraná trouxe à baila diretrizes gerais próprias para a condução e organização da política de saúde mental no âmbito de seu território. O direito à saúde encontra, portanto, um limite máximo na reserva do possível e um limite mínimo justamente no mínimo existencial.

Conforme exposto, a Reforma Psiquiátrica consistiu num movimento pautado na recuperação da voz e legitimação da existência do doente mental: nesta toada, lutou-se pela inclusão da pessoa na gestão da própria vida e na sociedade, preceitos estes que se coadunam à lógica constitucional. E tal feito é mais evidente no que se refere aos mencionados serviços substitutivos, os quais, por contarem com equipes multidisciplinares que se encarregam de amenizar o sofrimento mental e estabelecer espaços de tolerância, acolhimento, convivência e atendimento ao paciente como um todo, representam a paulatina mudança da sociedade.

Sob as mais diversas formas, tais serviços encontram-se disponíveis no Paraná. Sendo que, especificamente no que se atine ao Município de Curitiba, este conta com 142 pontos de atenção da RAPS, dos quais 10 são espécies de CAPS - mostrando que as políticas vigentes na cidade coadunam-se à ótica defendida pela Reforma. Contudo, somente 20% dos municípios paranaenses possuem unidades de atenção psicossocial especializada (CAPS), feito que denota o subfinanciamento de tais serviços.

Ante tal prisma, pode-se dizer que as políticas públicas devem propiciar a construção de uma rede de atenção integral em saúde mental, modernizando-se, reinventando seus princípios, diretrizes e estratégias. Somente assim, estas permitirão lograr êxito no referido intento de integrar a saúde mental às demais áreas pertinentes ao desenvolvimento saudável de seres humanos - como, por exemplo, efetivando o acesso a políticas públicas que promovam a educação, lazer, trabalho, cultura, esporte, acesso à habitação, etc.

Contudo, há que se ter em mente que a própria Constituição traz que as normas referentes a direitos e garantias fundamentais têm aplicabilidade imediata - e, ao mesmo tempo, regulamenta questões de saúde com normas programáticas, demandando, portanto, a edição de normas adicionais que regulamentem a matéria e políticas públicas que as efetivem.

Desta feita, vale rememorar que a efetivação das políticas públicas sujeita-se à razoabilidade da demanda e da necessidade pública em saúde face às possibilidades orçamentárias do Estado.

Em tal panorama, vale mencionar que o Município de Curitiba conta com o Conselho Municipal de Saúde, cuja metade é composta por entidades de usuários dos serviços de saúde - e, em tal condição, por ocasião da III Conferência Municipal de Saúde Mental, referido ente colocou em pauta a efetivação de ideais expressamente promovidos pela Reforma Psiquiátrica - tais quais a necessidade de se observarem os preceitos de reinserção social, cuidados integrados, valorização das subjetividades, autonomia e tolerância. Resta óbvio que Curitiba tem uma rede extra hospitalar implementada e que intenta fazer com que a rede integrada de atenção à saúde mental atenda, de forma satisfatória, à demanda na área.

Assim, no que se refere especificamente à saúde, há que se ter um cuidado adicional com os posicionamentos considerados na configuração final da política a ser construída, operacionalizada e/ou implementada, avaliando seus resultados e reorientando-na conforme necessário. Devem-se aportar contribuições críticas das searas médico-jurídicas no sentido de estabelecer uma tutela mais humana das pessoas deprimidas, fornecendo-lhes a melhor prestação em saúde possível concomitantemente à manutenção da dignidade inerente à própria condição de pessoa humana.

E isso deve ser feito sem se perder de vista que a análise da observação dos preceitos constitucionais precisa considerar a realidade concreta e suas interferências na plena eficácia da norma. E, nesse sentido, resta claro que Curitiba vem paulatinamente empreendendo esforços em prol de lograr êxito em tal objetivo, estando, inclusive, à frente do restante do Paraná numa avaliação conduzida sob a ótica da Reforma.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**: 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, D. P. D.; FREIRE, C. **Política Nacional de Saúde**. São Paulo: Saraiva, 2015.

BERRIOS, G. E. Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 15, n. 3, set. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000300011>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

BOVO, F. A.; CARVALHO, R. R. de. (2017). A EFICÁCIA DO DIREITO À SAÚDE E O PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL. **REVISTA ESMAT**, 1(1), 113-139. Disponível em: <<https://doi.org/10.34060/reesmat.v1i1.177>>. Acesso em 21 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 247, 25 fev. 2002. Seção 1, p. 58.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº. 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: <www.saude.gov.br> e <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>, p. 9 e 10. Acesso em 04 abr. 2022.

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.

BRASIL. Notícias. Saúde. Investimento em Saúde Mental cresceu quase 200%. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/investimento-em-saude-mental-cresceu-quase-200>>. Acesso em: 27 fev. 2022.

CANUTO DE SENA, M. *et al.* Autonomia Civil das Pessoas com Transtorno Mental. **Revista de Direito e Medicina**, v.4, out/dez. 2019.

CAVALCANTI, A. M. *et al.* Noncommunicable diseases and their common risk factors in Curitiba, Brazil: results of a cross-sectional, population-based study. **Revista Panam Salud Publica**, v.42, n. 57, mai. 2018.

CIARLINI, A. L. D. A. S. **Série IDP - L. Pesq. Acad. - Direito à saúde**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CORDÁS, T. A.; EMILIO, M. S. **História da Melancolia**. Porto Alegre: Artmed, 2017. E-book. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=PRqYDQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

CURITIBA. Conselho Municipal de Saúde. Curitiba, 2022a. Disponível em: <<https://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/campanha-de-saude-mental/1278>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

CURITIBA. Conselho Municipal de Saúde. III Conferência Municipal de Saúde Mental. Curitiba, 2022b. Disponível em: <<https://saude.curitiba.pr.gov.br/cms/iii-conferencia-municipal-de-saude.html>> e <<https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/EIXO%20I%20-%20Cuidado%20em%20liberdade%20como%20garantia%20de%20direito%20e%20cidadania..pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Campanha de Saúde Mental. Curitiba, 2022c. Disponível em: <<https://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/campanha-de-saude-mental/1278>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

DESINSTITUTE. Saúde Mental em Dados: Acesse as edições eletrônicas de 2006 a 2015. Desinstitute, set. 2021. Disponível em: <<https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>>. Acesso em: 04 abr. 2022.

EDUCAÇÃO. CONHEÇA O BRASIL - POPULAÇÃO. Rio de Janeiro: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**, 2019. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html>>. Acesso em: 27 jan 2022.

FARAH, E. Medicamentos - facilidade social de aquisição, obrigação legal de idoneidade técnica e direito médico de sua eficácia curativa. **Revista do Instituto dos Advogados de São Paulo**, v. 29, jun. 2012.

FREITAS FILHO, R. (coord.). **Direito à saúde**: questões teóricas e a prática dos tribunais. São Paulo: Saraiva, 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental**. 1ª ed. Vitória, ES: 2018.

GAZIGNATO, E. C. S.; CASTRO E SILVA, C. R. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Rio de Janeiro: **Revista Saúde Debate**, v. 38, n. 101, p. 296-304, abr./jun. 2014.

GOMES CHAVES, M. A. **Políticas Públicas de Saúde Mental**: desafios para uma política humanizadora. 2019. 119 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Análise de Políticas Públicas) – Estadual Paulista, Franca (SP), 2019.

GONÇALVES FILIPPON, J. **Democracia e conquista**: saúde mental como política pública. 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2009.

IDP. B. D. D. P. **TEMAS FUNDAMENTAIS DO DIREITO CONSTITUCIONAL**. São Paulo: Saraiva, 2009.

LEÃO, A. **As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental**. 2006. 184 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2006.

LIMA, L. G. B., *et al.* Características de usuários com diagnóstico de Transtorno Depressivo atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 1-9, mar. 2020. Disponível em em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762020000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 mar. 2022.

MAKIYAMA, M. **Rede de cuidado em saúde mental em uma região de saúde do Paraná**. 2020. 141 f. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) – Universidade Estadual do Centro Oeste, Cascavel (PR), 2020.

MARINI, S. **Saúde mental e cidadania: ações e desafios da política pública de saúde mental do município de Maringá/PR**. 2012. 175 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá (PR), 2012.

MARTIN, D. *et al.* Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. **Revista Interface - comunicação, saúde, educação**, v. 16, n. 43, p. 855-99, out./dez. 2012.

MOTTA, C. C. L.; MORÉ, C. L. O. O.; SILVA NUNES, C. H. S. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 911-920, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação**. Genebra, 2005. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf>. Acesso em 21 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Depressão**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>>. Acesso em 21 jan. 2022.

PARANÁ. **Lei nº. 11.189, de 09 de novembro de 1995**. Dispões sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cidadãos com transtornos mentais. Legislação do Estado do Paraná, Curitiba, 09 de novembro de 1995. Disponível em: <<https://leisestaduais.com.br/pr/lei-ordinaria-n-11189-1995-parana-dispoe-sobre-condicoes-para-internacoes-em-hospitais-psiquiatricos-e-estabelecimentos-similares-de-cidadaos-com-transtornos-mentais>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

PIMENTA, P. R. L. As normas constitucionais programáticas e a reserva do possível. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, a, v. 49, p. 7-20, 2012.

QUIRINO DOS SANTOS, J. F.; NAKAMURA, E.; MARTIN, D. A compreensão da depressão na população pobre, uma ocorrência mais (fortemente) social do que uma doença (fracamente) clínica. Londrina: **Revista Mediações**, v. 12, n.1, p. 313-322, jan./jun/ 2007.

RAUTER, C., PEIXOTO, P. T. C. Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo. Maringá: **Revista Psicologia em estudo**, v. 14, n. 2, p. 267-275, abr./jun. 2009.

REALE, Miguel. **Filosofia do Direito**. 11^a ed. São Paulo: Saraiva, 1986.

RIBEIRO CANCELA, A. G. **Interface entre políticas públicas de saúde mental e economia solidária**. 2012. 142 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), 2012. Disponível em: <<http://repositorio.ufpa.br:8080/jspui/handle/2011/4309>>. Acesso em: 27 fev. 2022.

SANTOS, C. M. Visão sobre depressão sofreu transformações ao longo da história. **Jornal da USP**, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/?p=63223>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

STAROBINSKI, J. **A tinta da melancolia**: uma história cultural da tristeza. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. E-book. Disponível em: <<https://www.companhiadasletras.com.br/detalhe.php?codigo=13537>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

STIVAL, A. P. C. **Ações de saúde mental na atenção primária à saúde**: perspectivas para a enfermagem. 2019. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia (GO), 2019.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE. In: DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. Rio de Janeiro: **Fundação Oswaldo Cruz**, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html>>. Acesso em: 27 jan 2022.

WADI, Y. M; CASAGRANDE, A. B. Os primeiros anos do Hospital Colônia Adauto Botelho: em busca de uma instituição modelar (Paraná, 1954-1958). In: **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História (ANPUH)**, São Paulo: ANPUH, 2011, p. 1. Disponível em: <http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300305291_ARQUIVO_ST58-ArtigoYonissa-Attiliana.pdf>. Acesso em: 27 fev 2022.

MARINI, S. **Saúde mental e cidadania**: ações e desafios da política pública de saúde mental do município de Maringá/PR. 2012. 175 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá (PR), 2012.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2017.

ZIZLER, R. L. Violações de direitos humanos na história do Brasil. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 24, n. 5772, 21 abr. 2019. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/67093/violacoes-de-direitos-humanos-na-historia-da-psiquiatria-no-brasil>>. Acesso em: 27 out. 2021.