



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E TECNOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E DIREITOS
HUMANOS

JULIANA DOMINGUES

**A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NAS CIDADES
GÊMEAS DE FOZ DO IGUAÇU (BR) E CIUDAD DEL ESTE (PY).**

Pelotas

2018

JULIANA DOMINGUES

**A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NAS CIDADES
GÊMEAS DE FOZ DO IGUAÇU (BR) E CIUDAD DEL ESTE (PY).**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Política Social e Direitos Humanos pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Católica de Pelotas.

Orientador: Profa. Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira

Pelotas

2018

D671i Domingues, Juliana
A implementação da Política de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad del Este (PY). / Juliana Domingues. – Pelotas: UCPEL, 2018.
287 f.

Tese (doutorado) – Universidade Católica de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos, Pelotas, BR-RS, 2018. Orientadora: Vera Maria Ribeiro Nogueira.

1. saúde mental. 2. implementação. 3. Política de Saúde Mental. 4. cidades gêmeas. I. Nogueira, Vera Maria Ribeiro, or. II. Título.

CDD 361

JULIANA DOMINGUES

**A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NAS CIDADES
GÊMEAS DE FOZ DO IGUAÇU (BR) E CIUDAD DEL ESTE (PY).**

Tese apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Doutor em
Política Social e Direitos Humanos pelo
Programa de Pós-Graduação da
Universidade Católica de Pelotas.

Aprovada em: 14 de março de 2018.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira (UCPel)
Orientadora

Profa. Dra. Mara Rosange Acosta Medeiros (UCPel)

Profa. Dra. Maria Geusina da Silva (UNILA)

Profa. Dra. Beatriz Fernández Castrillo (UDELAR)

Dedico essa Tese a minha amada mãe, Odair Mendes Domingues, que sempre mostrou a via do conhecimento para o alcance do meu protagonismo e independência, sem nunca medir esforços para criar as condições para tal realização, em todas as etapas da vida. Seu amor, exemplo, força e determinação são tesouros que carrego dentro e mim e fazem com que eu não desista dos meus sonhos. Nunca será possível retribuir sua dedicação, mas fica registrado aqui nesse trabalho a minha tentativa em fazê-lo.

“[...] as decisões permanecem como intenções, a menos que sejam desenvolvidas as ações capazes de transformá-las em intervenção da realidade” (RUA; ROMANINI, 2013, p. 04).

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial a minha mãe que sempre me encorajou a estudar e aos meus filhos que participaram de todo o processo para a conclusão desse trabalho. Sei o quanto foi difícil para vocês morarem sozinhos para que eu pudesse frequentar as aulas do doutorado, e mesmo no meu retorno, a tensão com o cumprimento do prazo e demais compromissos do dia a dia por vezes colocaram obstáculos para ficarmos mais próximos. Mallú e Rafael, eu não me canso de agradecer por ter sido escolhida para ser a mãe de vocês e por serem essas pessoas maravilhosas, que a seu jeito, me estimulam, me ensinam, me motivam, me cuidam e me amam. Deixo registrado meu eterno agradecimento aos dois. Esse trabalho representa não só uma conquista pessoal e profissional, mas uma vitória familiar, que nos permitirá a realização de muitos dos nossos sonhos.

À Professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira pela confiança, acolhimento, orientação e afeto com que conduziu todo o processo de aprendizado. Nenhuma palavra seria suficiente para lhe dizer o quanto sou grata e tenho aprendido com a senhora nas aulas, nas pesquisas, nas conversas informais e pela vida afora. Meu exemplo de profissional tem nome: Vera Maria Ribeiro Nogueira.

À minha irmã, amiga, parceira de vida e trabalho, Profa. Dra. Maria Geusina da Silva. É uma honra poder usar todos esses adjetivos para poder te nominar, pois eu tenho certeza que eu não teria sequer chegado ao doutorado sem a sua motivação, exemplo, apoio e orientação. Não sei se algum dia eu serei capaz de retribuir toda a confiança que você me depositou, mas prometo estar ao seu lado em todas as batalhas (necessárias), nas suas alegrias (que sejam muitas), como um ombro amigo nas suas tristezas (que sejam poucas) e lado a lado (para sempre) na sua vida, em qualquer situação. Agradeço, e muito o privilégio de sua amizade e companheirismo. A forma responsável, ética, justa, amorosa e responsável com que você conduz a sua vida profissional, sempre estudando e atualizando o referencial teórico são para mim modelo de identidade profissional. Nossa parceria é de vida, de profissão e de amor, e assim será nessa e em outras vidas.

Àos professores que compõem a banca examinadora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira, Dra. Maria Geusina da Silva, Dra. Mara Rosange Medeiros e Dra. Beatriz Fernández Castrillo e todos os mestres que passaram pelo meu caminho!! Guardo

cada um na minha memória e no meu coração com um grande sentimento de gratidão.

Ào meu querido colegiado de Serviço Social da Uniamérica, o meu eterno agradecimento pela sorte e privilégio de ter vocês como parceiros profissionais e hoje de vida. Caroles, Elias, Roseane, Sueli e Geusina, muito obrigada por compartilhar amor, conhecimento, parceria e muito afeto. Vocês são parte da minha vida e da minha história e estão no meu coração para sempre

Àos colegas da Universidade Católica de Pelotas, em especial aos amigos Lenara, João, Jandira, Fabiane, Renan e Rosaura. Sem o acolhimento de vocês a vida teria sido muito mais difícil. Obrigada!

Aos companheiros da UNILA, em especial as alunas e assistentes de pesquisa Maria de Lourdes Echeguren e Stefani Quiñonez. Sem a contribuição de vocês nos diversos momentos da pesquisa, esse trabalho não poderia ser concluído. Talvez nunca seja capaz de expressar meu agradecimento e afeto em palavras, pela maneira responsável, ética e pontual com que vocês executaram as atividades designadas. Estarei para o que precisarem e prevejo um futuro profissional brilhante para as duas, o qual espero poder aplaudir e compartilhar a alegria de cada conquista. O meu muito obrigada também ao discente Filipe Silva Neri por toda a ajuda com a formatação da tese e pelo seu compromisso e dedicação com as demais atividades acadêmicas! Você vai longe menino!!

Ao meu namorado, amigo, companheiro de todos os momentos Ronaldo Menger, que entrou na minha vida já com a tese em andamento e sofreu todas as ausências e demais situações que esse momento peculiar trouxe para as nossas vidas. Apesar disso, sempre foi paciente, motivou, alegrou, cuidou e, principalmente, entendeu todas as vezes que de alguma maneira eu não pude responder a todo esse zelo. Obrigada!

RESUMO

A temática sobre saúde mental na atualidade vem ganhando destaque nas publicações elaboradas por organismos internacionais de saúde (OMS/OPAS), evidenciando, sobretudo na América Latina, o aumento dos transtornos psíquicos e no uso de substância psicoativa. Ao mesmo tempo vem denunciando uma rede de atenção em saúde mental insuficiente e de baixa resolutividade, além de cotidianas violações de direitos humanos, sendo reconhecida como um grave e crescente problema sanitário. Tal situação, no final dos anos 1980 levou a Organização Panamericana de Saúde a realizar um diagnóstico da assistência psiquiátrica em todo o continente, repercutindo na posterior convocação pela Organização Mundial de Saúde na Conferência de Reorientação na Assistência Psiquiátrica, realizada nos anos 1990. Resultante desse processo, a Declaração de Caracas tornou-se um marco na incorporação de um modelo de atenção em saúde mental de base comunitária, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com vistas a romper definitivamente no continente as histórias práticas manicomiais, segregadoras e estigmatizantes. Brasil e Paraguai integram o rol de países que se tornaram signatários e implementam suas Políticas Nacionais de Saúde Mental, nos anos de 2001 e 2011, respectivamente, assumindo em suas normativas legais a incorporação dos princípios e diretrizes do novo modelo de atenção em saúde mental. Sob tal ótica, essa tese tem por objetivo identificar e caracterizar o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, considerando a diferença temporal na institucionalização das políticas e o contexto diferenciado que assume a sua implantação em uma região localizada na faixa de fronteira do Brasil e Paraguai. De maneira a atingir os objetivos propostos, realizou-se uma ampla revisão de literatura sobre as temáticas que o envolvem e entrevistas com os agentes implementadores da Política de Saúde Mental, indicando que o processo de implementação nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este vem se consolidando de maneira gradativa através da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS no caso do Brasil e das Redes Integradas de Sistemas de Saúde/ Linha de Cuidados em Saúde Mental - RISS no Paraguai, apresentando similitudes e dissimilitudes nos seus processos de institucionalização.

Palavras Chaves: Saúde Mental, Implementação, Política de Saúde Mental, Cidades Gêmeas.

ABSTRACT

The issue of mental health has been gaining prominence in publications produced by international health organizations (WHO / PAHO), highlighting the increase in psychiatric disorders and the use of psychoactive substance in Latin America. At the same time, it has denounced an insufficient and low-resolution mental health care network, in addition to daily human rights violations, and is recognized as a serious and growing health problem. This situation, in the late 1980s, led the Pan American Health Organization to make a diagnosis of psychiatric care throughout the continent, with repercussions on the subsequent convocation by the World Health Organization at the Conference on Reorientation in Psychiatric Care in the 1990s. the Caracas Declaration became a milestone in the incorporation of a model of community-based mental health care, with actions to promote, prevent, treat and rehabilitate, with a view to definitively breaking into the mainland the practical asylum, segregation and stigmatizers. Brazil and Paraguay integrate the role of countries that have become signatories and implement their National Mental Health Policies in 2001 and 2011 respectively, assuming in their legal norms the incorporation of the principles and guidelines of the new mental health care model. The purpose of this thesis is to identify and characterize the process of implementation of the National Mental Health Policy in the twin cities of Foz do Iguaçu and Ciudad del Este, considering the temporal difference in the institutionalization of policies and the differentiated context that assumes its implantation in a region located in the border strip of Brazil and Paraguay. In order to reach the proposed objectives, a wide bibliographic review was carried out on the themes that involve it and interviews with the agents implementing the Mental Health Policy, indicating that the implementation process in the twin cities of Foz do Iguaçu and Ciudad del Este has gradually consolidated itself through the Network of Psychosocial Care - RAPS in the case of Brazil and the Integrated Networks of Health Systems / Mental Health Care Line - RISS in Paraguay, presenting similarities and dissimilarities in its processes of institutionalization.

Keywords: Mental Health, Implementation, Mental Health Policy, Twin Cities.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - RIS: Redes Integradas de Sistemas de Saúde – Linha de Cuidados em Saúde Mental.	38
Quadro 2 - RAPS: Redes de Atenção Psicossocial.....	40
Quadro 3 - Rede de Atenção Psicossocial – Raps (estrutura organizacional)	130

LISTA DE SIGLAS

AFAPASAM	Associação de Familiares, Amigos e Pacientes de Saúde Mental
ALADI	Associação Latino-Americana de Integração
ALALC	Associação Latino-Americana de Livre Comércio
APS	Atenção Primária em Saúde
CAE	Centros Ambulatoriais de Especialidades
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
CCMASM	Comissão de Coordenação de Ministros de Assuntos Sociais do Mercosul
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e o Caribe
CFESS	Conselho Federal DE Serviço Social
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMC	Comissão do Mercado Comum
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DGEEC	Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
GM/MS	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
GTA	Grupo Técnico de Atenção
IDESF	Instituto de Desenvolvimento Econômico e Social das Fronteiras
ILPES	Instituto Latino-americano y del Caribe de Planificación Económica y Social
INAMPSI	Instituto Nacional Médico de Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPPDH	Instituto de Políticas Públicas e Direitos Humanos
IPS	Instituto de Previsión Social
MDRI	Mental Disability Ray Institute
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MS-BSB	Ministério da Saúde - Brasília
MSP Y BS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGS	Organização não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEAS	Plano Estratégico de Ação Social
PFDC	Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos
PIB	Produto Interno Bruto
PISAM	Plano Integrado de Saúde Mental
PNAH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
PNS	Política de Saúde
PTRC	Programas de Transferência de Renda Condicionada
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RISS	Rede Integrada de Serviços de Saúde Mental
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel Urgência
SAS	Sistema de Assistência à Saúde
SG	Secretário do Governo
SGT-18	Subgrupo de Trabalho 18
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEC	Tarifa Externa Comum
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UMA	Universidad Nacional de Asunción
UNESCO	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNICEF	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPS	Unidade de Participação Social
USF	Unidad de Salud de la Familia

WHO-AIMS World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems

Sumário

1. INTRODUÇÃO	16
2. A PROTEÇÃO E A POLÍTICA SOCIAL NA AMÉRICA LATINA E O DEBATE SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO	45
2.1 Proteção Social na América Latina: cenário atual e tendências.	45
2.2 Política Social na América Latina: desenvolvimento e desafios contemporâneos.	56
2.3 A implementação de políticas públicas e sua relação com os Agentes Implementadores.	70
3. REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS DESDOBRAMENTOS NA AMÉRICA LATINA: A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E PARAGUAI.	91
3.1 Saúde Mental na América Latina: Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos em pauta.	91
3.2 Política de Saúde Mental no Brasil: do hospício a Rede de Atenção Psicossocial – Raps.	110
3.3 Política de Saúde Mental no Paraguai – Redes Integradas de Sistemas de Saúde – RISS e Linha de cuidado em saúde mental.	137
4. A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NAS CIDADES GÊMEAS DE FOZ DO IGUAÇU (BR) E CIUDAD DEL ESTE (PY).....	172
4.1. As simetrias e assimetrias do processo de implementação da Política de Saúde mental no Brasil e Paraguai e as convergências e divergências nos seus conteúdos.	173
4.2 As cidades gêmeas de Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad del Este (PY): a fronteira enquanto território vulnerável para o desenvolvimento de transtornos psíquicos e dependência química.	189
4.3 A Implementação das Políticas de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad del Este (PY).	203
4.3.1 A implementação da Rede de Atenção Psicossocial – Raps em Foz do Iguaçu (BR).	203
4.3.2 A implementação Redes Integradas de Sistemas de Saúde – RISS e a Linha de Cuidados em Saúde Mental em Ciudad del Este (PY).	231
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	254
REFERÊNCIAS.....	267

1. INTRODUÇÃO

A progressão dos transtornos mentais e o aumento no uso de substâncias psicoativas, especialmente entre jovens, em nível mundial vem sendo evidenciada com preocupação pela Organização Mundial de Saúde, que enfatiza a necessidade da criação de sistemas de saúde que realizem ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas acometidas por essas enfermidades. A situação, na América Latina não destoa do cenário mundial e, o último Informe Regional sobre os Sistemas de Saúde Mental na América Latina e Caribe, realizado pela Organização Panamericana de Saúde-OPAS nos anos de 2013, aponta que os transtornos mentais correspondem a 22% da carga total de enfermidades do continente. Esta situação resulta em um impacto importante em termos de mortalidade, comorbidade e no desenvolvimento de deficiências e agravos associados como acidentes de trânsito, contaminação por HIV, violência intrafamiliar, entre outros (OPAS, 2013).

Esse quadro se potencializa no cenário latino-americano, considerando que a região, resguardadas as particularidades de cada país, tem como características predominantes as alarmantes estatísticas de violência; criminalidade; narcotráfico; violência de gênero; baixos níveis de educação; corrupção; o desemprego; subemprego; exploração do trabalho infantil e outras manifestações da “questão social¹”. Agrava este cenário o fato de ser considerada um dos continentes com maior desigualdade social no mundo (OPAS,2013).

O desenvolvimento de transtorno psíquico e da dependência química estão fortemente associados às más condições de vida, necessidades e iniquidades de saúde da população. Este grave cenário de situações sociais degradantes, aliado a progressão dos transtornos psíquicos e o aumento no uso/abuso de drogas e álcool, se constitui em um grave problema sanitário e vem demandando dos sistemas de saúde ações para o seu enfrentamento, considerando que “[...] apesar de la magnitud de la carga que representan los transtornos mentales y neurológicos, la brecha del tratamiento es abrumadora” (OPAS, 2013, p. 04).

¹ O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais colectiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 1999, P. 27).

Os sistemas de proteção social² na América Latina são insuficientes para atender as necessidades da população, estando associadas a outros fatores, que envolvem a histórica relação de exploração que sofrem os países desse continente pelos considerados países capitalistas desenvolvidos (NETTO,2007). As reformas³ dos Estados nacionais realizadas, a partir do final dos anos 1980 na quase totalidade dos países da América Latina, adotando a lógica liberal para o reajuste estrutural de suas economias, tornam mais grave o quadro existente. Tal situação ocorre devido ao corte de investimentos em custeio e investimentos do setor público, sendo a área social a mais fragilizada.

As Reformas acabam, assim, por aprofundar ainda mais a desigualdade social, impactando negativamente em todo sistema de proteção social do continente latino-americano e, conseqüentemente na precarização das condições de vida, trabalho e saúde da população. Segundo TAVARES (1993).

[...] perdem identidade e a concepção de cidadania se restringe; aprofunda-se a separação público-privado e a reprodução social é inteiramente devolvida para esse último âmbito; a legislação trabalhista evolui para uma maior mercantilização (e, portanto desproteção) da força de trabalho; a legitimização do Estado se reduz à ampliação do assistencialismo” (p.13).

NETTO (2007) chama de *desastre social* as conseqüências sociais-econômicas, políticas e ideológicas resultante desse cenário, sendo as políticas sociais, as mais afetadas pelos processos de desfinanceirização, despolitização, focalização e fragmentação. Evidencia ainda que a concentração e centralização formada por grupos monopolistas, constituem uma “nova oligarquia, concentradora de um enorme poder econômico e político” (p.157), que acaba por definir, restringir, ou cercear os rumos da garantia dos direitos através das políticas públicas.

² [...] chamo de sistemas de *proteção social* as formas – às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas – que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio e as privações. Incluo nesse conceito, também as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto de bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas, na vida social. Incluo, ainda, os princípios reguladores e as normas que, com o intuito da proteção, fazem parte da vida das coletividades. (DI GIOVANNI, 1998, p. 10)

³ Este processo de verdadeiro “recorte” dos recursos que financiam programas estatais na área social tem sido visto como um fenômeno natural e/ou necessário (de modernização estatal), dada a dita crise fiscal e a ineficiência do Estado, mas que tem sido acompanhada de um crescimento da intervenção da sociedade civil nessa área. Tem sido visto, portanto, como um processo de “passagem” da intervenção estatal para a intervenção comunitária na área social (MONTAÑO, 2007, p. 222).

No caso da atenção à saúde mental, essa situação é ainda mais crítica, tanto com relação a progressão dos transtornos psíquicos, quanto a histórica estigmatização e segregação das pessoas com esse quadro de saúde, potencializadas pelo modelo de tratamento manicomial historicamente empregado, cuja característica principal é a internação de longa permanência, acompanhada de práticas cotidianas de violação de direitos humanos. No final dos anos 1980, a situação era tão grave, que a Organização Panamericana de Saúde realizou um estudo para diagnosticar a situação da atenção em saúde mental no continente latino-americano.

O estudo revelou uma situação caótica na assistência psiquiátrica, identificando inúmeros casos de violação de direitos humanos na maioria do continente, levando a Organização Mundial de Saúde, em parceria com a Organização Panamericana de Saúde, a convocar todos os países da América Latina para a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas, nos anos 1990.

A Conferência acabou se tornando um marco para a proposição de novas práticas assentadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica Mundial, com a emissão da Declaração de Caracas, firmada pela maioria dos países do continente latino-americano em 1990. Os países signatários se propõem a executar drásticas mudanças na atenção em saúde mental, constituindo leis e políticas que possibilitem a implementação de uma rede comunitária de serviços de assistência em saúde mental, em substituição ao modelo hospitalocêntrico, com vistas a garantir a proteção dos direitos humanos, a progressiva reinserção comunitária, familiar e social dos institucionalizados nos hospícios e manicômios, assim como promover capacitação contínua dos trabalhadores da área, oferecendo atenção integral aos usuários e acompanhamento social e terapêutico aos familiares, ficando expressamente proibidas as internações com características asilares (OMS, OPAS, 1990).

Brasil e Paraguai participaram da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina e se tornam signatários da Declaração de Caracas, comprometendo-se a implementar nos respectivos países, as novas propostas na assistência em saúde mental. Sob tais parâmetros, esse estudo busca identificar como esse reordenamento na assistência psiquiátrica vem sendo implementado nas Políticas Nacionais de Saúde do Brasil e

Paraguai, em seus diferentes momentos de institucionalização (identificação do problema, incorporação na agenda, formulação, implementação e avaliação), mais particularmente no momento de implementação em nível local, detendo-se no processo de implantação dessa política nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, apresentando a trajetória de assistência psiquiátrica desde as primeiras ações em saúde mental até o contexto atual na organização da rede de atendimento mental. Parte-se do princípio que existem simetrias e assimetrias, assim como convergências e divergências nesse processo.

A localização geográfica do estudo é um dos elementos definidores da pesquisa, visto que a fronteira se apresenta como um dinâmico e complexo modo de organização social, ultrapassando limites geográficos e se conformando como um espaço de análise que integra diversos fenômenos sociais, econômicos e culturais, portanto devendo ser pensada a partir de suas especificidades e particularidades que a caracterizam ao mesmo tempo como um lugar plural e único. (PEITER, 2003).

A fronteira Brasil-Paraguai, delimitada pelos municípios de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este reflete uma realidade cotidiana apreendida por particularidades distintas influenciadas pela organização do espaço, base econômica e fluxo inter/trans fronteira que proporcionam características particulares e a formação de uma identidade cultural e fronteiriça (MULLER, 2005).

O trânsito de estrangeiros sempre foi livre e constante entre as cidades vizinhas da fronteira, Foz do Iguaçu, Ciudad del Este e Puerto Iguazú. Assim, observamos que nessa fronteira as inter-relações culturais, econômicas, sociais e políticas não poderiam ser senão de tal frequência e intensidade que costumes, experiências, gostos, moedas, e língua se intercambiavam e se misturavam, num hibridismo digno de uma mini babel do século XXI. Ou quem sabe uma reedição tardia da tradição do século XIX, num espaço de fronteira onde de fato a fronteira inexistia, onde tudo é possível, desde transitar, até engajar-se no mercado de trabalho, passando por usufruir e transmitir diversas culturas” (CATTÁ, 2002, p. 28).

Dois outros fatores ocorridos na década de 1960, aproximam ainda mais a relação entre as cidades gêmeas, o primeiro com a construção da Ponte da Amizade, ligando o Brasil ao Paraguai, interligando as cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, ampliando a mobilidade no fluxo inter/trans fronteira e impulsionando o desenvolvimento do turismo de compras, atualmente considerado o maior centro de comércio popular da América Latina. Outro marco relevante para a

integração da região, foi a construção de uma das maiores usinas geradoras de energia, a Hidrelétrica de Itaipu, realizada a partir de uma parceria estabelecida entre o governo brasileiro e paraguaio.

Outra dimensão da integração produtiva entre Paraguai e Brasil está nas políticas econômicas de geração de energia. O comércio bilateral de produção energética é um processo complexo que envolvem a formação de arranjos técnicos e comerciais, assim como diferentes procedimentos operacionais e regras de comercialização. A integração territorial do mercado energético entre Brasil e Paraguai está materializada na hidroelétrica binacional de Itaipu, construída através de uma parceria entre ambos os países. O Brasil, devido à sua posição geográfica e também por possuir uma área continental, dimensão demográfica, densidade e complexidade da estrutura econômica e do setor elétrico, pôde desempenhar um duplo papel de catalisador e lastro do processo de integração energética na América do Sul (CASTRO, 2014, p.115).

A fronteira entre Brasil e Paraguai não se caracteriza somente através de relações comerciais, econômicas e políticas, como também é espaço de interação entre as mais de 72 etnias que vivem na região, decorrentes em grande parte da política migratória desenvolvida pelo Paraguai a partir da metade do século XIX (SOUCHAUD, 2011). A região caracteriza-se ainda por ser palco de múltiplos problemas de ordem social, como o alto índice de trabalho infantil realizado nas imediações da Ponte da Amizade, envolvimento e assassinato de jovens cooptados pelo narcotráfico, precarização das condições de trabalho devido especialmente ao intenso trabalho informal como transportador de mercadorias ou vendedor ambulante e várias outras situações decorrentes dos processos de constituição desse espaço transfronteiriço.

[...] a região também é uma região-fonte de problemas para as nações que nela estão envolvidas. Ao mesmo tempo em que possui comércio e turismo intensos, a área apresenta muitos agravantes em relação ao tráfico, em suas várias ramificações (de armas, de drogas, de seres humanos e de bens); a pirataria e a venda de contrabandos que são elementos de destaque e motivo de transtornos para as autoridades dos países envolvidos e o terrorismo, tendo em vista que a região é classificada como uma área propícia para o estabelecimento de grupos ligados a esse tipo de atividade – pois, a lei não é aplicada de maneira efetiva, e, quando aplicada, não há uma devida fiscalização de seu cumprimento; além da perceptível existência, em abundância, de atividades consideradas ilícitas (LOPES; SANTOS, 2017, p. 03).

Esse conjunto de particularidades que caracterizam as cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este impactam diretamente na saúde mental da

população residente configurando-se em um espaço de grande vulnerabilidade social. Esta vulnerabilidade concorre, tanto para o desenvolvimento de transtornos psíquicos, quanto para o uso abusivo de substância química, atribuindo aos sistemas de saúde locais, de forma isolada ou conjunta a responsabilidade pela criação de uma rede de atenção em saúde mental que atenda às necessidades da população que vive nessa zona de fronteira.

O reconhecimento das regiões de fronteira enquanto territórios diferenciados na produção e reprodução da vida social, conjuntamente a outros temas sociais de relevância nos processos de integração regional, fez emergir no Mercado Comum do Sul, - Mercosul, a necessidade de realização de pesquisas, acordo bilaterais e políticas que busquem dar respostas ao conjunto de demandas sociais nesses territórios. A criação do Mercosul, nos anos de 2001, se tornou um “[...] dos mais importantes movimentos de integração econômica e regional nas Américas” (GIOVANELLA, 2007, p. 43), com o objetivo de regulamentar a livre circulação de pessoas, mercadorias, serviços e capital em um mercado comum entre os primeiros países de sua composição: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

Inicialmente criado para facilitar e expandir as relações comerciais e econômicas entre os países participantes, inicia-se a preocupação com os temas sociais começam a despontar na agenda do MERCOSUL, e “[...] em 1997, a saúde passou a ser tratada em dois fóruns específicos do Mercosul: a reunião de ministros da saúde e o Subgrupo de Trabalho 11 saúde” (GIOVANELLA, 2007, p. 08). A importância de aprofundar o desenvolvimento dos temas sociais no Mercosul ganha impulsionamento com a criação, nos anos de 2007, do Instituto Social do Mercosul⁴, com sede em Assunção, no Paraguai. Tem a competência de favorecer tecnicamente a consolidação da dimensão social do Mercosul e, entre as suas funções específicas se destacam a colaboração técnica para a elaboração de projetos sociais regionais; a realização de estudos e pesquisas sobre políticas e programas sociais; a organização de encontros nacionais e internacionais sobre políticas sociais; a compilação das melhores experiências em matéria social; e o acompanhamento da situação social do bloco.

Paralelamente, a questão da integração regional e da emergência sobre a discussão de temas sociais no Mercosul, especialmente na área de saúde em

⁴Para saber mais: <http://www.mercosur.int/innovaportal/file/7125/1/las-cumbres-sociales-del-merc-sur-i-historia-y-acervo-portugues.pdf> Acesso em jan/2018

regiões de fronteira, passa a ser alvo de investigação de diversas áreas de conhecimento – Serviço Social, Geografia, Relações Internacionais e Saúde Pública, revelando a necessidade de ações conjuntas no controle dos agravos a saúde e na garantia do acesso à saúde na linha de fronteira, sobretudo na fronteira mais dinâmica do Brasil, constituída pelas cidades de Foz do Iguaçu (BR), Ciudad del Este (PY) e Puerto Iguazu (AR).

O debate da saúde na fronteira de Foz do Iguaçu (Brasil) com Ciudad Del Este (Paraguai) é permeado pela descaracterização, tanto a nível espacial quanto cultural, ocasionada pela sua posição singular de tríplice fronteira. Dotada de um intenso fluxo populacional inter/transfronteira, enquanto corredor turístico e comprista, essa região, pela ilusão da riqueza fácil, favorece a favelização nas áreas periféricas desta cidade brasileira, cerceamento dos direitos sociais aos brasileiros residentes no Paraguai, a especulação imobiliária, a criminalidade e o narcotráfico. Fatores que se agravaram devido ao constante afluxo de milhares de pessoas, tanto estrangeiras quanto brasileiras, em busca de melhores condições de vida e de trabalho (SILVA, 2006, p. 51)

Os resultados encontrados na pesquisa citada, e em outras pesquisadas pela autora, trazem à tona a temática da saúde em linhas de fronteira e revelam aspectos gerais dos sistemas de saúde locais, porém não evidenciam como esses processos se desdobram em políticas setoriais de atendimento, como por exemplo a atenção em saúde mental. O tema é tão pouco estudado que na revisão de literatura para elaboração desse estudo, a autora realizou uma ampla busca nos bancos de dissertações e teses e encontrou um único trabalho sobre a questão da saúde mental das cidades gêmeas de Ciudad del Este e Foz do Iguaçu, realizado há dez anos, não havendo nenhuma outra publicação mais atualizada sobre a implementação da política de saúde mental nesses locais.

A dissertação, intitulada A atenção em Saúde Mental na Região de Fronteira do Brasil com o Paraguai: políticas, redes de atenção e percepção de profissionais e gestores, foi apresentada no programa de Pós-Graduação do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina nos anos de 2007. A autora demonstrou que o modelo e a rede de atenção construída a partir dos anos de 2003, em Foz do Iguaçu incorporou os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, referendadas pela Declaração de Caracas, implementando uma rede de serviços comunitária em substituição do modelo hospitalocêntrico. Essa situação não se confirmou no país vizinho, que a época não havia incorporado as orientações para a reestruturação atenção em saúde mental na América Latina,

desenvolvendo ainda uma assistência centrada no modelo asilar medicamentoso (MARCA, 2007).

No Brasil, a Lei de Saúde Mental (Lei Federal 10.216/2001 de 06 de abril de 2001), foi aprovada de forma conjunta a Política Nacional de Saúde Mental nos anos de 2001 e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno psíquico, redirecionando o modelo de atenção em saúde mental, em consonância com a Declaração de Caracas. O sistema desenhado visa garantir o cuidado as pessoas com transtorno psíquico através da criação de uma rede de assistência em saúde mental de base comunitária em substituição ao modelo manicomial, proibindo a construção de novos hospitais psiquiátricos e promovendo a reintegração dos usuários internados em longa permanência ao convívio familiar e comunitário, a partir da criação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. A implementação da política se deu a partir da mobilização dos Movimentos de Reforma Sanitária e de Luta Antimanicomial, e foi elaborada com a participação de usuários, trabalhadores e familiares de pessoas com transtorno psíquico nos Encontros, Fóruns, Seminários e Conferências de Saúde Mental, ocorridas antes, durante e depois da institucionalização da política (DOMINGUES, 2005).

Desde a sua criação, a Política Nacional de Saúde Mental vem se ampliando em todos os níveis de atenção, incorporando novas ações e serviços de forma a atender de forma integral as demandas da população usuária. A mais recente alteração na assistência psiquiátrica, ocorreu nos anos de 2010, no âmbito da organização do Sistema Único de Saúde, com a implementação das Redes de Atenção em Saúde – Ras, sugerida pela Organização Panamericana de Saúde para promover a reforma da atenção básica de saúde nos países da América Latina (BRASIL, 2010).

As Redes de Atenção à Saúde – Ras são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, “[...] de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Nos anos de 2011, após a pactuação tripartite, foram priorizadas redes temáticas dentro da estrutura organizacional da Ras: Rede Cegonha, Rede de Atenção as Urgências e Emergência, Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência; Rede de Atenção as Doenças e Condições Crônicas e Rede de Atenção Psicossocial, sendo transpassadas pelos temas

qualificação e educação; informação; regulação, promoção e vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial – Raps é criada pela Portaria GM/MS nr. 3.088/2011 e preconiza o atendimento a pessoas com transtorno psíquico e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas. É constituída por sete componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. A portaria de criação e o Manual de Implementação das Raps indicam em cada nível de especialidade os equipamentos responsáveis pela prestação dos serviços e apresenta o detalhamento das ações a serem realizadas em cada um dos componentes da Raps.

Nos anos de 2013, o Ministério da Saúde abriu inscrições aos municípios interessados em receber uma consultoria para a implementação da Rede de Atenção Psicossocial. O reconhecimento da Rede de Atenção Psicossocial - Raps como uma área temática dentro da Rede de Atenção em Saúde pode ser considerado um passo importante no desenvolvimento e aprimoramento da assistência psiquiátrica no Brasil. Porém, a atual conjuntura do país, marcada por duros golpes a democracia, desde 2016, com a destituição da Presidenta, democraticamente eleita, vem gerando uma onda de retrocessos nas políticas sociais, repercutindo na assistência psiquiátrica. Foi aprovada no dia 14 de dezembro dos anos de 2017, pelo Ministério da Saúde a proposta que revoga os artigos 2º e 3º da Portaria 2.644, que tratam sobre o financiamento da rede hospitalar em saúde mental. De forma objetiva, essa mudança pode permitir o enfraquecimento da rede comunitária de atenção em saúde mental e fortalecer o retorno das internações psiquiátricas como primeira medida de intervenção.

O Paraguai implementou duas Políticas Nacionais de Saúde Mental, a primeira nos anos de 2002, elaborada por médicos, médicos psiquiatras e poucos profissionais de saúde, sem a participação de usuários e familiares das pessoas com enfermidade mental, e não chegou a promover mudanças importantes no modelo de atenção em saúde mental baseado, essa época em práticas hospitalocêntricas. A única referência de atenção especializada do país era o Hospital Psiquiátrico, localizado em Assunção, que chegou a ter 700 internos em regime de longa permanência. Nos anos de 2003, o Paraguai recebeu uma visita de observação da

Comissão Interamericana de Direitos Humanos – CIDH, ocasião em que várias irregularidades e violações de direitos humanos foram constatadas e amplamente publicizadas pelos meios de comunicação, levando o país a incluir o tema saúde mental na sua agenda de prioridades.

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos - CIDH, em decorrência das cotidianas violações de direitos humanos sofridas pelos internos no Hospital Psiquiátrico, aplicou ao Paraguai cinco intervenções desde os anos de 2003, sendo quatro medidas cautelares e um acordo para prorrogação do prazo de adequação da instituição. Ter sofrido essas sanções impulsionou o país a implementar uma nova Política de Saúde Mental, que começou a ser pensada nos anos de 2009, a partir do estabelecimento do primeiro Termo de Cooperação Técnica com o Brasil, para conhecer a Política de Saúde Mental. Concomitantemente, foram realizados três Fóruns Regionais, e pela primeira vez foi oportunizada a participação de outros segmentos sociais que não só os profissionais de saúde, sobretudo médicos psiquiatras.

Se realizaron en el año 2009 tres Foros Regionales de los que participaron profesionales de salud mental, miembros de la sociedad civil, universidades, municipalidades, gobernaciones, asociación de familiares y voluntarios de salud mental: Primer Foro Regional realizado en la ciudad de Pedro Juan Caballero, en fecha 6 y 7 de Mayo de 2009 del que participaron 93 personas. Segundo Foro Regional realizado en la ciudad de San Juan Bautista, Misiones, en fecha 27 y 28 de Mayo de 2009, con la participación de 72 personas. Tercer Foro Regional realizado en la ciudad de Coronel Oviedo, en fecha 1 y 2 de Junio de 2009, participaron 82 personas (PARAGUAY, 2011, p. 17)

A partir do compromisso do governo nacional paraguaio em desenvolver Políticas Públicas para a Qualidade de Vida e Saúde com Equidade, a Política Nacional de Saúde Mental, fundamentada nos princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação social, foi aprovada nos anos de 2011 com prazo de vigência até 2020, representa um marco na implementação da assistência psiquiátrica no país, refletindo as diretrizes da reorientação psiquiátrica, referendadas na Declaração de Caracas. A época de sua institucionalização o Paraguai também havia aderido à indicação da Organização Panamericana de Saúde sobre a reforma da rede de atenção primária e havia incorporando, nos anos de 2010, a lógica das Redes Integradas de Sistemas de Saúde – RISS no Sistema Nacional de Saúde do país (PARAGUAY, 2011).

As Redes Integradas de Serviços de Saúde – RISS, no Paraguai, estão conformadas em outras redes principais: Rede de Atenção Primária em Saúde; Rede de Atenção Especializada e Ambulatorial; Rede de Atenção de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Hospitalar e redes complementares: Rede de Apoio e Diagnóstico; Rede de Assistência Farmacêutica, Rede de Vigilância em Saúde e Rede de Reabilitação – Órteses e Próteses, além de um sistema de regulação médica, sistema de transporte e um sistema de informação. Embora não haja uma rede temática de saúde mental no ordenamento da RISS no Paraguai, a assistência em saúde mental está organizada em uma Linha de Cuidados em Saúde Mental prevista em sua estrutura organizativa, informando as ações e serviços a serem realizadas em cada nível de atenção na assistência psiquiátrica (PARAGUAY, 2011).

A Atenção Primária em Saúde, fica a cargo das equipes de Saúde da Família, que devem realizar ações educativas preventivas, assistenciais e de reabilitação em saúde mental. Na Atenção Especializada estão previstos a criação de Centros Comunitários de Saúde Mental, a cada quinze Equipes de Saúde da Família, preferencialmente anexo aos Centros Ambulatoriais de Especialidade. Existe ainda nesse eixo, a previsão da constituição de uma Equipe de Saúde Mental, composta minimamente por psicólogo, psicopedagogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou artesão, médico clínico e psiquiatra. Na Atenção de Urgência e Emergência é informado que todos os serviços do país estarão preparados para dar respostas aos problemas de saúde mental, existindo a previsão de um médico capacitado no Centro de Reguladores para orientar as situações psiquiátricas. Na assistência hospitalar, quando necessário, o usuário será internado em leitos de hospital geral ou distrital e ainda se registra a criação de *Hogares Sustitutos* (PARAGUAY, 2011).

De forma a orientar e capacitar os profissionais de saúde sobre essa reorientação na atenção em saúde mental, a gestão do Departamento de Saúde Mental do Ministério de Saúde e Bem-Estar do Paraguai, vem promovendo, desde 2011, Cursos de Capacitação, com duração de um ano, destinada aos profissionais da Equipe de Saúde da Família.

A apresentação, de forma bastante objetiva das Políticas Nacionais de Saúde Mental em vigência no Brasil e Paraguai indicam simetrias nas suas orientações, que tem como eixo central a incorporação das proposições da Reforma Psiquiátrica Mundial, ratificadas pelos países da América Latina na Declaração de Caracas, em

1990, com a previsão de ações que substituam progressivamente a internação psiquiátrica pelo tratamento ambulatorial com vistas a inclusão da pessoa com transtorno psíquico, através da abordagem comunitária de saúde mental, baseada no respeito aos direitos humanos, no trato humanizante e na participação social para a construção do exercício de cidadania das pessoas com enfermidade mental e/ou usuárias de substância psicoativa (DOMINGUES, 2017)

Ademais, a organização da assistência em saúde mental estruturada em redes por nível de atenção nos dois países também lhe confere uma similaridade, sobretudo com a realização dos Termos de Cooperação Técnica, realizados entre Brasil e Paraguai, nos anos de 2009 e 2011. A finalidade específica foi de, em um primeiro momento conhecer as boas práticas de saúde mental realizadas no Brasil, com a possibilidade de incorporá-las na implementação da Política de Saúde Mental do Paraguai, que a essa época estava em processo de construção. Novamente nos anos de 2011, com a Política de Saúde Mental já aprovada, realiza-se um novo Termo de Cooperação Técnica para verificar como ocorria a relação estabelecida entre a rede de atenção em saúde mental e as Equipes de Saúde da Família no território brasileiro (DOMINGUES, 2017).

É justamente este movimento, ou seja, a passagem da intenção política para a sua materialização que se centra a preocupação deste estudo, suscitando em indagações para a autora da tese: quais as simetrias e assimetrias nos processos de implementação da Política de Saúde Mental no Brasil e Paraguai? Em que aspectos os conteúdos das Políticas de Saúde Mental do Brasil e do Paraguai se convergem e divergem? Como se deu o processo de implementação das Políticas de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este? A rede de atenção em saúde mental das cidades gêmeas que vem sendo implementada está compatível com as indicações contidas nas Políticas Nacionais do Brasil e do Paraguai? A proximidade territorial aponta para algum desdobramento no campo de atenção em saúde mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este?

Na busca de respostas para os questionamentos levantados, formulou-se como objetivo geral da proposta de investigação identificar e caracterizar o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este. Com o objetivo de abordar o tema de maneira a evidenciar os complexos processos que o envolvem, desdobrou-se o objetivo geral nos seguintes objetivos específicos: a) Identificar as simetrias e assimetrias no

processo de implementação da Política Nacional de Saúde Mental do Brasil e Paraguai; b) Evidenciar as convergências e divergências nos conteúdos das Políticas de Saúde Mental nos países pesquisados; c) Analisar como está implementada a rede de saúde mental nas cidades gêmeas pesquisadas, considerando a diferença temporal de institucionalização da Política de Saúde Mental nos distintos países; d) Verificar a compatibilidade da rede de atenção em saúde mental nas cidades gêmeas em relação às Políticas Nacionais de Saúde Mental; e) Revelar os desdobramentos na rede de atenção em saúde mental devido à proximidade territorial das cidades gêmeas.

Considerando a diferença temporal entre a institucionalização das Políticas de Saúde Mental, no Brasil nos anos de 2001, e no Paraguai nos anos de 2011, e os distintos processos políticos, econômicos e sociais que caracterizam as suas histórias de desenvolvimento, nenhuma análise realizada se colocará de forma comparativa, muito pelo contrário, serão contextualizadas e respeitadas as distintas trajetórias de implementação das Políticas Nacionais de Saúde Mental, marcadas singularmente pelos processos políticos, econômicos, sociais e culturais.

A argumentação dessa proposta investigativa parte do suposto que o enfrentamento e o combate as iniquidades em saúde no campo da saúde mental na América Latina, e mais especialmente na região de faixa de fronteira do Brasil e Paraguai, sobretudo nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este decorrem de fatores diversos consubstanciados na assimetria e discrepância da oferta de serviços de saúde, ou seja, como são implementadas as políticas de saúde mental e também das condições de vida e trabalho da população. Em outros termos, a preocupação central e o eixo articulador do estudo se localizam em analisar como as políticas nacionais de saúde mental vêm sendo implementadas no sentido atender as demandas da população, em consonância com a sua previsão legal, concretizando em plano local as reformas aprovadas.

Em termos do agravamento da questão em análise, os estudos vêm evidenciando atualmente um crescente número de indivíduos na América Latina com transtorno psíquico e no uso/abuso de substâncias psicoativas, em uma conjuntura marcada a partir da desigualdade de capacidade de atenção instalada e qualidade dos serviços destinados aos portadores de transtorno psíquico e usuários de substância psicoativa, da ausência de capacitação dos trabalhadores e a práticas que remetem a processos de manutenção e reprodução de violações dos direitos

humanos, através das interações de longa permanência e maus tratos vivenciados cotidianamente aos internos (HERNANDEZ, 2007).

Na construção desse estudo, foram identificadas enormes dificuldades no acesso aos serviços de saúde mental dependendo de onde as pessoas vivem. Aproximadamente metade da população mundial vive em um país onde existe menos de um psiquiatra para cada 100 mil pessoas. Tal constatação é reforçada no Informe Regional sobre os Sistemas de Saúde Mental na América Latina e Caribe (2013) que destaca a falta de investimento na atenção especializada como fator preocupante, considerando o grande número de pessoas sofrendo de transtorno psíquico, que é de quase uma em cada 10 pessoas em todo o mundo.

Los estudios epidemiológicos realizados en el último decenio hacen patente la necesidad de un llamado a la acción. La carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa, lo cual provoca un alto grado de sufrimiento individual y social. En 1990, las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe. En 2002 esa carga había ascendido a 22,2% (1, 2). (OPAS, 2013, pag. 15)

Os dados estatísticos apontam a existência de um grande número de pessoas com transtorno psíquico e/ou dependentes de álcool e outras drogas no Brasil e Paraguai, e os prognósticos realizados pela Organização Pan Americana de Saúde prevê que nos próximos anos a tendência é que esses números continuem a crescer, o que já demanda e continuará a demandar serviços destinados a esses indivíduos. Essa evidência, coloca o tema dessa proposta como importante proposição a ser desenvolvida, visando produzir novos conhecimentos, uma vez que os estudos no campo da saúde mental “[...] han tenido muchas limitaciones en los países de América Latina y el Caribe, especialmente si se la compara con la producción científica alcanzada en los Estados Unidos de América y el Canadá” (OPAS, 2013, p. 10).

A saúde mental é um componente fundamental e inseparável da saúde em uma perspectiva de totalidade e está diretamente relacionado ao bem-estar pessoal, familiar e comunitário. Porém, muitas vezes é subestimada frente aos agravos da saúde física, haja vista a incipiente rede de serviços existentes; o reduzido número de profissionais especializados e as escassas produções científicas sobre o tema; destinação mínima de orçamento para a construção da rede comunitária de serviços;

perpetuação do modelo hospitalocêntrico em um considerável número de países latino-americanos, sendo que muitos desses sequer possuem uma Política Nacional de Saúde Mental (OPAS, 2013).

Em regiões de fronteira, os diversos e singulares fenômenos sociais, econômicos, políticos e culturais conformam “[...] áreas periféricas, que engendram desigualdades” (GIOVANELLA, 2007, p. 06), impactando diretamente nos modos de vida, repercutindo especialmente na saúde mental, apontando para a necessidade de uma rede de serviços que atenda às necessidades de saúde da população. Os estudos desenvolvidos nas regiões de fronteira tendo como foco a saúde vêm crescendo. Tornam-se ainda mais importantes produzir novas análises sobre a conjuntura atual, não só por constatar o aumento dos fluxos migratórios em todo o mundo, como também por desvelar quais os desdobramentos desse fato em diferentes aspectos; econômicos, políticos e sociais nesses territórios. Desdobrar essa temática e voltar a intencionalidade do estudo para a pesquisa da implementação da Política Nacional de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este pretende colaborar na construção de diagnóstico e na proposição de melhorias, considerando as particularidades dessa região.

[...] solo una minoría de las personas que requieren atención relacionada con la salud mental la reciben, a pesar del sufrimiento que los trastornos causan, la discapacidad que generan y el impacto emocional y económico que tienen en la familia y en la comunidad. A esta situación debe agregarse que generalmente los trastornos mentales afectan en mayor grado a las personas de los estratos socio-económicos más bajos, para quienes los servicios son más escasos. (OPAS, 2009, p. 12)

Enquanto no Brasil, identifica-se um grande número de publicações sobre o tema saúde mental e política de saúde mental, produzida por distintas áreas de conhecimento, verificou-se, através das consultas a acervos bibliográficos e digitais, que a produção de artigos, dissertações e teses produzidas no Paraguai sobre os mesmos temas é escassa, e quando encontrada é estritamente produzida por profissionais da área médica, de enfermagem e psicologia, o que também se constitui uma justificativa para a realização desse estudo realizado por um outro ângulo, que é do Serviço Social.

Nesse contexto, a parca produção de conhecimento sobre o tema: saúde mental e fronteira também justifica a relevância desse estudo, considerando que a autora encontrou diversas publicações sobre a política de saúde mental no Brasil;

apenas uma obra (MARCA, 2007) sobre a saúde mental na fronteira Brasil e no Paraguai nenhum estudo sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, após a sua institucionalização, no ano de 2011, naquele país.

A partir do exposto, pretende-se evidenciar e atualizar as informações do atual cenário sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Mental na região de fronteira de Foz do Iguaçu e Ciudad Del Este. Os achados da pesquisa podem servir de base para a construção de um diagnóstico atualizado sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, nas cidades gêmeas estudadas e propor melhorias na assistência em saúde mental nessa região.

A aproximação da autora com o objeto de estudo deu-se a partir da sua experiência profissional como trabalhadora de saúde mental por dez anos, antes mesmo da implementação dos CAPS, na cidade de Blumenau-SC. O assunto foi discutido no Trabalho de Conclusão de Curso nos anos de 2002 e foi tema da Dissertação de Mestrado em 2005, quando a pesquisadora se mudou para Foz do Iguaçu e passou a integrar a equipe de profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Álcool/Drogas- CAPSad. A experiência suscitou na investigadora, indagações, sobretudo em razão das particularidades da atenção em saúde mental na região de linha de fronteira, gerando motivação para a realização dessa pesquisa.

Em termos metodológicos essa tese se desenvolveu a partir da abordagem qualitativa em saúde referenciada por MINAYO (1993) apontando que o debate qualitativo na área da saúde, tanto no campo teórico quanto no campo metodológico, é operacionalizado pela apreensão da totalidade dos fenômenos socioeconômicos, políticos e ideológicos que a envolvem e a determinam. Afirma a autora que o campo da saúde constitui uma realidade complexa demandando saberes distintos e integrados e colocando, de forma imediata, o problema da intervenção.

A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pelas quais as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados (MINAYO, 1993, p.15).

Desta forma, a abordagem qualitativa revela que a saúde envolve e é envolvida pelo conjunto das relações sociais na produção e reprodução da vida

social, tornando-se, seguramente, a abordagem apropriada para análise e interpretação dos processos sociais transversos na implantação das Políticas Nacionais de Saúde Mental no Brasil e Paraguai.

A escolha de tal abordagem permitiu a pesquisadora trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes presentes nos atores, ou denominados burocratas em nível de rua⁵, que implementam a política nos países pesquisados, articulados à dinâmica societária mais ampla e correlacionando-os aos processos e fenômenos relativos a atenção em saúde mental, materializadas nas Políticas Nacionais de Saúde Mental do Brasil e Paraguai.

A guisa de compreender o objeto de estudo conferindo-lhe uma perspectiva de totalidade, permitindo a aproximação com o fenômeno a partir do contexto político, econômico, social e cultural, optou-se pela escolha do método crítico dialético marxista que foi determinante para desvelar a realidade, possibilitando apreender o real a partir de suas contradições e relações entre singularidade, particularidade e universalidade, criando condições para analisar o real a partir do seu desenvolvimento histórico, da sua gênese e desenvolvimento, captando as categorias mediadoras que possibilitam a sua apreensão na totalidade.

[...] na ótica marxiana, a questão dos pressupostos não é um problema meramente metodológico/epistemológico, mas uma problemática que articula questões relativas ao ser (natureza do ser social, categorias nodais do processo social) com outras relativas ao conhecer (possibilidade, natureza e alcance do conhecimento) (TONET, 2005, p. 77).

A partir do exposto, destaca-se que a adoção do método crítico dialético e suas categorias de análise veio ao encontro dos objetivos da pesquisa considerando que foi estudada a zona fronteira (fenômeno) como totalidade concreta, ou seja, um todo estruturado em desenvolvimento e considerou-se ainda que captar o real não significa, portanto, a apreensão de todos os fatos, mas um conjunto amplo de relações, particularidades e detalhes que são captados numa totalidade que é

⁵Estas burocracias possuem características específicas que os distinguem e os fazem, assim, um grupo analiticamente coeso para os estudos sobre práticas burocráticas, governança e políticas públicas. Alguns exemplos são: policiais, professores, agentes de saúde, assistentes sociais, agentes de fiscalização, entre outros. Michael Lipsky (1976) elucida que estes profissionais são uma espécie de representantes do Estado contemporâneo perante as pessoas, e por isso, são atores considerados estratégicos para a compreensão da realidade das políticas públicas atualmente” (FILHO, 2014, p. 47).

sempre uma totalidade de totalidades que permitirão a pesquisadora o alcance dos objetivos desse objeto de estudo, a partir do desvelamento das relações estabelecidas entre a gestão e os agentes implementadores; os limites e potencialidades da assistência psiquiátrica na região estudada; a integração das redes de atenção em saúde mental e demais processos que se colocam na implementação das Políticas de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este.

Na proposição desse estudo, considerando seus objetivos, optamos pela pesquisa descritiva, que permite ao pesquisador o registro detalhado das características de um grupo, bem como estimar a proporção de elementos presentes na análise de um fenômeno para verificar a existência de relação entre as variáveis. Para TRIVINOS (1987) a pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar de forma a garantir o maior número de dados para a análise. Para MATTAR (1993) as pesquisas descritivas, possuem objetivos bem definidos, os procedimentos são formais, as pesquisas são bem estruturadas e voltadas para a solução de problemas ou para a avaliação de alternativas de ações. Com relação a natureza, trata-se de uma pesquisa aplicada, considerando que objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos ao entendimento e contribuição teórica em dado campo de estudo. A pesquisa obedeceu a todos os critérios éticos requisitados para a sua realização previstos no CNS 196/96, sendo aprovada pelo Comitê de Ética.

O quadro teórico da tese foi construído a partir de uma revisão de literatura sobre os temas discutidos ao longo da exposição; proteção social, políticas públicas, implementação, reforma psiquiátrica, sistema de saúde e política de saúde mental no Brasil e Paraguai, além de estudos referentes as fronteiras como espaços territoriais diferenciados. A revisão de literatura é caracterizada pela análise de informações disponibilizadas por todos os estudos relevantes publicados por um determinado tema de forma a resumir o compor de conhecimento existente e levar a concluir sobre o assunto de interesse (COOPER, H.; HEDGES, L., 2009), permitindo a pesquisadora estabelecer o aprofundamento sobre os assuntos através de mediações, possibilitando a realização de reflexões apresentadas no decorrer da exposição.

No decorrer dessa etapa foram consultados autores reconhecidamente conceituados em todos os temas, através da consulta a livros, artigos e demais

publicações impressas e disponíveis on-line, além de ampla busca a bancos de dissertações e teses. Realizou-se ainda pesquisa documental nos sites do Ministério da Saúde do Brasil do Paraguai, para acessar os documentos e normativas governamentais sobre a composição dos sistemas de saúde e saúde mental nos dois países. Foram ainda acessadas publicações em jornais eletrônicos para atualizar informações sobre temas identificados no processo de elaboração da tese.

Tais processos no Paraguai foram parcialmente prejudicados, em razão de haver pouquíssimas obras sobre o tema saúde mental, publicadas em sua maioria por psiquiatras, tratando especificamente de temas afetos a profissão. Além dessa constatação, identificou-se no site do Ministério de Salud Publica e Bienestar do Paraguai a indisponibilidade de vários documentos sobre a assistência em saúde mental, como a primeira Política de Saúde Mental dos anos de 2002, que só obtivemos mediante a reprodução da cópia que uma das entrevistadas nos emprestou, assim como vários outros documentos que nos foram disponibilizados nessa mesma condição.

Na apreensão da dinâmica de institucionalização da Política de Saúde Mental no Brasil e Paraguai, utilizou-se como referência para a análise, as concepções mais atuais de *Policy Cycle*, desenvolvidas a partir das teorias de DYE (1984) e FREY (2000) cuja proposta remete a cinco momentos de ciclos de implementação, interligados, sucessivos e dinâmicos, divididos da seguinte forma: 1. Identificação do Problema; 2. Conformação da Agenda; 3. Formulação; 4. Implementação; 5. Avaliação da Política. A medida em que são apresentadas como essas etapas se desenvolveram em cada um dos países pesquisados, identificamos simetrias e assimetrias nesses processos, bem como convergências e divergências entre os conteúdos registrados nas políticas.

Esse incurso se fez necessário para compreendermos como essas políticas, particularmente na etapa de implementação, foram desenvolvidas em Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, sobretudo devido a dois fatores; o primeiro em razão de o Brasil e Paraguai se tornarem signatários da Declaração de Caracas, assumindo o compromisso de desenvolver uma rede de atenção em saúde mental comunitária; e o segundo pelo fato de o Paraguai ter estabelecido dois Termos de Cooperação Técnica com o Brasil para a formulação de sua Política Nacional de Saúde Mental. Essas características unificadoras, repercutiram diretamente no processo de

implementação, sendo constatadas a partir das entrevistas realizadas com os agentes implementadores nas cidades pesquisadas.

Sob tal lógica, a estrutura de análise utilizada para identificar e caracterizar a implementação das Políticas de Saúde Mental em nível local, nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, parte da proposta de avaliação de DI GIOVANNI (2009) que propõe uma “dupla *démarche*”; de um lado, a construção de tipos conceituais e, de outro, a construção de tipos históricos” (p.15). O autor enfatiza que a observação histórica das políticas públicas possibilita a identificação de elementos invariantes em todas elas, embora cada uma delas tenha ocorrido de maneira singular e única.

A partir dessa proposição o autor sinaliza que as estruturas elementares configuram uma estrutura de análise, sobretudo, com relação a implementação de políticas públicas, na qual o autor identifica quatro estruturas elementares pelos quais deve se percorrer ao proceder a análise.

- a) estrutura formal, composta pelos elementos “teoria, prática e resultados”;
- b) estrutura substantiva, composta pelos elementos: atores, interesses e regras;
- c) estrutura material, composta pelos elementos: financiamento, suportes, custos e;
- d) estrutura simbólica, composta pelos elementos: valores, saberes e linguagem (DI GIOVANNI, 2009, p. 18).

A estrutura de análise proposta pela autor permitiu responder aos objetivos desse estudo, de maneira a analisarmos a implementação da Política de Saúde Mental nas cidades gêmeas a partir do que ele chama de estrutura formal, na qual realizamos o estudo dos conteúdos legais, históricos e políticos que conformam as referidas políticas, especialmente no seu momento de implantação; na estrutura substantiva, a pesquisa identificou os atores e os interesses que perpassam a implementação das políticas de saúde mental na linha de fronteira e na sua estrutura material foram revelados como os sistemas de saúde vem sendo estruturados e financiados e, por fim o discurso dos entrevistados permitiu desvelar a estrutura simbólica de valores, saberes e linguagem dos gestores e trabalhadores de saúde mental em relação a implementação da política de saúde mental em Foz do Iguaçu e Ciudad del Este.

Além da revisão de literatura e pesquisa documental, a coleta de dados também compreendeu a pesquisa de campo, visto que são os atores políticos, os sujeitos que implementam e concretizam as diretrizes da Política de Saúde Mental

nos dois países. A técnica escolhida para a coleta de dados do trabalho de campo foi a entrevista semiestruturada, em razão de ser a que mais se aproxima de uma conversação, de um diálogo entre o entrevistador e o entrevistado.

A vantagem dessa técnica é que ela dá mais liberdade a pesquisa, considerando que existe flexibilidade para adaptações que podem ser ajustadas no decorrer da entrevista e suas principais características residem no fato de “[...] apoiar-se em teorias e hipóteses que se relacionam com o tema de pesquisa; descrever e explicar os fenômenos analisados e que o aluno/pesquisador seja atuante no processo de coleta de informações” (TRIVINOS, 1987, p. 146).

As entrevistas foram conduzidas por um roteiro com as principais questões de modo a permitir que sejam identificados os principais aspectos sobre o processo de implementação da Política de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este “[...] complementadas por outras questões inerentes as circunstâncias momentâneas a entrevista” (MANZINI, 1990, p. 154). Para o autor, a entrevista semi-estruturada guiada por um roteiro pode fazer emergir informações de forma mais livre, desvinculada de alternativas que possam ser sugeridas pelo instrumento de coleta de dados (roteiro), permitindo que os entrevistados sejam mais espontâneos.

A coleta de dados ocorreu de maneira bem distinta nas cidades gêmeas, devido as particularidades observadas na estrutura hierárquica dos sistemas locais de saúde de cada país e os diferentes processos de encaminhamento para a autorização e realização da coleta de dados nas cidades de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este.

No Paraguai, a primeira aproximação com os sujeitos da pesquisa se deu a partir do encontro com a Diretora Nacional de Saúde Mental, ocorrido no mês de setembro dos anos de 2017, em uma reunião do Grupo de Trabalho Saúde da Itaipu, realizado nas dependências do Parque Tecnológico de Itaipu. O contato inicial foi mediado por uma conselheira integrante do GT, e após o término do evento, a autora da tese apresentou a proposta de pesquisa e teve a oportunidade de realizar a primeira etapa da entrevista, mediante a leitura e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A gestora se mostrou muito interessada no estudo e contribuiu durante todo o processo de construção do trabalho, com indicação dos sujeitos chaves entrevistados em Ciudad del Este, bem como no repasse de diversos documentos

normativos da assistência em saúde mental que não estavam disponíveis on-line. A segunda etapa da entrevista ocorreu em um hotel em Ciudad del Este no dia 25 de outubro dos anos de 2017, quando lhe foi solicitado autorização formal para a realização da coleta de dados em Ciudad del Este. A gestora informou que relataria ao responsável da 10^a Região Sanitária da *Gobernación* de Alto Paraná sobre a importância da pesquisa, porém não poderia autorizá-la, cabendo a administração local tal feito.

No início do mês de novembro do ano de 2017, nos dirigimos a sede administrativa da 10^a Região Sanitária e apresentamos o projeto pesquisa para o gestor da atenção básica, que nos encaminhou para o Diretor-Geral de Saúde de Alto Paraná, nos sendo possível estabelecer o primeiro contato nesse mesmo dia. Nesta data foi lhe entregue a carta de apresentação da pesquisa e informado os objetivos, solicitando sua de autorização para realização da coleta de dados nos serviços de saúde e saúde mental em Ciudad del Este. O gestor entregou o documento de autorização no dia seguinte, porém foi nos entregue o mesmo documento de apresentação proposta de estudo, com carimbo e assinatura da sua secretária. Foi questionado a ela se não seria entregue um documento institucional, assinado pelo diretor e ela informou que não, bastando a carta de apresentação assinada por ela, que os profissionais permitiriam a realização da entrevista.

Tal situação trouxe dificuldades na coleta de dados da pesquisa, pois alguns profissionais não reconheceram o documento como instrumento de autorização. Esse acontecimento se somou a outros contratempos operacionais no decorrer da etapa de coleta de dados empíricos, como as longas e extenuantes horas na fila da Ponte da Amizade para atravessar de Foz do Iguaçu a Ciudad del Este, o não funcionamento do telefone e da internet para realizar contato para o agendamento das entrevistas e ainda a impossibilidade de usar o GPS para conseguir chegar aos serviços pesquisados, somados ao receio de alguns profissionais em realizar a entrevista e, em alguns momentos a dificuldade de compreender a língua espanhola no uso de termos locais ou técnicos.

As entrevistas foram realizadas durante todo o mês de novembro e início de dezembro e tomou-se como critério de escolha dos locais pesquisados, os serviços relacionados como referência na Política Nacional de Saúde Mental (2012-2020). De acordo com o conteúdo previsto na política, na atenção básica, as Unidades de Saúde da Família são as instituições responsáveis pela atenção em saúde mental e

identificou-se em Ciudad de Este a existência de catorze unidades. Todas foram visitadas, porém três delas não existiam no endereço informado no site da 10ª Região Sanitária do Alto Paraná e em duas delas o profissional não quis participar. Chamou a atenção no decorrer do processo de coleta de dados, que ao chegarmos aos equipamentos de saúde e informar sobre a realização da entrevista, inclusive esclarecendo que poderia ser realizada com qualquer profissional da equipe, os médicos (as), também coordenadores de todas as Unidades Básicas de Saúde era sempre quem recebia o pesquisador e os que em sua maioria realizaram a entrevista. Só houve três outras profissionais de saúde, duas enfermeiras e uma auxiliar de enfermagem realizaram a entrevista e assim mesmo unicamente porque o médico (a) não teria disponibilidade naquele momento e, a pedido dele (a) participaram.

Organizamos a tabela abaixo para dar visibilidade a composição da Linha de Cuidados em Saúde Mental previstas na Riss, e como ela está constituída em Ciudad del Este informando ainda o cargo ocupado pelo entrevistado na instituição. Foram realizadas ainda entrevistas no Clínica de Desintoxicação Programada e no Instituto de Previdência Social, não incluídos na relação abaixo por não comporem a Linha de Cuidados em Saúde Mental, prevista na Política de Saúde Mental.

Quadro 1 - RIS: Redes Integradas de Sistemas de Saúde – Linha de Cuidados em Saúde Mental.

<p>Atenção Primária</p>	<p>14 Unidades de Saúde da Família em Ciudad del Este; 03 não encontradas no endereço informado; 02 optaram em não realizar a entrevista. Entrevistados: 06 Médicos; 02 Enfermeiras 01 Aux. de Enfermagem</p>
<p>Atenção Especializada</p>	<p>Centro Comunitário de Saúde Mental (não existe o equipamento em Ciudad del Este); Centro Ambulatório de Especialidades (não existe o equipamento em Ciudad del Este); Ambulatório de Saúde Mental – não figura como um componente na linha de Cuidados em Saúde Mental da</p>

	Riss, porém é o serviço de referência em Saúde Mental de Ciudad del Este. (Psiquiatra).
Atenção de Urgência/Emergência	Centro Regulador (não existe o equipamento em Ciudad del Este).
Atenção Hospitalar	Hospital Regional (Psicóloga)

Fonte: DOMINGUES, 2018

Foram realizadas no total nove entrevistas nas Unidades de Saúde da Família de Ciudad del Este e, em quase todos os locais visitados, aguardamos a finalização dos atendimentos agendados para interlocução com os profissionais. Na atenção especializada, estão previstos os Centros Comunitários em Saúde Mental e o Centro Ambulatório de Especialidades, porém esses serviços não existem em Ciudad del Este, tendo sido entrevistado o profissional que atende no Ambulatório de Saúde Mental, que funciona anexo ao Hospital Regional, e é referência no atendimento psiquiátrico no município desde os anos de 1987.

Na atenção hospitalar, o Hospital Regional é a instituição de referência em Ciudad del Este, porém identificou-se que não existe atendimento em psiquiatria no Pronto Socorro e o Hospital não dispõe de leitos para internações psiquiátricas. Ainda assim, foi entrevistada uma profissional do hospital. Na atenção de Urgência/Emergência, não se identificou a existência de Centro Regulador, como também dos *Hogares Sustitutos*, espaços destinados a desinstitucionalização de internos de longa permanência em hospital psiquiátrico. Considerando que o Instituto de Previdência Social - IPS incorpora atendimento aos trabalhadores formais e realiza a atenção em saúde para esse segmento, também foi realizada entrevista nessa instituição. No total, foram realizadas quinze entrevistas em Ciudad del Este e, em todos os procedimentos foi inicialmente apresentado os aspectos gerais da pesquisa, seguido da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em Foz do Iguaçu, o processo de coleta de dados iniciou-se com a entrega na Secretaria de Saúde da carta de apresentação e solicitação de autorização para a realização das entrevistas, em meados do mês de novembro dos anos de 2017. Após dez dias, foi obtida a autorização, em papel timbrado, com a assinatura da

Secretária Municipal de Saúde e iniciados os contatos telefônicos para o agendamento das entrevistas. A coleta de dados ocorreu durante todo o mês de dezembro dos anos de 2017 e tentou-se contatar três sujeitos chaves que participaram das primeiras ações em saúde mental no município, porém apenas um deles teve disponibilidade para realizar a entrevista.

Utilizou-se o mesmo critério para a escolha de serviços referenciados na Política Nacional de Saúde Mental, por nível de atenção. Considerando que a Rede de Atenção Psicossocial – Raps, tem um grande número de serviços previstos na assistência em saúde mental, organizamos a tabela abaixo para dar maior visibilidade a estrutura atual de atenção em saúde mental de Foz do Iguaçu, indicando o cargo ocupado pelos entrevistados, destacando que também foi entrevistada a gestora municipal de saúde mental e uma profissional do Ambulatório de Saúde Mental, que não se constituiu como um componente da Raps.

Quadro 2 - RAPS: Redes de Atenção Psicossocial.

<p>Atenção Básica em Saúde</p>	<p>Unidade Básica de Saúde (Enfermeira) Núcleo de Apoio a Saúde da Família; (Coordenador) Consultório na Rua; (não existe o equipamento em Foz do Iguaçu) Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; (não existe o equipamento em Foz do Iguaçu) Centros de Convivência e Cultura (não existe o equipamento em Foz do Iguaçu)</p>
<p>Atenção Psicossocial Estratégica</p>	<p>Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades (Coordenadores de todos os CAPS)</p>
<p>Atenção de Urgência e Emergência</p>	<p>SAMU 192 (Enfermeira) Sala de Estabilização - (não existe o equipamento em Foz do Iguaçu) UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção a urgências e emergências/ pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde. (Coordenador)</p>
	<p>Unidades de Acolhimento para pessoas com</p>

Atenção Residencial de Caráter Transitório	necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; (não existe o equipamento em Foz do Iguaçu) •Serviço de Atenção em Regime Residencial (Comunidade Terapêuticas). (não existe o equipamento em Foz do Iguaçu)
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral; (Enfermeira) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (não existe o equipamento em Foz do Iguaçu)
Estratégia de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos; (não existe o equipamento em Foz do Iguaçu) Programa Volta para Casa. – Realizado pelo CAPSII, porém sem demanda de inclusão no Programa nesse momento
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; não realizado no município Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais – não realizado no município

Fonte: DOMINGUES, 2018.

Considerando a extensa rede de componentes existentes no município, definimos que as entrevistas seriam realizadas com pelo menos um profissional de cada serviço da Rede de Atenção Psicossocial, em todos os níveis de atenção. Na atenção básica, existem 24 Unidades Básicas de Saúde em Foz do Iguaçu e inicialmente entramos em contato com a coordenação geral desses serviços a fim de obter um panorama geral que incluísse informações sobre toda a rede de serviços. Não houve disponibilidade de tempo desse profissional, porém nos indicou uma Unidade Básica de Saúde que atualmente possui maior abrangência territorial e fluxo de atendimento da cidade. Atendendo a sua indicação procedemos a entrevista no serviço de saúde referenciado.

Ainda na atenção básica, existem três Núcleos de Apoio de Saúde da Família - NASF em Foz do Iguaçu e para a realização da pesquisa foi contatado o coordenador das três equipes, de modo a conhecer a atenção em saúde mental realizada em todos esses serviços. A mesma estratégia foi utilizada para entrevista na rede especializada, nas três Unidades de Pronto Atendimento – UPA, porém, o coordenador geral dos serviços não tinha disponibilidade e indicou um sujeito chave para entrevista em uma das UPAs. Nos outros componentes da Raps não houve necessidade desse cuidado, visto que nenhum dos outros serviços pesquisados existe em maior número no município de Foz do Iguaçu.

Na atenção básica em saúde foram realizadas pesquisas em uma Unidade Básica de Saúde – UBS com a Enfermeira e no Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF foi entrevistado o coordenador dos três equipamentos. Os demais serviços previstos nesse nível de atenção não existem no sistema de saúde local (Centros de Convivência e Cultura e Consultório de Rua). Na atenção especializada, foram entrevistados todos os coordenadores Centros de Atenção Psicossocial de Foz do Iguaçu – Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II; Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil – CAPSi e Centro de Atenção Álcool/Drogas – CAPS ad.

Na atenção de Urgência e Emergência, foram realizadas entrevistas com a Enfermeira do Serviço de Atenção Móvel de Urgência – SAMU e com um dos coordenadores de uma das três Unidades de Pronto Atendimento – UPA do município. No Pronto Socorro do Hospital Municipal, houve três tentativas de realizar a entrevista, sem sucesso, devido ao intenso movimento e demanda na Unidade e em Foz do Iguaçu não há Sala de Estabilização. Na atenção hospitalar, a entrevista foi realizada com a enfermeira unidade responsável pela ala psiquiátrica, porém a coleta foi prejudicada devido a falta de disponibilidade da profissional, que ficou de enviar os dados complementares via e-mail e não houve esse retorno. Não existe no município Serviço Hospitalar de Referência e as Estratégias de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial são realizadas em parte, pelos Centros de Atenção Psicossocial, com exceção dos Serviços Residenciais Terapêutico, que não existem em Foz do Iguaçu. Foi entrevistada também a atual gestora de saúde mental no município.

No total, foram realizadas onze entrevistas em Foz do Iguaçu e, em todos os procedimentos foi inicialmente apresentado a pesquisa, seguido da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. De forma a garantir que

os sujeitos que participaram da pesquisa não sejam identificados, optou-se por usar siglas para referenciar os relatos. Dessa forma, os sujeitos entrevistados no Paraguai, serão identificados pelas siglas PYS1, PYS2, PYS3 e assim sucessivamente, usando a mesma lógica no Brasil, BRS1, BRS2, BRS3. Todas as entrevistas, mediante autorização dos entrevistados foram gravadas e transcritas posteriormente em sua íntegra.

Na etapa de construção do Capítulo II, item 03, que trata da institucionalização da Política de Saúde Mental no Paraguai, identificou-se que não havia registro documental em algumas etapas do processo e o conteúdo faltante foi desenvolvido a partir de dados obtidos através de entrevistas com a Gestora Nacional de Saúde Mental do Paraguai, profissional que atua há mais de vinte anos como psiquiatra e gestora nessa área. As informações obtidas foram registradas seguindo a mesma metodologia para identificar os sujeitos participantes da pesquisa.

De maneira a oferecer subsídios para responder aos objetivos desse trabalho, percorreu-se uma trajetória teórica que buscou evidenciar os temas centrais e transversais que perpassam a discussão da implementação de políticas públicas, sobretudo, considerando as particularidades históricas e culturais na atenção em saúde mental. Nesse sentido, a estrutura do trabalho foi pensada em três capítulos assim organizados: 1) A proteção e a política social na América Latina e o debate sobre implementação; 2) Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos na América Latina: a institucionalização da Política de Saúde mental no Brasil e Paraguai e 3) A implementação da Política de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este.

No capítulo I, apresentaremos o desenvolvimento histórico e conceitual sobre a proteção social, evidenciando o cenário atual e as tendências no contexto latino-americano, destacando que as políticas sociais se tornam objeto de constante tensionamento entre a sociedade civil e o Estado. Apresentaremos ainda nesse capítulo as questões conceituais sobre a implementação, em especial a adotada como instrumento de análise da tese, o Ciclo de Políticas Públicas – *Policy Cycle*, constituído da identificação do problema; conformação na agenda; formulação; implementação e avaliação, relacionando-a com os agentes implementadores, sobretudo os denominados burocratas em nível de rua, destacando ainda como o poder discricionário se coloca como um importante elemento na implementação de políticas públicas.

No capítulo II apresentaremos uma incursão sobre a loucura e os modelos de tratamento historicamente adotados em âmbito mundial, tendo como marco na reorientação da assistência em saúde mental, a Reforma Psiquiátrica, ocorrida nos anos 1960, que buscou romper com a institucionalização, segregação e violação de direitos humanos das pessoas com enfermidades mentais. Após trinta anos, a América Latina incorpora os princípios da Reforma Psiquiátrica com a realização da Conferência para a Reorientação da Assistência Psiquiátrica, na qual os países signatários, entre esses, Brasil e Paraguai se comprometem a implementar uma rede comunitária de saúde mental, acabando com o modelo asilar-hospitalocêntrico. Com base nesses parâmetros, damos continuidade a exposição, apresentando como Brasil e Paraguai acolhem essa reorientação e as materializa nas suas respectivas Políticas Nacionais de Saúde Mental.

No capítulo III realizamos a análise da implementação das Políticas de Saúde Mental no Brasil e Paraguai, apontando suas simetrias e assimetrias no processo de institucionalização, evidenciando as convergências e divergências em seus conteúdos. Posteriormente apresentamos a caracterização da região do estudo, evidenciando o desenvolvimento histórico, as peculiaridades do espaço territorial e os processos de integração entre as cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, nos dando subsídio para revelar identificar, caracterizar e analisar a implementação da política de saúde mental nessas cidades, desde as primeiras ações, antes ainda da institucionalização das políticas nos países pesquisados, até sua atual estrutura e organização.

A luz dos dados obtidos no decorrer da pesquisa, a pesquisadora procurou apresentar ponderações acerca dos resultados do estudo a partir das suas apreensões e vivências desenvolvidas no processo de desenvolvimento da investigação. Desse modo, as considerações finais nos permitiram um retorno as questões da pesquisa, bem como o desenvolvimento de conclusões com relação aos objetivos propostos na realização da Tese em forma de síntese a partir da qual conclui suas análises sobre a Implementação da Política de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad del Este (PY).

2. A PROTEÇÃO E A POLÍTICA SOCIAL NA AMÉRICA LATINA E O DEBATE SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO

Considerando o objeto investigado, as Políticas Nacionais de Saúde Mental e suas complexas vinculações com as categorias apresentadas no enunciado do capítulo nesse primeiro ponto, apresenta-se o desenvolvimento histórico e conceitual de três temáticas: a proteção e a política social no contexto latino-americano e o debate sobre a implementação. No item sobre a proteção social, se evidencia a construção das formas de *bem-estar* desenvolvidas na América Latina, desde as primeiras iniciativas até a atualidade, destacando as tendências sobre os rumos dos sistemas de proteção social no continente.

Posteriormente realizamos apontamentos sobre a materialização da proteção social através de políticas públicas, considerando as distinções na processualidade do desenvolvimento em diferentes cenários e momentos históricos na América Latina. O debate também contempla a definição e distinção das políticas públicas e sociais, contextualizando seu desenvolvimento e revelando os desafios contemporâneos no que diz respeito às políticas sociais na América Latina.

Ao final da primeira parte oferecemos ao leitor uma síntese das produções teóricas sobre os diferentes modelos de desenho das políticas públicas, em especial o *Policy Cycle*, que prevê a implementação como uma de suas etapas no processo de construção da política pública, configurando-se a certo modo um aprofundamento da discussão sobre a implementação e a avaliação da implementação enquanto categoria mediadora, interativa e contínua dos processos que envolvem a política pública, incluindo e evidenciando na reflexão, a centralidade dos burocratas de rua em todos os estágios, em especial na sua relação com o processo de implementação.

2.1 Proteção Social na América Latina: cenário atual e tendências.

Com a institucionalização dos modernos sistemas de Proteção Social, de origem europeia, seja de cariz bismarckiano ou beveridgeano, os outros países do mundo, de uma maneira geral incorporaram seus fundamentos com maior ou menor proximidade da proposta inicial do *Welfare State*, no entanto, na América Latina, os sistemas de Proteção Social foram introduzidos de maneira muito particular, distinta

dos moldes que incidiram tanto no processo de reconhecimento da questão social quanto da regulamentação das suas medidas de enfrentamento.

Na América Latina, o início da implantação das medidas de Proteção Social, deu-se a partir das intensas transformações sofridas no âmbito político e de organização do trabalho, a partir do século XIX, sendo executadas singularmente nos países latino-americanos a partir de aspectos geopolíticos, de colonização e desenvolvimento político, econômico e social

A América é o segundo maior continente do Planeta, depois da Ásia e é dividida geograficamente em quatro partes: América do Sul, América Central, Antilhas e América do Norte. No entanto, o continente americano também pode ser dividido em América Anglo-saxônica e América Latina, sendo estabelecidas através do idioma e dos elementos históricos e culturais. As nações colonizadas por países cujo tronco linguístico é o germânico (inglês), pertencem à América Anglo-saxônica. A América Latina por sua vez, caracteriza-se por fazer referência aos países e dependências da América do Sul que foram colonizados por Portugal, Espanha e França, portanto, são países e dependências que tem como línguas oficiais o português, o espanhol e o francês (OLIC,1992).

Ao todo, existem vinte países latino-americanos: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela e duas dependências: Guiana Francesa e Porto Rico. A colonização, com vistas a exploração de riquezas minerais desenvolveram a agricultura latifundiária e a monocultura como bases da economia do período colonial, usando a mão de obra escrava de origem africana em quase todas as colônias, tomando a força as terras indígenas e impondo a cultura europeia aos nativos (OLIC, 1992).

Durante toda fase colonial ocorreram várias rebeliões e movimentos emancipacionistas foram reprimidos com violência. A independência dos países ocorreu de forma gradual, e, somente ao final do século XIX foram conquistadas, porém os problemas sociais ainda se colocam como um grande desafio a ser enfrentado.

A América Latina é uma área cujas características principais são a especificidade de sua colonização e a desigualdade econômica e social em proporções não encontradas em outras regiões do mundo. As

desigualdades econômicas e sociais observadas ao longo da história são expressões de um mesmo fenômeno, cuja compreensão requer a articulação de três aspectos específicos da América Latina: o aspecto cultural, os aspectos sociais resultantes do período da colonização e a forma de inserção econômica no contexto internacional (MENDONÇA, 2009, p.81).

Ainda que os sistemas de Proteção Social na América Latina tenham o início da sua implementação demarcada na década de 1820/1830, alguns países só foram desenvolver algum serviço de atenção às necessidades da população muitos anos depois. Nesse período, a partir de transformações no mundo do trabalho e alterações no modelo de importações⁶, o Estado passou a ter um papel central como agente modernizador e ator central no processo de desenvolvimento econômico e social (COSTA; FERREIRA, 2013).

Na América Latina, as primeiras ações na área do *Bem Estar* estavam orientadas para os setores urbanos e a cobertura destinada aos trabalhadores integrados no mercado formal de trabalho, apresentando características de estratificação no acesso, grau de cobertura limitada e baixa qualidade nos serviços.

A complexidade e a singularidade de cada país que compõe a América Latina, associada a elementos econômicos, culturais, étnicos, políticos e sociais imprimiu a cada região uma forma no desenvolvimento da construção dos serviços voltados às necessidades da população. De modo geral, diversos autores (MESA-LAGO, 1978; FILGUEIRA, 1997; FLEURY e MOLINA, 2002) concordam que a trajetória da Proteção Social na América Latina está relacionada com os diferentes modelos de desenvolvimento que foram historicamente implantados na região.

Estudos comparativos sobre os sistemas de Proteção Social nos países desenvolvidos realizados por esses autores com base na abordagem dos regimes de *Bem Estar*, permitiu conceituar tipologias⁷ para classificar os países em função de suas similaridades e diferenças. A tipologia proposta por ESPING-ANDERSEN (1991), ainda que seus estudos não tenham sido realizados no contexto das particularidades da América Latina, é obra de referência para diversos trabalhos no âmbito de estudos sobre os sistemas de Proteção Social na América Latina.

⁶ A perda de dinamismo do modelo de substituição de importações, em função da grave crise que atingiu os países da região a partir da década de 1970, abriu espaço para o terceiro período de desenvolvimento, marcado pela adoção de programas de ajuste estrutural na economia e pelo recuo da atuação do Estado na área social (VIANA; FONSECA; SILVA, 2017, p. 06)

⁷ A tipologia proposta por Esping-Andersen (1990) remete a uma forma de classificação a partir das diferentes formas de proteção social, resultantes da capacidade de mobilização dos trabalhadores.

Destacam-se na análise teórica da Proteção Social implementada na América Latina a produção de conhecimento desenvolvida por MESA_LAGO (1978), FLEURY e MOLINA (2002), FILGUEIRA (1997), FRANZONI (2007), CEPAL e CANTU (2015). Os primeiros quatro autores se baseiam nos regimes de *Bem Estar* consolidados durante o período de substituição de importações, já as classificações de, FRANZONI (2007), CEPAL e CANTU (2015), consideram as reformas implantadas nos períodos mais recentes.

Os estudos sobre Proteção Social na América Latina de MESA-LAGO (1978), FLEURY e MOLINA (2002) buscaram apresentar a estruturação desses sistemas nos diferentes países da América Latina do ponto de vista histórico temporal, classificando-os em *Pioneiros-alto*, *Intermediários* e *Tardio-baixo*.

O critério utilizado para esse agrupamento foi medido a partir do esforço que cada país realizou para estruturar suas políticas públicas. De acordo com o estudo de MESA-LAGO (1978) países como a Argentina, Brasil, Chile, Cuba e Uruguai despontam como países *pioneiros* por terem implementado sistemas previdenciários mais antigos, percentual mais elevado da população coberta, maiores níveis de contribuição sobre a folha de pagamentos, maior gasto social em relação ao PIB, maior proporção do gasto social destinado a aposentadorias, maior desequilíbrio financeiro, maior proporção de pensionistas em relação aos contribuintes, maior percentual de idosos na população e maior expectativa de vida ao nascer.

Os grupos denominados *intermediários* foram implementados em Costa Rica, Panamá, México Peru, Colômbia, Bolívia Equador e Venezuela e apresentam “[...] em sua dinâmica um baixo grau de cobertura, apesar de um grande quantitativo de gastos com saúde” (ANDRADE, 2012, p.27). Diferentemente dos países pioneiros, estes países não organizaram seu sistema de Proteção Social em decorrência do processo de industrialização e atendimento as necessidades do trabalhador, desenvolvendo a construção do sistema a partir de particularidades regionais. Foram implantados no decorrer da década de 1940, e com grande influência do Plano Beveridge e da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Por fim, os Países *Tardios –baixo*: República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicarágua, Honduras e Haiti implementaram seus sistemas de Proteção Social a partir da década de 1950, tendo como características “[...] o baixo grau de cobertura, sua dinâmica de territorial restrita a serviços altamente centralizados e geridos nas capitais desses países” (ANDRADE, 2012, p. 27).

Ao revisar a caracterização de MESA-LAGO (1978) quanto aos sistemas de Proteção Social na América Latina, MOLINA e FLEURY (2002) identificam que sua análise não consegue explicitar as diferentes formas de estruturação dos sistemas de Proteção Social, além de não conseguir evidenciar que o “[...] o modo de organização dos sistemas é pouco profunda devido a parca correlação aos pilares do Welfare States, Estado/Mercado/ Família” (MOLINA e FLEURY *apud* ANDRADE, 2012, p. 27). Apesar da superação quanto as análises de MESA-LAGO (1978), pesquisadores mais atuais do tema reconhecem a importância desse estudo inicial, especialmente no que diz respeito a identificação da estratificação como elemento presente na totalidade dos sistemas de Proteção Social na América Latina.

[...] Sin negar la importancia que el Estado, los partidos políticos u la burocracia han tenido en ciertos países y períodos históricos, considero a los grupos de presión como la fuerza más significativa, aquella que mejor y sistemáticamente explica el surgimiento y estratificación de la seguridad social a través de la historia de América Latina [...] (MESA-LAGO, *apud* FLEURY; MOLINA, 2002,p.14).

Para FILGUEIRA (2015) há quatro períodos que delimitam as diferentes características da Proteção Social no contexto latino-americano, que, por sua vez, vinculam-se a distintas etapas do processo de desenvolvimento nessa região:

[...] el Estado social minimalista del período exportador primario, el Estado social de base contributiva durante el modelo de sustitución de importaciones (MSI) y el giro al Estado social refractario y la incorporación del mercado en los asuntos sociales propio de la era del Consenso de Washington. Por último, en la actualidad se está desarrollando un cuarto momento del Estado social. Es un momento expansivo que combina criterios de necesidad, contribución y ciudadanía, y se imbrica con un modelo abierto y de orientación exportadora, pero con participación renovada del Estado (p.51)

A tipologia apresentada por FILGUEIRA (2015) classifica ainda os diferentes países latino-americanos levando em conta a extensão da Proteção Social em três grupos, considerando seus níveis de cobertura, variedade de benefícios, necessidade da população e a estratificação resultante. Dessa análise ele identifica o *universalismo estratificado*, caracterizado pela baixa cobertura de sistemas previdenciários, de saúde e *educação e compra de serviços sociais no mercado*, o *dual* implementado nos países com grande heterogeneidade territorial, apresentando sistemas mais e menos desenvolvidos a depender se sua localização e o

excludente, cuja característica central é o de prover proteção social aos trabalhadores formais e funcionários públicos.

FRANZONI (2007) avança na perspectiva comparada sobre os sistemas de Proteção Social na América Latina e, em seus estudos incorpora em suas análises as categorias *desfamiliarização*, *desmercadorização* e *mercadorização*, também utilizadas por ESPING-ANDERSEN nas suas obras. A autora agrupa essas categorias de análise em 18 países pesquisados e configura os regimes de *Bem Estar* em três grupos: *Estatal-Produtivista*, *Estatal Protecionista* e *Familiarista*. Em relação ao primeiro sistema, evidencia que o enfoque se direciona ao capital humano, no sentido de oportunizar o acesso a serviços de educação e saúde.

[...] existe una menor énfasis en la desmercantilización de la protección de riesgos (claramente, La seguridad social), estamos ante um régimen de bienestar estatal-productivista. El Estado interviene em aquellas áreas em que el mercado no resuelve o para aquella parte de La población para la cual el intercambio mercantil no es suficiente (FRANZONI, 2007, p. 24).

Esse regime de *Bem Estar* caracteriza-se essencialmente pelo direcionamento a funcionalidade do mercado e o alto grau de dependência da mercantilização. A cobertura estatal é focalizada nos pobres e maior financiamento da Proteção Social se dá de forma individual. Chile e Argentina, segundo FRANZONI (2007) comporiam os países aderentes a esse sistema.

O segundo regime proposto pela autora – *Estatal Protecionista*; caracteriza-se especialmente por apresentar um grau menor de desmercantilização do bem estar, com maior foco nos trabalhadores formais, sendo o financiamento do sistema realizado de forma mais coletiva, se encaixando nesse regime, segundo a autora, Brasil, Uruguai, Costa Rica e México adotam.

O terceiro e último grupo de países analisados por FRANZONI (2007) é o adotado pela Colômbia, Equador, El Salvador, Bolívia, Honduras, Nicarágua e Paraguai é caracterizado como *Familiarista*, considerando que delega grande responsabilidade ao aspecto doméstico da provisão do bem-estar, apresentando um alto grau de população descoberta, atendidas por poucas políticas sociais com características focais, residuais e débeis frente as situações de vulnerabilidade econômica-social dos que residem nesses países.

Apesar dos distintos sistemas de Proteção Social pesquisados, a autora identifica que todos os países da América Latina apresentam de forma evidente o

familiarismo, colocando a mulher no papel de cuidadora e o homem como provedor, demarcados tanto pela existência, quanto pela ausência de políticas sociais

Importante órgão de fomento e avaliação permanente de aspectos sociais e econômicos na América Latina, a CEPAL⁸ desempenha um relevante papel na elaboração sistemática e contínua de dados quantitativos e qualitativos sobre a Proteção Social na América Latina, com base no percentual do Produto Interno Bruto – PIB e gasto per capita destinado a proteção social, possibilitando a análise sistemática e atualizada dos sistemas de Bem-Estar desenvolvidos na América Latina. A metodologia do estudo consiste na subdivisão dos países latino-americanos em três regiões, e o critério de divisão é o tamanho de investimentos destinados as ações de Proteção Social, organizados em três grupos: os que apresentam lacunas pequenas, moderadas e severas no padrão de *Bem Estar*.

Estudos mais recentes da CEPAL, apontam mudanças no padrão de Proteção Social na América Latina, especialmente após o conjunto de reformas implantadas nas décadas de 1970 e 1990, marcados pela introdução da hegemonia neoliberal. As medidas de ajuste estrutural, adotadas na quase totalidade dos países latino-americanos provocaram uma reestruturação do Estado e uma desregulamentação das relações econômicas e sociais, submetendo esse continente aos ditames de Organismos Internacionais de cariz estritamente econômico como o Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI) e Organização Mundial do comércio (OMC), atingindo e remodelando o Estado em três áreas estratégicas.

1) As funções típicas do Estado (segurança nacional, emissão de moeda, corpo diplomático e fiscalização; 2) As políticas públicas (saúde, cultura, ciência e tecnologia, educação, trabalho e previdência; 3) O setor de serviços (empresas estatais e estratégicas – energia, mineração, telecomunicações, recursos hídricos, saneamento e outros) (BOSCHETTI, 2007, p.93).

Esse conjunto de medidas, orientadas a partir do Consenso de Washington, ocorrido em 1989, trouxe efeitos perversos, especialmente nas ações voltadas para a Proteção Social, considerando que os países signatários passam a deslocar suas ações, já minimalistas focalizando a pobreza e a exclusão social, através de “[...] programas fragmentados, compensatórios, emergenciais e paliativos realizados em

⁸Criada em 1948 com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento econômico da América Latina; coordenar as contribuir para o desenvolvimento econômico da América Latina; coordenar as ações encaminhadas à sua promoção e reforçar as relações econômicas dos países entre si e com as outras nações do mundo. Ver mais em <http://www.cepal.org/pt-br> Acesso em jun/2017.

parceria entre os poderes públicos e as organizações da sociedade civil (OSCI, organizações sociais etc.)” (CORLETTI, 2010, p.140), impedindo o avanço da ampliação da Proteção Social já iniciado por alguns países, como no Uruguai e Brasil.

O jogo neoliberal do Estado mínimo desenhou nova acrobacia. Trata-se agora de identificar os mais precarizados e criar formas de sua “melhoria social” ou redução de sua indigência e não de estender a todos as condições dignas de respostas às necessidades sócias como marca de reconhecimento de cidadania. O enfrentamento da desigualdade, cuja presença é de ordem fortemente econômica, passou a ser tratado no âmbito da ordem social (SPOSATI, 2011, p. 108).

A partir da segunda metade dos anos 1990, e ao longo da primeira década do século XXI, ficou evidenciado que a regulação a partir do mercado e das estratégias neoliberais não seriam suficientes para promover o *Bem Estar* na América Latina, sendo inclusive denunciadas por organismos internacionais, as consequências nefastas do sistema neoliberal para a Proteção Social. Se esse sistema, que propugnava a igualdade de oportunidades fracassa, temos ainda um cenário em que a dominação do capital ainda se faz presente, ao mesmo tempo em que um contingente de pessoas se encontram desprovidas de qualquer Proteção Social.

Nesse contexto CANTU (2015) evidencia que “[...] há pouco dissentimento com relação ao caráter mais geral da transição de um modelo nacional-desenvolvimentista para um modelo neoliberal” (p.45), destacando que a década seguinte ainda precisa de um debate acadêmico e político para amadurecer e, para tanto, destaca as tendências da Proteção Social a partir dos anos 2000

SPOSATI (2011) ao analisar a Proteção Social no século 21 e identificar seus desafios, afirma que a América Latina carrega historicamente algumas características herdadas do seu processo histórico de desenvolvimento como a ausência de articulação, a intersetorialidade e a institucionalização setorializada e fragmentada. Aponta como maior desafio nesse século o reposicionamento do “[...] lugar das políticas sociais no enfrentamento das desigualdades sem se transformar em paliativos à pobreza, gerando atenções de segunda categoria” (p. 110), além de culpabilizar os sujeitos pela sua condição de pobreza.

Ao final da primeira década de 2000, entre as tendências identificadas por CANTU (2015) aparece a prostração e descrédito na ideologia e nas políticas neoliberais, levando a um crescente número de publicações evidenciando a

ineficiência dessa proposta governamental (MACDONALD e RUCKERT – 2009; GRUGEL e RIGGOROZZI; 2009), especialmente após a ascensão de governos progressistas na condução dos países latino-americanos, que buscam reposicionar o Estado quanto ao seu grau de responsabilidade no sistema de Proteção Social.

Avaliações mais entusiásticas têm até mesmo se questionando sobre a possibilidade da emergência de uma social-democracia latino-americana – apesar de todas as especificidades que essa social-democracia assumiria nas condições existentes na região – ou da edificação de um novo modelo de Welfare State desenvolvimentista, no qual a política social receberia uma ênfase especial da intervenção estatal (CANTU, 2015, p. 47).

Embora a análise dos autores aponte uma tendência otimista com relação aos novos rumos que a Proteção Social possa vir assumir nessa nova década, também reflete sobre o conjunto de dificuldades, em especial pelas categorias determinadas pelo *Estado, Mercado e a Família*. CANTU (2015), ao analisar essa tríade a partir da BARRIENTOS (2004).

[...] argumenta ainda que a América Latina estaria lentamente se acomodando em um regime não mais conservador-informal, mas liberal-informal. [...] desse modo, o regime de proteção social na região conservou seu caráter informal, mas transitou de um modelo conservador para um liberal. O papel do Estado como regulador da estratificação social foi, em boa parte, cedido ao mercado (CANTU, 2015, p. 47).

Esse formato de Proteção Social coloca a América Latina como um dos lugares em que são confirmados os maiores níveis de desigualdade socioeconômica, de emprego informal/subemprego e pobreza extrema, agrega ainda, a maior diversidade étnica racial do mundo, destacando-se que os grupos pobres, indígenas, afrodescendentes e residentes de áreas rurais são historicamente excluídos dos sistemas de Proteção Social, imprimindo o perfil de continente com menor expectativa de vida e maior taxa de fecundidade (CONCEIÇÃO, 2012).

Segundo dados da CEPAL (2017) sobre Proteção Social na América Latina, a reversão do atual sistema estratificado e focalista em um sistema universalista, depende em grande medida das formas de financiamento da Proteção Social. OCAMPO (2008) corrobora com essa análise, destacando a importância do fortalecimento do sistema tributário no custeio das ações/serviços e do pacto fiscal que regula a tributação e destinação dos recursos.

Por último, un requisito fundamental en el giro hacia una concepción universalista de la política social es fortalecer los sistemas tributarios y hacerlos más progresivos. Por lo tanto, el avance hacia una política social de corte universal no será posible sin un nuevo pacto fiscal que refuerce en particular la tributación directa. Más aún, dado el ritmo mucho más pausado de aumento del gasto público social durante la década actual, los esfuerzos por profundizar los avances de la política social serán mucho más exigentes en el futuro en términos fiscales de lo que fueron en el pasado (p.60).

Enquanto esse conjunto de reformas não avança, e em muitos países da América Latina ainda retrocedem, as projeções da CEPAL (2016) apontam que a taxa de pobreza nesse ano se situava em 2 de 19,2 % de pobreza extrema e deve sofrer aumento de 1,0 a 0,6 ponto nos próximos anos, o que equivaleria a 175 milhões de pessoas em situação de pobreza, dessas 75 milhões em estado de indigência. Essa precarização nas condições de vida também se verifica na situação de moradia, trabalho, no acesso e tratamento de saúde e educação e colocam cotidianamente a temática Proteção Social em destaque nesses países que compõem a América Latina.

O relatório do Panorama Social da América Latina de 2016, aponta ainda a desigualdade social como um dos maiores desafios a ser superado no continente e evidencia os países que mais vem investindo na Proteção Social.

Os países que destinam mais recursos às funções sociais são Argentina, Brasil, Colômbia e Costa Rica, com mais de 20% do PIB. Por outro lado, os países que destinam menores proporções de recursos são Haiti e Guatemala, com menos de 8% do PIB. Numa análise por funções sociais, destacam-se a Argentina e o Brasil como os países que mais recursos destinam à proteção social (mais de 13% do PIB em 2015), Estado Plurinacional da Bolívia e Costa Rica como os que mais recursos destinam à educação (mais de 7% do PIB em 2015) e novamente a Argentina e Costa Rica como os que mais recursos destinam à saúde (mais de 6% do PIB em 2015) (CEPAL, 2016, p.15).

O cenário apresentado pelos relatórios da CEPAL, embora evidencie pequenas melhorias na Proteção Social se comparadas historicamente, especialmente em relação a verificação no aumento do financiamento nessa área, apontam importantes elementos a serem superados no enfrentamento as expressões da questão social, já evidenciadas no decorrer da narrativa, sobretudo no que se refere a equalização das enormes desigualdades sociais presentes no continente.

A partir do exposto, a autora desse estudo entende que a Proteção Social é mais que uma estrutura institucional, é um acordo político que se caracteriza por um conjunto de medidas, financiadas pelo Estado, que visa garantir a proteção e segurança social a diferentes segmentos populacionais, estando ou não em situação de vulnerabilidade e exclusão social. Esse acordo político entre o Estado e a Sociedade, está em um processo contínuo de re/construção e disputa, tensionando a inter-relação entre o Estado/Mercado/Família.

Os sistemas de Proteção Social na América Latina apresentam historicamente, ainda que resguardadas as particularidades de cada país, um forte traço focalizador, segmentador e excludente, tendo ainda o trabalho formal como elemento de critério para o recebimento de benefícios, atribuindo a família a responsabilidade pelo provimento das necessidades sociais de seus membros, ofertando o mínimo de serviços e impondo uma série de condicionalidades para inclusão em benefícios e/ou auxílios, que por sua vez, são parcos e estão longe de garantir o mínimo de segurança social.

Em concordância com os autores que analisaram os sistemas de Proteção Social na América Latina, a autora acredita ser necessário repensar, as medidas de *Bem Estar* a partir da tríade composta pelo *Estado, Mercado e Família*, considerando seu grau de envolvimento e responsabilização frente a necessidade de Proteção Social no Estado Democrático de Direito, regime esse adotado na quase totalidade do continente.

Por fim, destacamos na mais recente publicação da CEPAL (2017) sobre Proteção Social na América Latina que o enfrentamento da desigualdade social nesse continente e o estabelecimento de *Bem Estar* dos cidadãos, através de um sistema de Proteção Social que atenda às necessidades dessa imensa parcela da população latino-americana e caribenha em situação de vulnerabilidade social, perpassa pela formação de coalizões políticas amplas, acompanhadas de uma reforma fiscal que permita um financiamento adequado ao sistema, com vistas a superar a fragmentação e estratificação próprias dos sistemas de Proteção Social vigentes.

2.2 Política Social na América Latina: desenvolvimento e desafios contemporâneos.

Refletir sobre a política social na América Latina exige da autora uma incursão acerca das configurações assumidas pelo Estado Moderno diante das mazelas da questão social decorrentes do aprofundamento da contradição capital trabalho, próprias do capitalismo e do processo de industrialização latino-americano.

Nesse sentido, demarcamos que o intenso processo de mudanças ocorridos a partir da segunda metade do século XV em alguns países europeus (Portugal, França, Inglaterra e Espanha), decorrentes da expansão do capitalismo mercantil e da industrialização repercutiram na necessidade de uma (re) configuração do Estado quanto ao seu grau de responsabilidade frente as mazelas oriundas dessa situação. Essa moderna forma de contrato social estabelece o redimensionamento das funções do Estado.

O Estado é um complexo sistema por si só e na relação com os demais sistemas; sua estrutura, elementos constitutivos, mecanismos, funções e órgãos o colocam como objeto de investigação em áreas distintas de conhecimento. A perspectiva adotada nesse estudo segue a lógica de COUTINHO (1996), na qual o Estado é pensado pela via da filosofia e da economia política marxista, capaz de desvelar a totalidade das estruturas capitalistas e seus processos contraditórios.

Da teoria materialista do Estado e da análise de sua relação com a economia política, entendemos que o Estado moderno, em sua estrutura institucional e jurídica é a expressão da forma política da sociabilidade sob a qual se assenta o regime de acumulação capitalista (TUMELERO, 2015, p. 65).

Esse esclarecimento é necessário considerando que as teorias sociológicas do Estado são analisadas historicamente a partir de suas perspectivas distintas: a teoria funcionalista e a teoria marxista. A primeira foi dominante na *political science* americana, influenciando também a Europa, recebendo o status de excelência como ciência política.

Entre as duas teorias existem diferenças tanto com respeito a concepção de ciência em geral como com respeito ao método. Mas a diferença essencial refere-se a colocação do Estado no sistema social considerando seu conjunto. (COUTINHO, 1996, p. 58).

A tradição marxista e a neomarxista concebem o Estado a partir de duas perspectivas; como instrumento a serviço da reprodução do modo de produção capitalista e de modo complementar, como resultado do crescente poder de pressão da classe trabalhadora (ADELANTADO; NOGUEIRA; RAMBLA, 2000). Devido ao seu alto grau de complexidade, não há uma única e correta forma de concepção e conceituação do Estado e existe, entre os estudiosos discordância sobre os diferentes entendimentos que ele possa vir a assumir na sua relação com a sociedade civil, podendo ser diferenciada pelos diferentes noções acerca da sua estrutura e funções; da adoção de uma condução liberal ou progressista, impactando sobretudo na proteção social oferecida a população, sendo sua constituição delineada historicamente por fatores econômicos e políticos.

O Estado designa uma forma política e historicamente constituída. Seu aparecimento está ligado a certas épocas e circunstâncias que podem ser datadas, e seu desaparecimento ou substituição ocorrerá quando essas condições desaparecerem [...] E ainda: o Estado é um aparelho repressivo ou também pode ter funções protetoras? (PEREIRA-PEREIRA, 2009, p 06).

As últimas questões levantadas pela autora sobre a relação que o Estado mantém com a sociedade e ainda, se este aparelho assume função protetiva ou repressiva podem ser respondidas a partir do conjunto de ações de Bem Estar que o ente opta em oferecer a população através de políticas públicas e políticas sociais, sem ainda perder de vista que esse mesmo Estado capitalista “[...] atua sempre no sentido de balizar os conflitos entre capital e trabalho e tende, invariavelmente, a beneficiar o primeiro em detrimento do segundo” (SERAFIM; DIAS, 2012, p.123).

Nesse contexto, as referidas políticas, por sua vez, estão vinculadas diretamente pelas características econômicas e sociais do Estado, não sendo possível dissociar em sua análise a constituição da sociedade capitalista, seus conflitos e contradições decorrentes do processo de acumulação, bem como do conjunto de respostas dadas a partir das consequências nefastas desse sistema.

Sob esse prisma, as políticas públicas, sejam as econômicas como as sociais, implementadas pelo Estado perpassam um contínuo processo de disputa de interesses, relacionando-se de forma intermitente dentro desse caráter contraditório das relações capitalistas. Para YASBEK (2005), unicamente se pode analisar o

Estado quando referido a uma sociedade concreta, desvelando as relações contraditórias entre as classes e segmentos de classe.

É nesse sentido que o Estado é concebido como uma relação de forças, como uma arena de conflitos. Relação assimétrica e desigual que interfere tanto na viabilização da acumulação, como na reprodução social das classes subalternas. Na sociedade capitalista o Estado é perpassado pelas contradições do sistema e assim sendo objetivado em instituições, com suas políticas, programas e projetos, apoia e organiza a reprodução das relações sociais, assumindo o papel de regulador e fiador dessas relações. A forma de organização desse Estado e suas características terão pois, um papel determinante na emergência e expansão da provisão estatal face aos interesses dos membros de uma sociedade (p. 06).

Desse modo, as políticas sociais só podem ser pensadas sob a esfera política, diretamente relacionada a relações sociais concretas e como parte das respostas que o Estado oferece aos problemas de ordem social-econômica, no embate entre os diferentes interesses de grupos e classe sociais.

É importante diferenciar, nesse debate, a distinção entre o Estado e Governo e o Mercado e sua relação direta com as políticas sociais, destacando que o primeiro se concretiza em aparatos estáveis como os sistemas judiciário, executivo, legislativo, exército e outros, enquanto o segundo, o Governo se refere a “[...] a orientação política de um determinado governo que assume e desempenha as funções de Estado por um determinado período” (HÖFLING, 2001, p. 31). Por sua vez, as políticas públicas apresentam papel relevante no conjunto das mediações entre Estado e Política de Governo.

As políticas públicas, desde a sua concepção até as formas que assume na atualidade estão vinculadas, de forma muito estreita com a perspectiva ideológica do Estado, a interferência de diferentes atores, a defesa de seus interesses e ainda ao reconhecimento das necessidades humanas, que uma vez problematizadas passam a ganhar status de direito.

É comum encontrarmos na literatura especializada, inúmeros conceitos acerca das políticas públicas, assim como é possível afirmar que não existe uma única nem melhor definição, até mesmo porque se relaciona dialeticamente com o Estado – cujo conceito está além da política, da sua relação com a sociedade civil e de seu alto grau de complexidade, portanto, não pode ser reduzida a uma categorização, mais entendida em uma perspectiva de historicidade e totalidade, como aponta DRAIBE (2007).

[...] uma construção histórica, que traz consigo, nas suas instituições e formas, a história passada de embates entre classes, grupos sociais, coalizões políticas, movidos cada qual por seus sistemas de interesses e valores, atuando segundo suas distintas capacidades de apropriação de porção do bem-estar gerado e institucionalizando, em uma dada sociedade (p. 39)

As políticas públicas são reconhecidas por caracterizar as ações governamentais desenvolvidas por meio de planos, programas e projetos que visam supostamente o bem comum, porém seu conceito remete questões para além das concernentes a esfera estatal, como a complexidade da vida social

RUA (1998) ao discorrer sobre esse as políticas sociais, esclarece que a complexidade da vida social “[...] envolve diferentes conflitos, ideias, interesses e valores exige medidas de intervenção do Estado, podem ser de “coerção pura e simples e a política” (p.01). Com relação a coerção, a autora sinaliza que o seu impacto tende a reduzir e seu custo a elevar, restando a política pública, que embora também possa reproduzir ações de coerção, produzir resultados positivos ao Estado e a sociedade. Esclarece ainda sobre a necessidade de distinção entre Política Pública e decisão política.

As políticas públicas (policies), por sua vez, são outputs, resultantes da atividade política (politics): compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores. Nesse sentido é necessário distinguir entre política pública e decisão política. Uma política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas. Já uma decisão política corresponde a uma escolha dentre um leque de alternativas, conforme a hierarquia das preferências dos atores envolvidos, expressando em maior ou menor grau – uma certa adequação entre os fins pretendidos e os meios disponíveis (RUA, 1998 p. 01 e 02).

A imbricada relação entre a as políticas públicas e a atividade política estão em permanente conflito e tensão, impulsionadas por interesses governamentais e da sociedade civil, podendo impactar diretamente na implementação ou não da política, colocando desafios, especialmente aos agentes implementadores na busca de estratégias para a resolução dos iminentes conflitos.

As políticas públicas repercutem em todas as esferas da vida social e seu nível de importância para o desenvolvimento da civilização é indiscutível. Novas visões sobre o papel do governo e dos atores sociais; as decisões políticas e seus impactos; as crises econômicas; as respostas governamentais frente a essas

questões; as transformações na representatividade da sociedade civil e os inúmeros desafios que se colocam na condução do Estado, vem reconfigurando e ampliando o leque de ações e serviços para população, colocando em destaque a política social.

Essas informações iniciais sobre os complexos elementos que constituem e perpassam as políticas públicas foram evidenciados de forma introdutória para adentrarmos no propósito fim dessa exposição, que é tratarmos a política social no contexto latino-americano. Desse modo, localizamos a política social como uma modalidade da política pública, produzida sob diferentes estruturas legais e institucionais, em “[...] distintos contextos, sistemas e regimes políticos, como resultante de pressões sociais mais ou menos organizadas e mais ou menos representativas da sociedade como um todo” (VIANNA, 2002, p. 01).

Demarcar a origem das políticas sociais nos remete a diferentes interpretações, que fogem a afirmação de que o *Welfare State* e as Políticas Sociais se constituiriam “fenômenos equivalentes” (PEREIRA-PEREIRA, 2008a, p. 25) ocorridos no final do século XIX como resposta as perversas consequências do avanço da industrialização, concomitante a gradual conquista de direitos da classe operária. Renomado e reconhecido teórico da cidadania, MARSHALL (1963) afirmava que o *Welfare State* teria nascido na Grã-Bretanha em situações muito particulares, porém, nos anos 70 essa afirmação foi refutada a partir de estudos comparados de política social que identificaram o Estado de Bem-Estar Social, ainda que com diferenciações, comum em todas as sociedades capitalistas.

De acordo com PEREIRA-PEREIRA (2008a), os estudos desenvolvidos por ALBER (1987), FLORA e HEIDENHEIMER (1987) afirmam que o *Welfare State*, desenvolvido no século XIX, é um fenômeno mais antigo, remontando as primeiras ações na área social, como a Lei dos Pobres, no século XV e XVI, desenvolvidas na Grã-Bretanha. Tais ações, segundo os autores ainda não se configuravam como política social, porém deram abertura para que o Estado de *Bem Estar* se desenvolvesse.

Duas linhas de análise se destacam com relação à origem da Política Social: a que a concebe como fenômeno equivalente ao *Welfare State* e a evolucionista, que busca criar uma linha horizontal de fatos pontuais que demarcam seu início. Nos apoiaremos nas afirmações de PEREIRA-PEREIRA (2008a) para caracterizar a origem para além dessas duas teorias explicativas.

A política social como um componente ou produto que é, da velha e conflituosa relação entre Estado e sociedade, no marco das formações sociais de classe (não importa a natureza e a idade que se tenham), vai sempre lidar com interesses opostos, já que ela resulta da pressão simultânea de sujeitos distintos. Sendo assim, a sua natureza não condiz com um enfoque evolucionista que procura encaixá-la num *continuum* que começa com a caridade privada, passando pela beneficência e assistência, até terminar na política social como prática evoluída e estritamente associada ao *Welfare State*.(p.28).

Dessa forma, as políticas sociais em sua origem, estrutura, funcionamento e funcionalidade não podem ser analisadas ou conceituadas a partir de padrões rígidos ou de teorias imutáveis, considerando o movimento da realidade, as forças sociais e econômicas e por fim, a conjuntura em que se desenvolve, além de que “[...] só podem ser entendidas no contexto da estrutura capitalista e no movimento histórico das transformações sociais dessa mesma estrutura” (FALEIROS, 1980, p. 55), considerando ainda os interesses econômicos e os movimentos políticos.

A estrutura de benefícios que o Estado oferece difere de país para país, e ocorre em momentos históricos também distintos, sua cobertura de proteção social é determinada por um conjunto de fatores já delineados anteriormente. A maior ou a menor proteção social pelo Estado foi catalogada em três modelos: o modelo liberal ou residual; modelo meritocrático ou corporativo e modelo social democrata

No modelo liberal ou residual, o Estado somente intervém quando o mercado impõe demasiadas penas a determinados segmentos sociais e onde os canais “naturais” de satisfação das necessidades – o esforço individual, a família, o mercado, as redes comunitárias – revelam-se suficientes. O modelo meritocrático ou corporativo, também cunhado de conservador, se caracteriza por vincular estreitamente a ação “protetora” do Estado ao desempenho dos grupos protegidos. A modalidade institucional-redistributiva de proteção social se abriga sob o padrão social-democrata de *Welfare State*. Ao Estado compete a produção e a distribuição de bens e serviços “extramercado”, em grande parte financiados por impostos gerais e dirigidos a todos os cidadãos (VIANNA, 2002, p. 07).

No caso da América Latina, assim como nos países europeus, o desenvolvimento de ações de proteção social esteve fortemente atrelado as questões de ordem econômica e política, havendo uma ideia dominante de que era uma questão de tempo a instalação de um Estado de Bem-Estar Universal, alcançado através dos recursos advindos do processo de desenvolvimento e modernização do continente (SCHWARTZMAN, 2007).

Tal perspectiva, mesmo em momentos de aquecimento da economia, jamais chegou a se consolidar e o Estado de Bem-Estar que começou a se desenhar, em

conformidade com MESA-LAGO (2004) a partir da década de 1920⁹ foi impulsionado pelas demandas decorrentes do processo de industrialização.

No modelo primário-exportador, a inserção da economia latino-americana no sistema global de comércio ocorreu mediante uma clara divisão internacional do trabalho. Em um primeiro momento, aos países da região coube o papel de fornecimento de matérias-primas, riquezas minerais e alimentos para o fortalecimento dos Estados nacionais europeus e a expansão do mercantilismo. A partir do século XVIII, a América Latina contribuiu para a acumulação primitiva do capital que iria financiar a Revolução Industrial na Inglaterra. (PINHEIRO, 1995, p. 67).

O esgotamento do modelo primário exportador no final do século XIX e início do século XX devido as sucessivas crises econômicas, somadas a Primeira Guerra Mundial e seguida da crise da década de 1930, acabando por culminar no encarecimento das importações e na diminuição do valor e quantidade de ações comerciais baseadas nesse modelo, inviabilizando as transações comerciais, culminando em processos de empobrecimento da população (PINHEIRO, 1995).

Esse quadro provocou a proliferação dos núcleos urbanos a partir da implantação de um projeto nacional desenvolvimentista, criado para promover o crescimento interno da economia. Tal situação exponenciou as já precárias condições de vida da população, ao mesmo tempo em que se colocava a necessidade de mão de obra saudável para promover o desenvolvimento, ocasionando, em 1940 a implementação de ações de *Bem Estar* com graus maiores de cobertura, seguindo o modelo europeu de proteção social.

As políticas sociais configuraram-se como expressão instrumental do populismo. Tinham dois objetivos: proteger o trabalhador assalariado, cooptando-o para conferir sustentação ao regime autoritário, e apoiar a consolidação de grupos sociais com capacidade de demandar os novos bens manufaturados nacionais. O espírito de colaboração de classes, de inspiração fascista, implantou uma estrutura sindical verticalizada integrante do aparelho estatal, na qual a figura do pelego amortecia os conflitos entre trabalhadores e empresários, unidos no projeto nacional desenvolvimentista coordenado pelo Estado. (PINHEIRO, 1994, p. 75).

A falência do modelo de desenvolvimento nacional ocorrida no encerramento da década de 1950 e início dos anos 1960, conforma um desenho de proteção social com características focalistas, residuais e excludentes no continente latino-

⁹O detalhamento dos países que se destacaram com a implantação de Políticas Sociais em cada um dos três distintos momentos históricos, já foi apresentado no item 1.1 desse capítulo: Proteção Social na América Latina: cenário atual e tendências.

americano. Essa situação fica ainda mais grave com a progressão das ditaduras militares, ocorridas nesse período.

As políticas sociais na região, se conformam em um movimento histórico, distinto do europeu, marcada por características próprias da sua história, do seu estágio de desenvolvimento econômico no contexto mundial, pela hegemonia de forças políticas antidemocráticas, imposta pela força e violência das ditaduras militares. Nos países latino-americanos, as políticas sociais são instaladas de forma fragmentada, setorizada e, em geral, com acesso limitado ao operariado urbano, e fortes sinais de branqueamento no acesso a seus benefícios (SPOSATI, 2011, p. 106).

Outra importante característica com relação as políticas sociais na América Latina diz respeito a tentativa de copiar o modelo de proteção social europeu, desconsiderando as particularidades do desenvolvimento histórico, socioeconômico, político e cultural desse continente, e, especialmente o grande número de indígenas e afrodescendentes e os processos de servidão e escravidão que o acompanham, acabou por gerar uma situação de afastamento de direitos a esses segmentos, igual ou ainda maior que no recente passado, marcado pela expropriação de sua força de trabalho. A população rural, os trabalhadores informais residentes na zona urbana e os segmentos sociais mais desorganizados e pobres também sofriam com a deficiência, desproteção, limitações e exclusão de políticas sociais (CONCEIÇÃO, 2012).

A criação dos Institutos de Seguridade Social, adotados como tendência na América Latina, foram criados a partir da década de 1980, organizados com a junção dos antigos institutos de categoria de trabalhadores, sendo organizado a partir de contribuição tripartite (empregador, empregado e Estado) para financiar pensões e serviços de saúde aos trabalhadores em regime formal de trabalho. Por outro lado, o desemprego estrutural e a crescente informalidade deixavam esse e outros segmentos populacionais sem qualquer cobertura de proteção social, promovendo um cenário que se agravava frente as constantes crises do capital financeiro.

Neste setor informal estão concentrados principalmente mulheres, jovens, idosos, indígenas, afrodescendentes e migrantes, muitos dos grupos mais vulneráveis a riscos de saúde, com menor escolaridade e maiores taxas de desemprego e da incerteza econômica em trajetórias de vida. Este cenário é mais preocupante nos momentos de crise econômica e ajustes macroestruturais com diminuição dos investimentos na política social pode ser debitada para as gerações seguintes de crianças e adolescentes, particularmente daquelas de famílias pobres que deixam a escola para trabalhar nos momentos de crises. (CONCEIÇÃO, 2012, p. 03).

No cenário econômico, o conjunto de países que compõe a América Latina são costumeiramente chamados de “periféricos”, dada a sua relação de inferioridade econômica e cultural com os países considerados desenvolvidos. A abundância e variedade de recursos naturais passíveis de exploração no continente latino-americano, historicamente despertou o interesse entre os países, que embora fossem economicamente desenvolvidos, eram incapazes de produzir esses recursos (OLIC, 1992). Ainda que tenha ocorrido o fracasso do modelo primário-exportador, as relações comerciais e especialmente a relação de dominação entre esses, e os países da América Latina sempre existiu e acabou por tornar a economia do continente, extremamente dependente da economia desses países, gerando fortes impactos quando da ocorrência de crises que diminuía a vinculação entre os países, como ocorreu na década de 1970.

O aprofundamento da crise estrutural do capital, que desenvolveu-se no início da década de 1970, só se intensificou gerando um cenário de desemprego generalizado, intensificação de migrações, explosão da dívida pública, a priorização do fundo público para os interesses do capital, o alvitamento dos direitos sociais, os altos níveis de pobreza, a criminalização dos movimentos sociais resistentes à opressão, à alienação e à exploração dos trabalhadores, juntamente com o conservadorismo político que legitima esta bárbara sociabilidade sob o jugo do capital, são algumas dessas marcas. A América Latina e o Caribe não estão isentos (SILVA, 2015b, p. 147).

Nesse cenário de crise, o conjunto de respostas da ofensiva capitalista transforma os já frágeis formatos de proteção social, alterando seus princípios organizativos, formas de obtenção de benefícios, estrutura de efetivação e critérios de acesso, configurando um sistema residual-liberal, tanto “[...] nos países que lograram desenvolvimentos significativos sob esquemas centralistas com aspirações de universalidade, como aqueles que tivera nulo desenvolvimento” (SOTO, LIMA, TRIPIANA, 2016, p. 49) em seus padrões de *Bem Estar* em anos anteriores aos 1980.

Com diferenças de período entre os países, os governos militares são gradualmente finalizados no decorrer da década de 1980 e a América Latina inicia uma nova era de possibilidade democrática. Porém, ainda que esse momento se coloque como uma concreta possibilidade de reconstrução da democracia, acaba sendo denominado de “década perdida”, em razão da ocorrência das economias em

crises e dos ajustes fiscais de âmbito internacional, preconizadas por organismos internacionais.

[...] economias entram novamente em crise e os países buscam se ajustar a um novo contexto internacional pela adoção de uma série de medidas que ficaram conhecidas como o “consenso de Washington”, preconizadas pelo Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial: a abertura ao investimento estrangeiro direto; privatizações de empresas estatais; desregulamentação dos mercados, eliminando as barreiras à entrada de capitais e empresas internacionais; proteção aos direitos de propriedade; e reorientação do gasto público para as prioridades sociais mais prementes. (SCHWARTZMAN, 2007, p.06).

Os processos resultantes da adoção pelos países da América Latina da orientação neoliberal, influenciados pelo Consenso de Washington, associado as barbáries cometidas no período das ditaduras militares se configuram um retrocesso frente a conquista histórica de direitos sociais e criam condições para a instauração de um Estado Mínimo – refém das orientações do Fundo Monetário Internacional (FMI), estabelecendo uma “[...] conjuntura de negação de direitos trabalhistas ou sociais, a agudização do empobrecimento, o crescimento da desigualdade social e a instalação da nominada “dívida social” (SPOSATI, 2011, p.107), repercutindo em consequências perversas para o desenvolvimento de políticas sociais nas últimas décadas do século 20 no contexto latino-americano.

Essa nova concepção liberal conforma um padrão de segmentação das políticas sociais entre os que podem e os que não podem pagar pelas suas necessidades sociais (BEHRING, 1998). Aos primeiros, o mercado oferece uma gama de serviços de acordo com a capacidade pessoal de financiamento. A outra parcela da população, quando atendida, o é em serviços públicos de qualidade precária, insuficiente e duvidosa, ou se vale da solidariedade de rede de atendimento do Terceiro Setor¹⁰. O retorno a caridade e a filantropia ficou evidente nas proposições do Estado Mínimo já instaurado, houve um estímulo oficial para que a sociedade civil organizada através de ONGS, igrejas, associações, fundações, corporações e entidades filantrópicas, vinculadas a organismos internacionais atendessem a população em vulnerabilidade econômico-social.

¹⁰A denominação “terceiro setor” se explicaria, para diferenciá-lo do Estado (Primeiro Setor) e do setor privado (Segundo Setor). Ambos não estariam conseguindo responder às demandas sociais: o primeiro, pela ineficiência; o segundo, porque faz parte da sua natureza visar o lucro. Essa lacuna seria assim ocupada por um “terceiro setor” supostamente acima da sagacidade do setor privado e da incompetência e ineficiência do Estado (MONTAÑO, 2007, p.76).

Um desdobramento dessa questão consiste na revogação das responsabilidades do Estado para com os seus cidadãos, delegando ao mercado ou ao chamado Terceiro Setor muitas daquelas funções prioritárias para a superação da pobreza e exclusão social. [...] os alicerces de uma nova concepção de política social que tenta substituir o papel que foi desempenhado pelo supostamente pelo decrépito Estado de bem-estar com seu padrão universalista de proteção social (LA CUADRA, 2014, p. 81).

Ao final da década de 1980 e durante boa parte da década de 1990 se pode identificar diferentes momentos na condução e reorientação das políticas sociais na América Latina. As discussões demonstram que a política social tradicional, caracterizada pelo enfoque nas áreas de saúde, educação e seguridade social e, respeitadas as suas diferenciações e graus de institucionalização entre os países latino-americanos, não conseguiu responder efetivamente as crises com medidas que melhorassem a condição de vida da população nestes países. Serviços fortemente centralizados, excessivos custos administrativos, dispersão de serviços e fragmentação institucional, assim como as deficiências em relação aos efeitos redistributivos das políticas constituíam os principais problemas dos sistemas de proteção social tradicional (SOTTOLI, 2002).

A primeira etapa de condução, ocorrida entre os meados da década de 1980 e os primeiros anos da década de 1990, prevalecem intervenções sociais de medidas compensatórias e conjunturais, destinadas aos setores sociais na condição de extrema pobreza e indigência, sob a justificativa que essas intervenções poderiam propiciar a superação das situações de vulnerabilidade econômica. Na segunda fase, iniciada na década de 1990, são criados programas concebidos como estratégias de certa permanência que consideravam as múltiplas causas que envolvem a questão da pobreza e as abordavam através de uma rede de proteção social ampliada (MIDAGLIA, 2012).

Nesse contexto, destacaram-se as ações que incluíam iniciativas multissetoriais, ampliação de cobertura e inclusão de novos segmentos no atendimento, ainda que o traço focalizador se mantivesse preservado. Dois novos elementos são incorporados nessa segunda etapa; - o primeiro com relação a constatação de que o aumento do tempo de permanência nas políticas sociais, destinados a população deveria ser ampliado e poderia contribuir para as melhoras na condição de vida e superação das questões de ordem social; e o segundo que adota a abordagem e atendimento dos múltiplos aspectos da vulnerabilidade social (MIDAGLIA, 2012).

A terceira etapa, iniciada no final dos anos 1990 e expandida nos anos 2000, configura uma nova direção nas políticas sociais.

Si bien un porcentaje de los programas sociales del periodo anterior se mantienen, simultáneamente se impulsó una nueva categoría de protecciones, diseñadas como megaintervenciones de alcance nacional centradas en las TCR a los hogares pobres. Estas consisten en una prestación monetaria específica a las unidades familiares que reúnen un conjunto de características que las ubican como pobres según criterios previamente definidos. La recepción de esas transferencias está pautada por una serie de contrapartidas, en la mayoría de los casos relacionadas con la realización de controles sanitarios a las embarazadas y los menores de edad, así como la asistencia de estos últimos a los centros educativos (MIDAGLIA, 2012, p. 82).

Os programas de Transferência de Renda Condicionada (PTRC) se tornam instrumento chave dessa etapa, mantendo a focalização histórica e estratificada das políticas sociais na América Latina, sendo elaborados para atender de forma compensatória segmentos populacionais em situação de pobreza e extrema pobreza, selecionadas mediante o atendimento de rígidos critérios que envolvem sistemas de informação aliados a tecnificação do campo assistencial. Após incluídas, as famílias e pessoas beneficiadas pela transferência monetária de renda devem cumprir todas as condicionalidades, com vistas a manter a permanência no programa. Os requisitos a serem atendidos, de uma maneira geral, versam em torno da manutenção e comprovação de frequência escolar, acompanhamento nutricional e de saúde (SILVA E SILVA, 2015).

Seu principal foco é oferecer proteção social aos ciclos iniciais de vida, se constituindo o “[...] principal mecanismo para combater a denominada pobreza intergeracional no Continente” (SILVA E SILVA, 2015, p. 03) agravada por processos de transformação no padrão de regulação econômica e social do capitalismo e sua reorganização a partir da globalização.

Em 2009, a CEPAL identificou a implementação de Programas de Transferência de Renda Condicionada (PTRC) em 17 países da América Latina, alcançando 22 milhões de famílias, compreendendo 100 milhões de pessoas, correspondentes a 12% da população, sendo aplicado, em média, 0,25 do PIB dos respectivos países. Apesar de ser uma estratégia inovadora no campo da proteção social, os PTRC não substituem outras ações na área social.

Todavia, esses programas não constituem um modelo único de proteção social. São adaptados às realidades sociopolíticas e institucionais de cada país, atribuindo-lhes perfis próprios. Entre as especificidades identificadas têm-se diversos níveis de cobertura da população e orçamentos diferenciados de recursos que são transferidos aos pobres. Aqui tem-se uma situação contraditória: são os países que apresentam o menor nível de desenvolvimento humano, conseqüentemente com uma população constituída por um contingente relativamente maior de pobres, que apresentam menos possibilidades de investir nesses programas. Em conseqüência, têm menor cobertura e efeitos mais modestos, de modo que as transferências monetárias, que já se situam num patamar de sobrevivência minimalista, pouco têm conseguido contribuir para que grande parte das famílias consigam ultrapassar as linhas de pobreza de seus países (SILVA E SILVA, 2015, p. 07).

Os PTRC na América Latina, desde o seu surgimento estão centrados na focalização, atendendo as situações em que a pobreza ultrapassou os limites da humanidade, colocando em suspenso a construção universalista de cidadania, com vistas a superação das imensas desigualdades nesses países, sendo pensada e executada sob uma ótica residualista que esvazia as possibilidades de um padrão de *bem-estar* que atenda de forma a responder as necessidades sociais de toda a população e não apenas os pobres além dos pobres. Outra preocupação reside na possibilidade de redução conceitual de que as políticas sociais sejam concebidas em políticas de combate à pobreza.

[...] a prestação de serviços foi substituída pela monetarização tem-se aqui uma alteração da materialização das políticas sociais. Ela se torna ao mesmo tempo apoio ao beneficiário e investimento na circulação de mercadorias. A aplicação do benefício se dá no mercado e, pela incidência de impostos regressivos nas mercadorias (quem menos tem paga mais), uma parte do benefício retorna ao Estado na forma de taxações. Uma das mãos estende e a outra recolhe. Portanto, a monetarização da política social tende a ser mais uma política econômica com efeito social pela ampliação das condições de consumo. O gerenciamento de políticas monetárias é similar ao da gerência financeira [...] O cidadão fica secundado ao indivíduo que deve ser fornecedor de dados, documentos e um agenciador de atenções de diferentes serviços públicos para cumprir condicionalidades (SPOSATI, 2011, p. 21).

Ainda que pese críticas sobre os PTRC, as ações do programa poderiam se transformar em um mecanismo de amparo a grave situações sociais, fato que possibilitaria ações de prevenção e antecipação frente a esses agravos, intensificados em períodos de crises do capital, ou ainda em situações de desemprego, morte do provedor familiar, doenças, entre outros eventos inesperados nas etapas do ciclo de vida.

Más allá de las expectativas de los especialistas, los estudios detallados de las TCR muestran su carácter dual, en la medida en que presentan algunos rasgos que las asimilan a estrategias típicamente liberales y otros que las emparentan con intervenciones estatales. Entre los aspectos liberales más destacados figuran la focalización de su operativa en categorías poblacionales en lugar de grupos organizados; la disociación de los beneficios otorgados de la dinámica del mercado de empleo, lo que refuerza la emergencia de reclamos dispersos; la generalización de ciertas obligaciones para la recepción de la renta, lo que debilita su categoría de derechos sociales; el enfoque de pobreza utilizado, que asocia ese fenómeno con la falta de capital humano y omite así la problemática de la distribución de la riqueza (MIDAGLIA, 2012, p.84).

Reside nas propostas de PTRC potencialidades e desafios, gerando oportunidade política e econômica para transformar e ajustar o padrão de proteção social, moderando sua fragmentação e identificando possíveis articulações que melhorem a causa fundante dos processos de desigualdade: a justa distribuição das riquezas sociais e economicamente produzidas. As características e padrões de proteção social historicamente implementados na América Latina, desde as políticas tradicionais até as novas proposições, como os PTRC estão marcadas por traços comuns e duais: Universalismo/Focalismo; Contributivo/Não Contributivo, Com Condicionais/Sem condicionais.

Universalismo/focalización: Durante muchos años se planteó como una dicotomía, sin embargo hoy se avanza en reconocer al universalismo [...] Contributivo/no contributivo: Implica una cuestión crítica en términos de los valores que la sociedad moviliza alrededor del modo en que se financian las respuestas públicas ante los problemas sociales. [...] condicionado /no condicionado: Es quizás la tensión más reciente en el ámbito de la política social, que emergió con fuerza a partir de la creación de los ya mencionados PTCs (REPETTO, 2010, p.07).

Em linhas gerais esses são temas que se colocam hoje pauta permanente na relação entre o Estado e a Sociedade Civil na maioria dos países da América Latina, no que se refere ao desenvolvimento de políticas públicas, configurando-se em desafios a serem enfrentados no reordenamento das políticas sociais na atualidade, sobretudo com a força que vem ganhando a ideologia neoliberal no continente. O conjunto de reformas, iniciados na década de 1990 são retomados com grande intensidade ao final dos anos 2000, por meio de reformas nos sistemas previdenciários, de saúde, de assistência social e demais políticas sociais, a exemplo do que ocorre hoje no Brasil, provocando um verdadeiro desmonte no sistema de proteção social, fazendo aumentar expressivamente as mazelas da “questão social”

Sob tal lógica, a reversão do atual quadro no cenário-latino americano, deve ser tensionado ao reposicionamento das políticas sociais no enfrentamento das desigualdades, estando alinhado a inclusão de segmentos populacionais para as demandas consideradas vulneráveis pelos organismos de defesa de direitos humanos, voltadas para a atenção de gênero em seus diferentes ciclos de vida, pessoas com deficiência, por ascendência étnica e/ou cultural, sem reduzir a intervenção estatal a ações em paliativos a pobreza (SPOSATI, 2011).

Por fim, concluímos a ação pública estatal precisa ampliar a cobertura nos setores da política tradicional – saúde, educação e saúde, promovendo a partir daí uma redefinição dos PTCR assim como a integração social de grupos excluídos por razões de raça, cor, gênero, idade e demais condições sociais e culturais. Esta diversidade de ações, combinadas, podem contribuir para o rompimento dos ciclos intergeracionais de pobreza, desenhando um conjunto de intervenções que busque igualar as condições iniciais de desenvolvimento da população. Para tanto, é necessário que as políticas sociais estejam no campo das prioridades governamentais, criando condições para a promoção de reformas estruturais nos países da América Latina.

A histórica submissão das políticas sociais em relação à política econômica precisa ser rompida e substituída por medidas que busquem equilíbrio macroeconômico e social, assim é importante ressuscitar a participação popular, emergente em boa parte dos países latino-americanos após o período de ditadura no processo de redemocratização.

Em síntese, os países latino-americanos, resguardadas as suas particularidades, tem em comum desafios muito parecidos no enfrentamento as expressões da questão social, através de ações estatais de proteção social, implementadas através de políticas sociais, que garantam as condições necessárias para o desenvolvimento da cidadania e a construção de uma sociedade igualitária, com oportunidade de acesso a todos os bens sociais e economicamente produzidos.

2.3 A implementação de políticas públicas e sua relação com os Agentes Implementadores.

Na construção da trajetória das políticas públicas enquanto instrumento de mediação do Estado no enfrentamento da questão social, um elemento que tem sido

reivindicado no debate é a avaliação de políticas públicas, tema amplamente discutido em diferentes áreas de conhecimento como a Administração, Sociologia, Ciência Política, Direito, Planejamento Urbano, Economia, Ciências Contábeis e Relações Internacionais, porém mais particularmente no âmbito das Ciências Sociais. As amplas abordagens podem levar ao equívoco de tratarmos a análise e a avaliação de políticas públicas como processos sinônimos, o que de fato não são.

Embora compartilhem o objeto central que exploram (a política pública), a avaliação e a análise constituem exercícios bastante diferentes. O avaliador, por um lado, se ocupa, fundamentalmente, da apreciação dos resultados da política (ou ainda ações, programas e projetos), atentando para categorias como eficiência, eficácia e efetividade, derivados da comparação entre metas e resultados. O analista, por sua vez, atenta para elementos de natureza muito mais sutil. Sua preocupação central é com o processo de construção da política pública (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 126).

Ainda sobre os esclarecimentos iniciais do complexo processo de elaboração, análise e avaliação das políticas públicas, é necessário entendermos que o uso de expressões de língua inglesa será utilizado durante a exposição e desenvolvimento do conteúdo e tal situação se justifica pelo fato desse idioma possibilitar a diferenciação teórica de aspectos peculiares, como no caso das três dimensões da palavra política, quando estamos tratando das etapas de sua efetivação. Tais dimensões correspondem a *polity* - dimensão institucional, a *politics* – dimensão processual e a *policy* – dimensão material.

Sobre o processo de elaboração da política pública, o instrumental de Análise de Política diferencia três dimensões da palavra política. Uma dimensão é a “polity”, que se refere às instituições políticas e ao sistema político. Outra dimensão é a processual, o processo político, denominado de “politics”. E a terceira dimensão é a material, a “policy”, que se refere às políticas públicas em si (SERAFIM; DIAS, 2012, p.127)

O desenvolvimento na produção de conhecimento sobre as políticas públicas e seus processos correlatos compõe, na atualidade um amplo e diverso acervo teórico, porém, a origem de discussões sobre a temática de avaliação de políticas públicas, se inicia a partir dos anos 1950, nos Estados Unidos. A preocupação com a análise e a avaliação de políticas públicas emerge, naquele momento, atrelada a busca do Estado em criar medidas de racionalização¹¹ que modernizassem a

¹¹ “O racionalismo possui grande influência na formulação de políticas públicas. Dizer que uma política é racional significa afirmar que todos os valores essenciais para a consecução dessa política

administração pública através da identificação de problemas, previsão de comportamentos sociais e até da antecipação de ações com vistas a melhoria do desempenho estatal (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

O que se colocava premente neste período era a necessidade da composição de alternativas teóricas, fundadas a partir de um rigor científico, capaz de identificar as situações conflitantes e orientar os governos quanto ao direcionamento estatal para a resolução dos problemas envolvendo as políticas públicas (PARSONS, 1995).

Na esteira de pesquisadores que se dedicaram a consolidação teórica no campo de análise da avaliação de políticas públicas são pioneiras as obras de SIMON (1947), LASSWELL (1951), LERNER(1951), LIMDBON (1959) e BREWER (1974), que embora tenha divergências em suas propostas teóricas, enfatizavam o relacionamento de conhecimentos das áreas de administração, sociologia, psicologia e ciência política para estudar questões afetas a administração estatal e as políticas públicas (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

Na década de 1930, LASSWELL (1951) introduz a expressão *policy analysis* (análise de política pública), como forma de conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo. (SOUZA, 2006).

Dado o passo inicial, outros autores, como SIMON (1947) propunham a existência de um ciclo composto de etapas pelas quais toda política pública deveria atravessar para alcançar sucesso. Elaborou um modelo que previa “três fases do processo de decisão nas decisões administrativas: inteligência, desenho e escolha (RUA; ROMANINI, 2013, p. 03).

Posteriormente LASSWELL (1951) desenvolveu a teoria denominada “*Policy Cycle*”, ou ciclo da política, que é um modelo analítico composto por sete estágios: “[...]inteligência ou coleta e processamento de informações, promoção de opções, prescrição de um conjunto de ações, invocação de sanções, aplicação da política” (HOWLETT, 2000, p. 173) e, por fim o término ou cancelamento da política e apreciação dos resultados. A proposta desenvolvida por LASSWELL (1951) buscava simplificar a complexidade da organização governamental e execução das políticas

foram amplamente difundidos e conhecidos e que, caso um desses valores tenha que mesmo resultado. No campo prático da formulação/implementação das Políticas Públicas, essa racionalidade é praticamente impossível de ser alcançada devido à complexidade dos problemas sociais e da grande diversidade de fatores imprevisíveis contidos nesses problemas” (TUDE, 2010, p. 14).

públicas quebrando o processo em etapas, além de ter como pressuposto analítico que a ação ou não ação do Estado poderia ser formulada cientificamente.

Lasswell ambicionava desenvolver uma *ciência da formulação e concretização das políticas*, marcadamente normativa, que, ancorada em abordagens multidisciplinares e em metodologias qualitativas e quantitativas, habilitasse os decisores políticos com a informação necessária à sua ação e contribuísse para aumentar a racionalidade do processo de tomada de decisão ou, segundo o próprio, uma ciência baseada no conhecimento “no e do processo político” (*in and of the policy process*) (ARAÚJO; RODRIGUES, 2016, p.05)

Nos anos 1951, o livro *The Policy Sciences*, coeditado por LERNER (1951), LASSWELL (1951) propõe a simplificação da proposta apresentada inicialmente e a divide nas etapas de informação, promoção, prescrição, invocação, aplicação, término e avaliação. Tal proposta aplicava uma lógica linear e centrada dentro dos limites da esfera estatal, desconsiderando elementos relacionais entre as próprias etapas e seu trato com o poder e os governos. Ainda que tenha incorporado mudanças com relação ao seu primeiro modelo, LASSWELL (1951) sofreu muitas críticas de estudiosos da área, e posteriormente inúmeros outros modelos e construções teóricas foram desenvolvidos sobre a avaliação de políticas públicas (RUA; ROMANINI, 2013).

LINDBLOM (1959), outro importante precursor no campo da análise de política, teceu duras críticas ao modelo desenvolvido por LASSWELL (1951), classificando sua teoria como demasiadamente racional, reduzindo sua análise a um processo administrativo e racional que processa a política como elemento estanque. Sua proposta teórica defendeu a correlação entre todas as etapas da política e destacou o processo político decisório como interativo, complexo e em constante movimento (BAPTISTA; REZENDE, 2015). Ainda partindo de críticas ao modelo de LASSWELL (1951), BREWER (1974) amplia a proposta de ciclo de políticas, inaugurado pelo autor nos anos 1950.

Brewer introduziu a noção de política pública como um ciclo contínuo e propôs uma nova fase neste ciclo, prévia ao debate governamental, que denominou de fase de reconhecimento do problema. Assim, decompôs o processo decisório em seis etapas – invenção, estimativa, seleção, implementação, avaliação e término – e incrementou o modelo de análise proposto por Lasswell, sem romper com a lógica de análise que se estabelecia (BAPTISTA; REZENDE, 2015, p. 09).

Embora o modelo de LASSWELL (1951) tenha sido desaprovado por muitos teóricos a sua época e posterior a ela, sua proposta foi o ponto de partida para a construção de quase todos os modelos e quadros teóricos de análise de políticas públicas desenvolvidos entre as décadas de 1930 a 1950 e significativamente ampliados nos anos 1970. O reconhecimento de um modelo sequencial e em etapas que se relacionam ganham adeptos de todas as áreas da ciência, sendo aperfeiçoados ao longo do tempo por um conjunto cada vez maior de pesquisadores.

[...] a representação sequencial das políticas não deve ser utilizada de forma mecânica. É indispensável entender as políticas como um fluxo contínuo de decisões e procedimentos, para os quais é necessário encontrar um sentido. Haverá vantagem em conceber uma política pública não como uma série de sequências sucessivas, mas como um conjunto de sequências paralelas que interagem e se modificam continuamente (MULLER, 2010, p. 27).

O aprofundamento da crise do *Welfare State*, associada ao cenário de crise econômica, política e social em curso naquele momento se exponenciam de forma mais contundente na década de 1970, e provocaram o Estado a promover mudanças na administração pública estatal, que ocorreram através do movimento que enunciava uma nova administração pública. Intensos questionamentos e debates sobre a intervenção estatal e sua real efetividade frente a alarmante conjuntura fizeram expandir a produção de teorias explicativas do processo de análise e avaliação de políticas públicas (LIMA, D'ASCENZI, 2013).

Gradualmente, a evolução dos estudos envolvendo essas temáticas ganha centralidade nas discussões, tanto no âmbito governamental, quanto acadêmico, se afirmando como um campo de possibilidades quanto ao aprimoramento da política pública, promovendo a progressiva aproximação da área acadêmica e da administração pública. Tal situação possibilitou que o estudo sobre o desenvolvimento das políticas públicas “[...] se institucionalizasse e se desenvolvesse, tornando-se reconhecido tanto por pesquisadores quanto por *policy makers*¹² (SERAFIM; DIAS, 2012, p.128).

Questões sobre o processo de tomada de decisões, fatores influenciadores para alcançar objetivos e metas, efeitos esperados e não esperados, conflitos de

¹² SIMON (1947) atribuiu o termo decisores públicos (*policy makers*) aos profissionais que introduziram o conceito de racionalidade limitada na esfera estatal de avaliação de políticas públicas.

poder, e outros elementos que estruturam a políticas públicas e as diferentes abordagens na sua avaliação vem sendo difundidos em todos os países, se configurado em instrumentos de grande valia para o planejamento das ações, seja em nível federal, estadual ou municipal, das empresas e até mesmo dos cidadãos comuns.

As décadas de 1960 e 1970 se tornaram marcantes no que diz respeito ao desenvolvimento de novas teorias sobre a análise e a avaliação de políticas públicas, destacando-se as obras de BACHRACH e BARATZ (1970), responsável por conseguir demonstrar a separação entre o processo decisório e a fase pré-decisional, atentando para o fato de que o “sistema político opera de modo seletivo, processando apenas as questões que não ameaçam os setores dominantes da sociedade” (RUA; ROMANINI,2013, p. 04).

ROSE (1973) defendeu sua teoria com fundamento na necessidade de conceituar cada etapa da elaboração da política pública e no mesmo ano PRESMANN e VILDAVISKY (1973) enfatizaram que “[...] as decisões permanecem como intenções, a menos que sejam desenvolvidas as ações capazes de transformá-las em intervenção da realidade” (RUA; ROMANINI,2013, p. 04).

Ainda na década de 1970, WEISS (1972) publicou seus estudos dando ênfase a um processo já previsto no *policy cycle*: a implementação, conferindo centralidade a categoria e, nesse ínterim de tempo destaca-se a produção de COHEN, MARCH e OLSEN (1972), propondo uma renovada forma de concepção de políticas públicas, inaugurando a teoria denominada o “Modelo da Lata de Lixo” ou “*Garbage Can Model*¹³” e outra proposta de destaque é a desenvolvida por KINGDON (1984), intitulada de “Modelo de Múltiplos Fluxos”.

O autor concebe um modelo baseado numa metáfora e em três conceitos centrais: as *comunidades políticas*, constituídas por investigadores, deputados, funcionários públicos, analistas, grupos de interesse, cujos membros partilham a preocupação com determinado tema ou problemas e que promovem a construção e a difusão de ideias em diferentes fóruns;

¹³ Cohen, March e Olsen, em 1972, propuseram o Garbage Can Model, ou literalmente, ‘modelo da lata de lixo’, em que mostram como os processos de tomada de decisões nas organizações são fluidos e desestruturados. Os autores salientam que a definição do problema não necessariamente precede a tomada de decisões. Muitas vezes, esta é tomada a partir de invenção de soluções. Atores sociais, de modo estratégico, a fim de valorizarem na organização as habilidades e os recursos que já possuem, podem propor soluções para problemas que ainda estão sendo definidos; problemas podem ser criados e propostos para implementar soluções que já estão disponíveis e atendem a interesses específicos de um grupo de atores sociais. (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 130)

os *empreendedores políticos*, um tipo particular de atores na mediação e negociação dos processos de agendamento; a *janela de oportunidade política*, que se abre quando convergem três fluxos de variáveis: a percepção pública dos problemas (*fluxo dos problemas*), o conhecimento de soluções políticas e técnicas adequadas aos valores dominantes (*fluxo das políticas*) e as condições de governação (*fluxo da política*). Os três fluxos (*streams*) fluem autonomamente no sistema político, com regras e dinâmicas próprias (BAPTISTA; REZENDE, 2015, p. 12).

Os modelos de SABATIER e JEKINS SMITH¹⁴ (1993), de BAUMGARTNER e JONES¹⁵ (1993) e HOWLETT e M. RAMESH¹⁶ (1995) e FREY (1999), desenvolvidos na década de 1990, ainda que com algumas diferenciações conceituais e ressalvas, reconhecem o valor “heurístico”, ou seja, confirmam a que o modelo analítico proposto pelo *policy cycle* serve para descoberta ou investigação dos fatos.

[...] O ‘*policy cycle*’ nos fornece o quadro de referência para a análise processual. Visto que podemos atribuir funções específicas às diversas fases do processo político-administrativo, obtemos por meio da comparação dos processos reais com o tipo puro pontos de referência que dizem respeito às possíveis causas dos déficits do processo de resolução de problema (FREY, 1999, p. 14).

A ideia de ciclo da política evoluiu e se tornou a perspectiva corrente mais compartilhada nos estudos atuais de políticas públicas, com grande parte de obras realizando análise por momentos ou fases do processo político. Sua contribuição, reside no fato de destacar a percepção de que existem diferentes etapas no processo de construção de uma política, apontando a necessidade de reconhecimento das especificidades de cada um desses estágios e possibilitando maior percepção para intervenções no processo político, sendo justificada o seu uso na contemporaneidade, a partir dos apontamentos de RUA e ROMANINI (2013).

¹⁴ Reconheceram que a proposição do *policy cycle* tem valor “heurístico” por facilitar o entendimento do processo das políticas públicas, mas sofre várias limitações metodológicas tais com: a) não oferece explicações, portanto, não pode ser considerada uma teoria causal; b) não esclarece quais são as forças que conduzem o processo de um estágio para o outro. Diante disso, defenderam a concepção de estágios ou fases por novas alternativas de teoria. Visando colaborar para a superação das deficiências apontadas, propuseram o “Modelo de Coalizão de Defesa” (*Advocacy Coalition Framework – ACF*) (RUA; ROMANINI, 2013, p. 06).

¹⁵ Tomando por base as concepções originárias da Biologia e da Teoria dos Sistemas compuseram outra alternativa ao *policy cycle* : o Modelo de “*Punctuated Equilibrium*” (“Equilíbrio Interrompido”), cuja dinâmica replica a evolução por saltos ou mutações (RUA; ROMANINI, 2013, p. 06).

¹⁶ Apresentam um “Modelo Aperfeiçoado” (“*Improved Model*”) do ciclo de políticas com as seguintes fases: i) montagem da agenda; ii) formulação da política pública; iii) tomada de decisão; iv) implementação e v) avaliação (RUA; ROMANINI, 2013, p. 07).

[...] separa as diferentes tarefas e atividades realizadas no processo de produção das políticas públicas; - ao estabelecer essa separação analítica, permite distinguir e caracterizar os diferentes papéis desempenhados no processo pelos atores e instituições, bem como observar suas relações de poder e suas intenções em torno dos *issues*¹⁷ que são próprios de cada momento; - como os *issues* são dinâmicos e em torno dele se organizam não somente atores e instituições, mas se constroem e se reconstróem ideias, a abordagem de ciclo de políticas públicas permite acompanhar a maneira pela qual as ideias vão se formando e se transformando até se completar o processo de intervenção que caracteriza a política pública (p. 10).

Nos remeteremos as concepções mais atuais de *policy cycle*, desenvolvidas a partir das teorias de DYE (1984) e FREY (2000) cuja proposta remete a cinco momentos de ciclos interligados, sucessivos e dinâmicos, divididos da seguinte forma: 1. Identificação do Problema; 2. Conformação da Agenda 3. Formulação; 4. Implementação; 5. Avaliação da Política. Nossa exposição descreverá brevemente todos os processos, porém daremos ênfase a implementação, considerando a importância metodológica dessa categoria no atendimento aos objetivos propostos nesse trabalho.

Na perspectiva do ciclo, o primeiro passo no desenvolvimento de uma política é a identificação do problema e a demonstração de sua relevância pública, tornando-se o ponto de partida para a geração de uma política pública. Seu reconhecimento enquanto problema na esfera governamental pode ou não ocorrer de maneira concomitante aos acontecimentos identificados como problemáticos pela sociedade civil, podendo ter variações de tempo entre esses processos.

Um fato pode ser percebido, pela primeira vez, como um problema político por grupos sociais isolados, mas também por políticos, grupos de políticos ou pela administração pública. Frequentemente, são a mídia e outras formas da comunicação política e social que contribuem para que seja atribuída relevância política um problema peculiar (FREY, 2000, p. 17)

Dando continuidade ao ciclo da política, segue-se a segunda etapa denominada *conformação da agenda*, momento decisivo para o reconhecimento de um problema e sua incorporação na agenda, embora essa passagem não indique necessariamente a elaboração de uma política para solucioná-lo. Até que essa ação ocorra, diferentes interesses se colocam em disputa, revelando influências de diferentes faces de poder dos agentes políticos gerando “[...] conflitos referentes a

¹⁷ Em Políticas Públicas, *issues* significam questões que devem ser analisadas na implementação de uma política pública, uma vez que essa implementação poderá acarretar perdas para uns e ganhos para outros (CAPELLA, 2007).

qualquer processo de tomada de decisão que estão sujeitos à influência daqueles que detêm poder sobre ela e que buscam criar ou reforçar valores sociais e políticos e práticas institucionais” (SERAFIM; DIAS, 2012 p. 129), desencadeando uma série de negociações tanto na esfera governamental, quanto com a população demandatária para que de fato a situação evolua para a fase que a precede – a formulação da política.

A formulação da política se constitui na terceira etapa do *policy cycle*, caracterizada por marcar o momento em que ocorre o detalhamento das alternativas já definidas na conformação da agenda; a organização de ideias; previsão de recursos e consultas à opinião de especialistas para a criação de estratégias que resultem no sucesso da proposta.

A formulação de alternativas constitui a formulação de políticas públicas propriamente dita: constitui a fase de planejamento das ações previstas na agenda, onde devem ser definidos seus objetivos, marco jurídico, administrativo e financeiro. É necessário também um diagnóstico (levantamento, análise, informação sobre o problema) para se poder desenvolver alternativas de ação. “O estabelecimento de objetivos é importante para nortear a construção de alternativas e as posteriores fases de tomada de decisão, implementação e avaliação da eficácia das políticas públicas” (SECCHI, 2012, p. 37).

Ainda sobre a *formulação* de políticas públicas, alguns aspectos, como quem decide o quê, quando, com que consequências e para quem, estão “[...] relacionadas com a natureza do regime político em que se vive, com o grau de organização da sociedade civil e com a cultura política vigente” (TEIXEIRA, 2002, p. 02), evidenciando não só os projetos societários em disputa, como a sua percepção frente a todos os sujeitos envolvidos no processo de formulação. Sob esta lógica, a formulação, assim como suas etapas antecessoras se caracterizam em processos de conflito, disputa de interesses e e forças de poder.

Como já afirmado anteriormente, a proposta defendida pelos autores que embasam a proposta de *ciclo de políticas adotadas* neste trabalho, revela que as diferentes etapas estão integradas continuamente e pode ocorrer, mesmo após a formulação da política, o surgimento de um novo problema sobre o mesmo tema exigindo intervenções, fazendo com que os processos de identificação do problema e conformação na agenda voltem a ser tensionados, podendo desencadear na ampliação, alteração ou exclusão do conteúdo já registrado na política, visto que

quando esta foi formulada, supostamente esse novo problema não havia sido identificado. De forma objetiva, em outras palavras, o movimento da realidade vai impulsionar de forma contínua a retomada de todas as etapas em seus diferentes momentos de implantação.

O mesmo pode ser dito com relação a quarta etapa - a *implementação*, definida como o momento de colocar uma determinada solução em prática. Esta fase envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros), dentre outros (FARIA, 2012), correspondendo ainda “[...] à execução de atividades que permitam que as ações do governo sejam implementadas com vistas à obtenção de metas definidas no processo de formulação de políticas” (SILVA; MELLO, 2000, p. 03).

A crescente evolução sobre os procedimentos de *implementação* de políticas públicas se tornaram significativos na busca de melhorias nos processos de avaliação. A implementação de política é uma fase do processo decorrente de ações políticas e uma etapa fundamental em que se produzem ações e resultados que servirão de base para o processo seguinte: a avaliação (TEIXEIRA, 2002).

A avaliação de políticas públicas são decisões governamentais que geram impacto tangível e mensurável ou substantivo, alterando as condições de vida de um grupo ou população ou produzindo mudanças em atitudes, comportamentos e opiniões. (...) passa a se caracterizar como um esforço consciente de governos para mudar comportamento ou desempenho de uma política ou programa, cujo objetivo é oferecer para decisores políticos sobre o impacto de medidas públicas orientadas para a mudança de comportamentos e situações (produção de resultados e impactos) (SILVA e SILVA, 2008, p. 47).

De um modo geral a *avaliação* de políticas públicas, quinta etapa do *policy cycle*, tem como objetivo fim a produção de dados confiáveis e sistematizados sobre as ações previstas nas políticas com relação aos objetivos alcançados. Apresentam como meta a identificação de possíveis problemas na formulação, implementação e gestão, criando condições para os ajustes necessários no alcance dos objetivos inicialmente propostos pela política.

A sequência apresentada por DYE (1984) FREY (2000) no Ciclo de Políticas públicas - *Policy Cycle*, apresenta o processo em etapas, porém avança nas discussões sobre o desenho da política, na medida em que reconhece que todas as

etapas se relacionam e conformam um processo contínuo de revisão, mudanças, análise de impactos e produção de soluções, evidenciando a importância de tais ações para o sucesso da política pública. Neste contexto, o desenvolvimento de estudos sobre a *implementação* de políticas públicas está fortemente atrelado às necessidades de desenvolvimento de melhorias nos processos político-administrativos, que permitam o desenvolvimento das atividades de gestão.

A implementação pode ser compreendida como o conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriores quanto a política. Em outras palavras, trata-se de fazer uma política sair do papel e funcionar efetivamente. Esse processo precisa ser acompanhado, entre outras coisas, para que seja possível, identificar porque muitas coisas dão certo enquanto outras dão errado entre o momento em que uma política é formulada e o seu resultado é concreto (RUA, 1998, p. 13).

Embora todas as etapas do ciclo das políticas sejam importantes para que se obtenha êxito nas ações propostas, a *implementação* enquanto objeto de estudo vem ganhando destaque, desde os anos 1970, com a publicação do trabalho *Implementação*, desenvolvido por PRESSMAN e WILDAVSKY (1973), passando a ser reconhecida como uma dimensão crucial para explicar o sucesso ou o fracasso no desenho das políticas públicas.

A implementação revelou-se, portanto, o “elo perdido” nas discussões sobre a eficiência e eficácia da ação governamental. Como amplamente discutido, problemas não antecipados que surgem durante a implementação de programas ou políticas podem representar obstáculos intransponíveis, os quais, por sua vez, podem levar as agências responsáveis a descontinuí-los. Essa “constatação”, realizada no plano teórico a partir de estudos concretos acerca da intervenção estatal no plano internacional, tem chamado atenção para a centralidade dos problemas de implementação de programas como elemento chave no aperfeiçoamento da ação do governo (SILVA; MELO, 2000, p. 03).

Entre os estudos mais atuais sobre políticas públicas, evidenciou-se que entre o processo de *formulação* e *implementação* de políticas públicas, notabiliza-se especialmente em seus resultados, diferentes formas de exercício do poder político, da distribuição e redistribuição de poder, assim como os conflitos nos processos de execução das políticas, resultando em muitas situações a necessidade de adaptações a fim de atender os resultados (FARIA, 2005). Ainda que a implementação seja considerada uma fase na perspectiva do *policy cycle*, sua

importância não pode ser reduzida a uma etapa administrativa, dada a complexidade de ações, interesses e atores envolvidos e, em razão dessas características, proposições iniciais podem ser modificadas, excluídas ou ampliadas a depender dos interesses políticos e econômicos em jogo.

Entre os atores públicos que participam desse jogo de disputa de interesses estão os políticos e os burocratas, sendo os primeiros “[...] aqueles que se distinguem por exercer funções públicas e por mobilizar os recursos associados a essas funções” (RUA, 1998, p.04). Já os burocratas, embora não tenham um mandato, possuem recursos, informação, clientelas setoriais e projetos políticos, o que, a depender dos interesses em disputa pode caracterizar uma relação harmoniosa ou conflituosa.

No âmbito de atores privados, RUA também sinaliza a importância dos empresários, capazes de interferir diretamente nas políticas públicas, especialmente por terem influência no plano econômico, podendo a partir de estratégias, obter proveito da situação. Sobre a representação de atores privados, os trabalhadores, representados por ONGs ou sindicatos mostram-se importantes partes de todos os processos envolvendo as políticas públicas.

Ainda sobre a discussão dos atores políticos que participam do processo de implementação, evidencia-se que sua intervenção estatal é realizada imbuída de discricionariedade e, mesmo que haja o reconhecimento da autonomia do burocrata, a questão da discricionariedade “[...] normalmente não é incorporada as análises, e acaba sendo observada apenas como resíduo que deve ser eliminado ou resolvido, para permitir o controle e a coordenação” (HILL *apud* LOTTA, 2012, p. 21).

Entre os temas envolvendo políticas públicas e agentes implementadores, LOTTA (2012) vem enfatizando em seus estudos, a importância da discricionariedade, revelando que, em seu sentido amplo essa categoria é entendida como a disponibilidade de uma forma de poder que permite ao agente público escolher entre as diferentes alternativas de ação ou não ação, tanto na formulação quanto na implementação de políticas públicas. Em sentido restrito, distinguem o julgamento que os burocratas fazem quando apenas tem que interpretar as normas e materializá-las a partir da autonomia que possuem para tomarem as decisões em diferentes momentos da política pública.

A constatação de que a discricionariedade está presente nas ações dos agentes públicos e pode se tornar o elemento definidor entre o acesso, limitação ou

exclusão aos bens e serviços oferecidos pela política pública, se amplifica ainda mais quando se trata de políticas que garantem direitos sociais, especialmente nos países em desenvolvimento, como a América Latina.

A situação agrava-se à medida que a discricionariedade do agente público na tomada de decisões é analisada à luz dos direitos sociais e sua implementação através de políticas públicas, sobretudo nos países em desenvolvimento, cuja insuficiência estrutural atinge principalmente os direitos fundamentais dos cidadãos, deixando evidente a carência de instrumentos para a efetividade dos direitos previstos na Constituição Federal (DANIEL, 2015, pg. 03).

Além dos estudos sobre a importância da discricionariedade dos agentes públicos, contribuições recentes da literatura vêm enfatizando a dimensão política do processo de implementação, revelando a ocorrência de um elemento central no ciclo das políticas, em todas as suas etapas, o *jogo político*, constituído de “[...] redes, aprendizado institucional e *stakeholders* – é um jogo entre implementadores onde os papéis são negociados, os graus de adesão ao programa variam, e os recursos entre os atores são objeto de barganha” (SILVA; MELO *apud* CARVALHO *et al*, 2010, p. 08). Esse processo se revela crucial e ainda carece de mais publicações sobre o tema para que possa desvelado seus impactos na política.

Por outro lado, a ampliação do acervo teórico sobre a análise da *implementação* de políticas públicas vem, de forma gradativa demonstrando que a implementação está sendo reconhecida como valoroso instrumento, que quando avaliada, é capaz de aferir se os objetivos estão sendo alcançados, quais as dificuldades encontradas, se o recurso está sendo gasto conforme planejado, se as ações estão impactando conforme o esperado, e outras tantas situações que, quando identificadas possibilitam realizar os ajustes necessários, se revelando como um importante mecanismo de gestão, municiando gestores, formuladores e implementadores das políticas públicas com informações e subsídios para tomada de decisão nos processos de desenvolvimento da política pública.

Os estudos da implementação interessam-se pela razão de as políticas ocorrerem, ou não ocorrerem, de modo como foi intencionado pelos autores, e eles apresentam evidências de que os desenhos das políticas, os recursos devotados a sua execução e a validade de sua teoria causal modelam a aplicação das políticas públicas e seus resultados (HILL *apud* OLIVEIRA, 2012, p. 1553).

Assim como há diferentes concepções sobre as políticas públicas¹⁸, há uma diversidade de teorias problematizando a questão da implementação, identificando e desafiando a perspectiva clássica focada em processos hierárquicos para ser “[...] vista como parte contínua e integral do processo político, envolvendo barganha e negociação entre os que querem colocar a política em ação e aqueles de quem as ações dependem” (LOTTA, 2014, p. 191). Como resultado a essas percepções, BARRET (2004) desenvolve dois modelos básicos de análise da implementação: *top-down* e *bottom-up*.

O modelo *top-down* se reflete nas estruturas tradicionais de governança, enfatizando a separação entre política e administração, focando no controle e na hierarquia. Os defensores dessa corrente enxergam um ideal normativo de colocar a política pública em ação. Assim, a política deveria ser feita no topo e executada por agentes de acordo com esses objetivos. O propósito desses estudos é, portanto, identificar as causas dos problemas na implementação e sugerir formas de obter acordo entre as ações de execução e os objetivos da política – como aumento da coordenação, das formas comunicacionais, do controle dos agentes etc.

Já o *bottom-up* observa o processo de criação de política como um continuum, no qual há modificação das intenções ao longo das ações. Tem-se como pressuposto que o processo de implementação transforma e adapta as políticas originais. Parte-se, portanto, para um olhar longitudinal, ou seja, observam-se a origem da política, suas mudanças ao longo do processo em todos os níveis e a época em que o programa foi substancialmente alterado (LOTTA, 2014, p. 192).

O primeiro modelo apresenta o controle governamental como elemento fulcral no processo de implementação, designando aos agentes implementadores apenas a operacionalização da política, evidenciando um sistema altamente centralizado de níveis decisórios de poder, afastando-se completamente das proposições do *policy cycle*, enquanto o segundo modelo incorpora a lógica de que todos os processos do ciclo da política, reconhecendo seu movimento como característica positiva, possibilitando o aprimoramento constante da política através da participação ativa de todos os sujeitos envolvidos.

Os modelos de análise das implementações apresentadas (*top-down* e *bottom-up*), em concordância com o já evidenciado no decorrer dessa exposição, tem em comum o reconhecimento de que os agentes implementadores da ação governamental são fundamentais para o desenvolvimento, o sucesso ou o fracasso das políticas públicas, notabilizando-se uma clara relação entre a implementação

¹⁸PEREIRA-PEREIRA (2009); RUA (1988); VIANA (2002); YASBEK (2005).

das políticas, organização e burocracia, identificado por OLIVEIRA (2012) no que diz respeito ao processo de implementação.

A discussão foi estimulada pelo reconhecimento de que os serviços prestados poderiam não ter qualquer impacto sobre o problema que eles supostamente resolveriam e, no decorrer dela, tornou-se cada vez mais evidente a necessidade de incorporar as contribuições produzidas pela teoria das organizações e, desde o texto seminal de Michael Lipsky (1980), pelos estudos das burocracias das ruas. A literatura passou a sublinhar a extensão em que os resultados da implementação são dependentes das burocracias, pois elas desempenham papel capital não só na execução das políticas que alocam os recursos públicos como também na própria tomada de decisão sobre quem ganha o quê do governo. (...) Outro fator decisivo na implementação é a organização, porque ela influi diretamente nos resultados dos programas governamentais, pois a dinâmica da interação entre ela e seus membros afeta o processo de trabalho e, por conta disso, influencia a quantidade e a qualidade dos serviços por ela prestados (p. 1553).

O conceito clássico de burocracia¹⁹, desenvolvido por WEBER (1947), compreende o burocrata como um executor fiel das normas instituídas pelo Estado, a partir de uma relação baseada na fidelidade e obediência, cabendo apenas aos políticos o exercício movido por paixões e valores, estabelecendo-se uma clara divisão hierárquica em que o burocrata responde ao político que por sua vez, responde a sociedade. A modernização do Estado acarreta em profundas mudanças sobre o papel estatal e os atores sociais em todas as esferas de poder, culminando na proposição de novos estudos sobre essa nova realidade (LOTTA, 2012).

Sobre o papel de burocratas, desenvolvem-se estudos (ABERBACH, ROCKMAN; PUTNAN, 1981) que evidenciam a dificuldade de separação entre as questões de ordem técnica e política, demonstrando um crescente “[...] hibridismo entre as políticas e a burocracia, o que definiram como “burocratização da política” e politização da democracia” (LOTTA, 2012, p. 24), demarcando o início de outras propostas teóricas sobre a complexa relação entre os burocratas, o funcionamento do Estado e sua relação com a sociedade.

¹⁹ Weber (1947), mesmo sendo um dos primeiros teóricos a analisar a questão da burocracia já sinalizava que a discussão sobre o tema estava associada a análise dos tipos de autoridade e os governos reconhecidos a partir de dois tipos de legitimidade: a carismática e a tradicional. Com a evolução da sociedade industrial moderna e o conseqüente desenvolvimento do sistema de administração do Estado, Weber aponta o surgimento de um novo tipo de autoridade, ligado a racionalidade legal. Para o autor essa autoridade constitui-se sobre a crença na legalidade de padrões de regras normativas e na manutenção de um sistema de burocracias baseado em leis e regras. A burocratização, portanto, é vista como conseqüência do desenvolvimento de uma economia complexa e do sistema político (WEBER *apud* LOTTA, 2012, p. 23)

Tão importante quanto o reconhecimento do papel dos burocratas, é entender seus diferentes tipos. No nível mais alto há os formuladores, parte deles como burocratas atuando segundo o posto de sua carreira e outros como dirigentes públicos, isto é, em cargos de nomeação livre – para os quais, destaque-se podem ser ocupados por não burocratas (BONIS; PACHECO, 2010). Boa parte dos estudos se dedicou a pesquisar esse tipo de burocracia, porém eles não são os únicos a deter o poder discricionário que afeta o ciclo das políticas públicas. Também há os burocratas no nível de atuação mais direta à população – os denominados burocratas do nível de rua.

“*Street-Level Bureaucracy*”, ou “burocracia do nível de rua”, como foi literalmente traduzido pela literatura brasileira, foi o termo designado pioneiramente por LIPSKY (1976) para denominar uma classe específica da estrutura burocrática dos governos contemporâneos.

Estas burocracias possuem características específicas que os distinguem e os fazem, assim, um grupo analiticamente coeso para os estudos sobre práticas burocráticas, governança e políticas públicas. Alguns exemplos são: policiais, professores, agentes de saúde, assistentes sociais, agentes de fiscalização, entre outros. Michael Lipsky (1976) elucida que estes profissionais são uma espécie de representantes do Estado contemporâneo perante as pessoas, e por isso, são atores considerados estratégicos para a compreensão da realidade das políticas públicas atualmente (FILHO, 2014, p. 47)

Segundo LOTTA (2012) a discussão sobre os burocratas de nível de rua se tornam relevantes por identificar que o debate sobre a ação pública está diretamente ligado à vontade e ao exercício da função que eles desenvolvem no âmbito estatal. Os burocratas mediam de forma muito próxima as relações entre o Estado e o usuário dos serviços, e lhe é conferindo poder para distribuir tanto benefícios quanto sanções aos usuários, podendo se tornar agentes facilitadores ou dificultadores no processo de inclusão dos usuários nas políticas públicas. Por outro lado, também recai sobre os burocratas na forma de encargos positivos e negativos no serviço prestados questões que estão acima da sua capacidade de resolução, quando por exemplo um usuário vem em busca de uma consulta e a agenda está lotada naquele dia. Nesse exemplo, a tendência é que o usuário culpabilize diretamente o agente, sem considerar o problema no âmbito geral da gestão dos serviços de saúde. Não se trata de demonizar o burocrata nem o santificar, mas entender que o desempenho de suas funções ocorre em um cenário onde se convergem e divergem interesses,

perpassado pelo poder discricionário tanto do burocrata, quanto da população usuária. A complexidade dessas relações, associadas a sua autonomia e ao alto grau de discricionariedade nos processos de implementação da política, deixam clara e justificam a importância dos estudos dos agentes de rua, também levantados por LIPSKY (1980).

a) Eles são muitos e ocupam parte considerável da burocracia estatal – o que foi fortemente impactado pelo crescimento recente dos serviços sociais; b) Muitos recursos públicos são alocados para pagá-los; c) Eles têm grande influência sobre as pessoas de baixa renda, porque servem para garantir que elas tenham acesso aos serviços, e é mais fácil contratá-los do que mudar a desigualdade de renda; d) Esses profissionais estão cada vez mais fortalecidos pelos sindicatos, por meio dos quais têm grande poder de barganha (LIPSKY *apud* LOTTA, 2012, p. 26).

O fato de o burocrata em nível de rua atuar de forma muito próxima aos usuários dos serviços e serem responsáveis por propagar a política pública, o coloca em uma linha muito tênue entre a possibilidade de fazer ou não a ação estatal se concretizar. Esse agente pode definir, embora exista uma normativa legal clara que oriente suas ações, se esse usuário acessará ou não o determinado direito, materializado através dos planos, programas e projetos governamentais.

Se considerarmos a implementação como interação, em um contínuo processo técnico e político que pode sofrer variações e negociações, os burocratas de nível de rua se colocam também como mediadores dessa relação estabelecida entre o estado e a população usuária, mantendo relações com os “[...]detentores de recursos e também com quem quer adquiri-los. Isso ocorre porque há assimetrias e falhas na estrutura da alocação de bens e serviços com base na impessoalidade” (JORGE, 2012, p. 11).

A burocracia do nível de rua está alocada num nível essencialmente problemático da burocracia. Isso ocorre porque são cobrados intensamente tanto da organização pela qual trabalham - uma vez que estão no último nível de execução das políticas e carregam consigo grandes responsabilidades sobre o sucesso destas –, quanto pelos cidadãos alvo dessas políticas - uma vez que representam uma das principais interfaces do Estado. Em outras palavras, ao mesmo tempo em que sofrem pressão institucional para aumentarem a efetividade e responsividade, por um lado; por outro, sofrem pressões face-a-face por parte dos cidadãos para que direcionem as ações do Estado segundo seus interesses pessoais ou de grupo (FILHO, 2014, p. 48).

Entre os fatores que influenciam a ação dos burocratas em nível de rua, ainda se identifica que o cotidiano dessa categoria é marcado pela sua relação com os sistemas políticos, organizacional e comunitário a depender da sua função estatal, e como resultado dessa interação, a partir das intencionalidades em disputa, a capacidade de ação do burocrata de rua é afetada, pois enquanto sujeito parte do processo, sofre pressões externas e internas no decorrer do seu fazer profissional. Lidando com essas diferentes forças, o burocrata responde essas situações de acordo com a sua capacidade de julgamento associada a discricionariedade.

A discricionariedade exercida pelos burocratas é, portanto, resultado da interação que exercem entre seus próprios valores, valores de outros atores envolvidos (estatais e sociais), procedimentos, restrições, estruturas, incentivos, encorajamentos e proibições. Nessa perspectiva, torna-se necessário examinar os padrões de interação, para compreender por que as ações foram feitas de tal forma (LOTTA, 2012, p. 29).

Ainda sobre os fatores que incidem na ação dos burocratas em nível de rua, a autora destaca os institucionais e organizacionais e os individuais e relacionais. Quanto ao primeiro esclarece que “[...] as organizações e instituições exercem influência na medida em que podem aumentar ou diminuir o exercício da discricionariedade por meio do controle de atuação dos burocratas de nível de rua” (LOTTA, 2012, p. 32). Com relação aos fatores individuais e relacionais, autores (GRINDLE, 1977; HILL, 2003, LOTTA, 2006, CLINE, 2000, MATLAND, 1995) reconhecem a importância da proximidade estabelecida entre os burocratas e os usuários, se tornando potenciais representantes de seus interesses.

Não necessariamente formalizada, essa representação dos usuários realizada pelos burocratas pode ter efeitos perversos e a literatura a esse respeito tem “[...] demonstrado que há uma complexidade na discussão sobre o papel desses burocratas enquanto mediadores, na medida em que coexistem tanto práticas clientelistas como ações democráticas e voltadas para a inclusão” (LOTTA, 2012, p. 39).

Um outro aspecto relevante no processo de implementação refere-se a forma como se organiza o processo da desconcentração de atividades para a transferência do poder de decisão, ou seja, a descentralização enquanto instrumento para tornar os fluxos e processos da política mais rápidos, eficientes e efetivos. Nesse sentido, a descentralização ganha centralidade no debate sobre a implementação e pode ser

entendida nos planos jurídico “[...] como um processo de transferência de competências e de poderes entre órgãos, ou dentro de um mesmo órgão” (GUINMARÃES, 2002, p. 02) e no plano político- institucional a descentralização é “[...] concebida como desagregação do poder público, através de diversas modalidades, que vão de uma simples desconcentração de atividades até a descentralização de poder decisório” (GUINMARÃES, 2002, p. 02).

No plano político ainda é possível identificar três dimensões complementares: a administrativa, a social e a política, colocadas como elementos chaves para o alcance de resultados positivos na implementação da política, garantindo ainda o controle social nos processos decisórios.

Na dimensão administrativa, a descentralização refere-se à delegação, ou seja, à transferência de competências e de funções entre unidades, entre esferas de governo ou entre órgãos. [...] na dimensão social, a descentralização traduz-se como participação social na gestão pública. Trata-se de uma passagem de parcelas de poder, competências e funções, segundo o caso, da administração pública para a sociedade civil. Pode ocorrer sob diversas formas e com diversas combinações. [...] Na dimensão política, a descentralização é uma estratégia para redistribuição do poder político do Estado, do nível central para os níveis periféricos. (GUINMARÃES, 2002, p. 03).

Ante essas questões e a partir da necessidade de melhoria dos fluxos e processos envolvendo as políticas públicas, o Estado, em seu processo de reestruturação vem entendendo a descentralização como uma importante estratégia na diminuição das burocracias estatais e na democratização da administração pública, através da multiplicação de espaços decisórios de poder. O tema descentralização ganhou relevância na América Latina com a realização do Seminário de Reforma e da Modernização do Estado e da IX Conferência de Ministros e Chefes de Planejamento na América Latina, organizado pelo Instituto Latino Americano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES, nos anos de 1994, no Chile (CEPAL, 1994).

A descentralização política e administrativa enquanto um meio para aprimorar a eficiência e eficácia da administração pública possibilita aos governos/serviços locais a melhoria no desempenho de suas atividades resultando em ganhos para a população usuária, em função da proximidade com os espaços de poder e decisão e, desse modo consideramos a descentralização como uma importante ferramenta, interligada diretamente a implementação das políticas públicas, podendo favorecer

tanto o sucesso quanto o fracasso das ações previstas, caso a forma de organização estatal esteja concentrada e centralizada em esferas do poder distantes dos locais onde o serviço/política é implementada.

Entre os estudos mais recentes sobre a análise de políticas públicas, destaca-se ainda a proposição de DI GIOVANNI (2009), que elabora uma abordagem a partir de uma metodologia que possibilita “[...] identificar os elementos invariantes e estabelecer entre eles uma relação indissolúvel e orgânica, de modo que constituam totalidades estruturadas”, denominadas pelo autor de estruturas elementares.

Segundo o autor, esses elementos comuns foram identificados nas políticas pública ao longo do tempo e originaram teorias que fundamentam a intervenção tanto na prática como nos resultados delas decorrentes, de acordo a subjetividade do investigador.

É óbvia que esta perspectiva envolve certa dose de subjetividade. As estruturas elementares resultam, no fundo, de uma combinação entre um “olhar” subjetivo do observador que, em funções de seus próprios valores seleciona os aspectos objetivos da realidade que irá observar, indagando sobre sua coerência, organicidade e a probabilidade de configurarem uma estrutura (DI GIOVANNI, 2009, p. 19)

Sob tal lógica, o autor verifica e denomina que as estruturas elementares de políticas públicas, segundo a sua subjetividade enquanto pesquisador, se constituem de quatro elementos estruturantes; Estrutura formal (teoria, práticas e resultados); Estrutura substantiva (atores, interesses e regras) ; Estrutura material (financiamento, suportes e custos) e Estrutura simbólica (valores, saberes e linguagem), e que a análise proposta “[...] não se faz apenas por justaposição das informações relativas a cada uma das estruturas, mas também pelas relações de mútuas interferências que se processam entre elas” (DI GIOVANNI, 2009, p. 20). Essa proposta será utilizada nesse estudo para analisar a implementação das Políticas de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este.

A partir do exposto sobre o desenvolvimento histórico, conceitual e diverso dos processos de desenho das políticas públicas, com ênfase na implementação e nos recentes estudos sobre a análise dos modelos de avaliação da implementação, concluímos que não há uma única e melhor forma de conceber, formular, implementar e avaliar, e que essas questões dependem do direcionamento técnico e

político que cada governo escolherá para definir a metodologia mais assertiva para o alcance dos objetivos propostos pela política.

No entanto, algumas questões se aclararam no desenvolvimento desse estudo, permitindo reconhecer que as etapas de formulação e implementação estão intrinsecamente ligadas em um processo contínuo de interação, não podendo ser pensadas como etapas que não se conversam, ainda que hajam muitos defensores dessa proposta. A mesma constatação se coloca com relação a importância da descentralização enquanto uma ferramenta que possibilita a ampliação de fluxos nos processos decisórios de poder e se converte em melhorias nos serviços destinados a população usuária.

Ainda no campo das descobertas e afirmações, a exposição conceitual e teórica sobre os burocratas de nível de rua e sua imbricação com o poder discricionário deixa evidente que em sua forma, mediação, relação com os usuários, acesso e representação implica sobre o resultado das políticas, restando evidente o papel inegável e importantíssimo que essa classe possui sobre a implementação de políticas públicas. Nesse sentido, a burocracia do nível de rua como implementadora de política é segmento importante e definidor dos resultados da política pública.

Concluimos que pensar a proteção social e as formas de enfrentamento da questão social, mediadas pelo Estado através das políticas públicas sociais requer compreender e reconhecer o processo de implementação como elemento central para a realização das ações estatais previstas, representando ainda a oportunidade de compreender os procedimentos implicados para o alcance dos resultados esperados.

Mais que isso, o referencial teórico até aqui apresentado, orientará a autora na apresentação, descrição e tentativa de interpretação e análise crítica da Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos na América Latina, em particular no Brasil e Paraguai.

3. REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS DESDOBRAMENTOS NA AMÉRICA LATINA: A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E PARAGUAI.

É sabido que o fenômeno da loucura é muito antigo, e ao longo do tempo recebeu diversas explicações para sua existência, assim como formas diferenciadas para o seu tratamento. Os loucos já puderam conviver harmoniosamente em sociedade, já foram associados a possessões demoníacas, se tornaram cobaias para tratamentos tortuosos que prometiam a cura, estiveram e ainda estão isolados em instituições de tratamento e cotidianamente ainda sofrem com o estigma que lhe foi historicamente atribuído.

Nesse sentido, no decorrer desse capítulo apresentaremos aspectos centrais da história de desenvolvimento da concepção e tratamento da loucura, desde os seus primeiros registros até a contemporaneidade, de forma a possibilitar ao leitor compreender, no contexto atual como vem sendo realizada a assistência em saúde mental, em especial na América Latina, que tem como marco de referência para a estatização das Políticas de Saúde Mental, a Declaração de Caracas como reorientador da reforma psiquiátrica no continente.

A Declaração de Caracas foi e continua sendo um importante instrumento da criação de políticas nacionais de saúde mental no Brasil e Paraguai. Nessa direção, buscar-se-á apresentar ainda nesse capítulo, considerando os diferentes processos pelos quais perpassou em cada um dos respectivos países, a institucionalização e a implementação da Política de Saúde Mental no Brasil e Paraguai.

3.1 Saúde Mental na América Latina: Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos em pauta.

Os relatos sobre a ocorrência de transtornos mentais na história são tão antigos quanto a própria humanidade e a tentativa de reconstruir essa narrativa tão complexa, é no mínimo pretensiosa, pois implica numa retrospectiva da evolução do pensamento humano, das transformações econômicas e sociais e do desenvolvimento de tecnologias na área de produção de medicação, além das perspectivas ideológicas sobre a forma de ver e entender a loucura. Desde os tempos mais antigos, o “comportamento diferente”, que mais tarde receberia o nome

de “doença mental”, existia nas diversas sociedades e a forma como era entendida sofreu muitas reformulações e conseqüentes mudanças. De uma maneira geral, três formas de perceber e tratar a loucura se destacaram no processo de desenvolvimento da humanidade.

1. A tentativa de lidar com acontecimentos por meio de magia – Método Mágico; 2. A tentativa de explicar as doenças da mente em termos físicos, isto é, o Método Orgânico; 3. A tentativa de encontrar explicação psicológica para as perturbações mentais – Método Psicológico (ALEXANDER; SELLESNICK, 1980, p. 58).

Essas percepções sobre a loucura foram se desenvolvendo com o próprio caminhar da humanidade, juntamente as práticas desumanas a que esses indivíduos foram submetidos por longo tempo em função da cotidiana violência e segregação através de exorcismo, privação de água e comida, queima nas fogueiras pela Inquisição²⁰, castigos, abusos e tratamentos dolorosos, especialmente na Antiguidade e Idade Média.

Segundo RIBEIRO (1996), a corrente de pensamentos que ligava a doença mental ao misticismo persistiu até metade do século XVIII, embora, no senso comum, ela se mantenha presente nas práticas de assistência à saúde mental até a atualidade. O período da Renascença, ocorrido entre os séculos XV e XVI, trouxe mudanças expressivas no pensamento europeu e as crenças dogmáticas foram aos poucos sendo substituídas por um pensamento racional e científico.

Com o Racionalismo, a loucura deixa de pertencer ao âmbito das forças da natureza, assumindo o status de desrazão, sendo o "louco" aquele que transgride ou ignora a moral racional. Com um caráter moral, a loucura passa a ser algo desqualificante com irresponsabilidade (ALVES, 2009, p. 58)

No século XVIII, o cenário mundial econômico começa a modificar-se, com a transição do mercantilismo pelo faminto modo de produção capitalista, rotulando

²⁰O Tribunal foi criado por Paulo III – o papa de Trento – no séc XVI, movido pelas solicitações de reformas para manter a Cristandade e para satisfazer a vontade do rei absoluto de Portugal D. João III, o Rei Pio, cuja fidelidade o papa precisava conciliar. O rei queria preservar o seu reino, realizando a unificação política alicerçada na homogeneidade das consciências. Via na Inquisição instrumento para implantar a ordem nos espíritos, a disciplina dos vários estamentos sociais, com a redução dos cristãos novos, elementos desconformes pelo seu cripto-judaísmo, além da possibilidade de prevenir a infiltração da dissidência protestante (SIQUEIRA, 2009, p. 03).

como desajustados todos aqueles que não podiam contribuir para o movimento da produção, comércio e consumo, desencadeando encarceramentos, sob a prerrogativa do controle social a tudo que fosse desviante.

[...] é precisamente nessa fase de expansão sem precedentes do modo de produção capitalista, faminta de braços para as linhas industriais, que o controle da saúde das classes sociais subalternizadas conhece igualmente uma expansão até então inédita: trata-se de fazer com que esses indivíduos tornem -se mais aptos para o trabalho fabril, o que atende à lógica burguesa (GONÇALVES, 1983, p. 24).

A institucionalização da loucura, enquanto é fruto de uma construção histórica, delineada a partir de necessidades econômicas, sustentada teoricamente pela teoria funcionalista, desenvolvida por DURCKHEIN (1983), propunha uma clara diferenciação de modelos comportamentais, classificados como “normais” e “anormais”, ou melhor dizendo uma divisão entre os aptos e os inaptos para o trabalho. Essa situação promoveu, pouco a pouco, o isolamento dos ditos doentes mentais do convívio social, encarcerados e institucionalizados em asilos, manicômios e hospitais psiquiátricos, passando, não raras vezes, o resto de suas vidas nesses espaços (DOMINGUES, 2005).

A partir do século XVIII e início do século XIX, como efeito da Revolução Francesa, inicia-se um processo de reabsorção dos excluídos, até então isolados em setores próprios dos Hospitais Gerais. Esses Hospitais eram ao mesmo tempo, um espaço de assistência pública, acolhimento, reclusão e correção. Nesta época, os conceitos de saúde e doença situavam-se numa perspectiva social, subordinada às normas do trabalho industrial e da moral burguesa, com vistas à manutenção da ordem pública (ALVES, 2009).

Historicamente, o pacto social que caracterizou o nascimento do capitalismo durante a passagem do século XVII ao século XVIII levou à expulsão de um grande contingente de pobres e doentes do mundo do trabalho. Na Revolução Francesa do século XVIII, na qual se instalou o *slogan* “*Fraternidade, liberdade e igualdade*” como signos de uma suposta universalização dos direitos dos homens, o pacto social do capitalismo selecionou parcelas da população consideradas desajustadas socialmente. Esta população foi levada para as instituições beneficentes, sendo direcionadas posteriormente para o mercado de trabalho as pessoas em melhores condições de exercê-lo, como aproveitamento de mão de obra barata (RODRIGUES; MARINHO, 2010, p. 1616).

Com a criação dos asilos, as pessoas com algum tipo de desajuste eram confinadas e excluídas do convívio social, situação que perdurou até o século XIX com a instalação dos primeiros hospitais psiquiátricos e a consolidação da psiquiatria como ciência. Ao longo do século XX, o hospital psiquiátrico ocupa a dimensão de espaço de tratamento aos socialmente reconhecidos como loucos ou alienados²¹. Nesse sentido, não representa exatamente o resultado de avanços científicos nos modos de “lidar” com o fenômeno loucura ou com a questão da “doença mental”. Do ponto de vista histórico, essencialmente, o hospital psiquiátrico oferece respostas a determinadas demandas sociais, institucionalizando necessidades da sociedade.

Além da pretensa finalidade terapêutica historicamente impressa à figura do hospital psiquiátrico, há outras subjacentes à internação nessa instituição, tais como rejeição, segregação, punição, invalidação. Nesse sentido, o significado preponderante da internação em hospital psiquiátrico tende a se situar no campo da moral. Portanto, não responde necessariamente a uma demanda clínica do indivíduo socialmente reconhecido como louco, mas institucionaliza necessidades da sociedade (ACIOLY, 2009, p. 03).

Os ideais da Revolução Francesa impactam as instituições sociais e provocam mudanças na proposição do tratamento psiquiátrico e nesse novo contexto, destaca-se uma grande personalidade da História da Psiquiatria, PHILIPPE PINEL (2007), diretor do Hospital La Bicêtre em Paris nos anos de 1800, influenciado por uma série de novas perspectivas de atendimento ao doente mental, decidiu oferecer uma atenção mais humanitária aos seus internos. Entre diversas ações, removeu as correntes, retirou internos da masmorra, melhorou consideravelmente as acomodações, tornando-as mais limpas e iluminadas. Essas mudanças tiveram como objetivo principal propiciar ao louco um espaço adequado, de certa forma, “salubre”, para que a loucura pudesse ser observada e analisada.

Pinel manda desacorrentar os alienados e inscreve suas "alienações" na nosografia médica. Desse modo, a loucura, enquanto doença deveria ser tratada medicamente. As idéias de Pinel terminal por reforçar a separação dos loucos dos demais excluídos, a fim de estudá-los e buscar a cura. Assim, a tecnologia pineliana propõe isolar para conhecer. "O isolamento

²¹[...] o alienismo instaura uma nova relação da sociedade com o louco: a relação de tutela, que se constitui numa dominação/subordinação regulamentada, cuja violência é legitimada com base na competência do tutor “versus” a incapacidade do tutelado, categorizado como ser incapaz de intercâmbios racionais, isento de responsabilidade e, portanto, digno de assistência (SILVA FILHO, 2001, p. 91)

consistiria em uma medida de ordem científica que possibilitaria um contato exclusivo, específico, com o objeto a ser estudado." (VALVERDE, 2010, p. 02)

Seus princípios tendiam mais ao cientificismo do que ao humanismo, embora o tenha praticado ao remover as correntes e melhorar as condições estruturais e de higiene dos hospícios. Para que pudesse observar a loucura de perto, PINEL (2007) não evoluiu no que diz respeito ao tempo de internação e contribuiu para a reafirmação do modelo de tratamento já empregado – o asilar (DOMINGUES, 2005).

A era moderna firmava uma linha teórica denominada organicista, que se tornou uma das orientações seguidas pela psiquiatria a partir do século XIX, contrapondo-se ao aparecimento e desenvolvimento de uma outra linha de pensamento: o ponto de vista psicológico que igualmente iria se impor, norteando o tratamento e o estudo da etiologia dos distúrbios mentais, com a afirmação da Psicologia enquanto ciência reconhecida no campo do tratamento aos doentes mentais (RIBEIRO, 1996).

Entre os anos de 1935 e 1936, o português Egas Moniz (1874-1955) desenvolveu uma técnica cirúrgica, que consistia na remoção de partes de lóbulos frontais do cérebro (lobotomia), sendo seu uso indicado nos casos de Esquizofrenia e Paranoia. Outras técnicas como o choque cardiazólico²², eletroconvulsoterapia²³ e o choque insulínico²⁴ são aplicados na tentativa de conseguir uma cura para a doença mental. Essas técnicas deixaram milhares de pessoas em estado vegetativo, confinadas a um estado definitivo de apatia, mantendo apenas funções fisiológicas de sobrevivência (DOMINGUES, 2005).

²² As convulsões ocasionadas pelo cardiazol ocorriam rápida e violentamente e eram difíceis de controlar. Às vezes, eram tão severas que causavam fraturas espinhais nos pacientes. Com a chegada de outros métodos para tratar pessoas com transtornos mentais, como os neurolépticos e a eletroconvulsoterapia, o cardiazol foi gradualmente descontinuado no final dos anos 40 e não mais utilizado. Hoje, sua importância é unicamente histórica (GUIMARÃES; BORBA; LAROCCA; MAFTUN, 2013. p. 364).

²³ A ECT, inicialmente denominada Terapia de Eletrochoque, foi administrada pela primeira vez em Roma, em 1938, por Ugo Cerletti e Lucio Bini. Por mais que esse método tenha sido muito utilizado desde o seu surgimento, nos anos 60 e 70 sua popularidade declinou. Isso pode ser associado ao advento dos psicofármacos mais efetivos e a crescente movimentação contrária a esse procedimento ocasionada pelo seu uso indevido com o objetivo de punir, controlar ou ameaçar os pacientes (GUIMARÃES; BORBA; LAROCCA; MAFTUN, 2013. p. 364).

²⁴ Consistia no uso de doses cada vez mais altas de insulina intramuscular até que o paciente ficasse comatoso. A princípio, esse quadro era revertido com glucagônio após 15 minutos, porém, foram realizadas tentativas de elevar os comas subsequentes até uma hora. Por vezes, eram necessárias mais de 60 aplicações para se observar os resultados (GUIMARÃES; BORBA; LAROCCA; MAFTUN, 2013. p. 365).

A partir dos anos 1940, desenvolvem-se as primeiras medicações para o tratamento de transtornos mentais, marco importante da história do desenvolvimento da atenção em saúde mental, desdobrando-se em dois vieses: o furor farmacológico que passou a identificar a loucura e todo o aparato médico institucional como grande fonte de lucro e outro que contribuiu para a melhora e/ou estabilidade do sofrimento psíquico.

A “medicalização” não significa, de fato, a simples confiscação da loucura por um olhar médico. Ela implica a definição, por meio da instituição médica, de um novo status jurídico, social e civil do louco: o doente mental. Portanto, o essencial na medicalização da loucura não é a relação médico-doente, mas a relação medicina-hospitalização, o desenvolvimento de uma tecnologia hospitalar, o desenrolar de um novo tipo de poder na instituição, a aquisição de um novo mandato social a partir de práticas centradas no modelo hospitalar (CARNEIRO, 2008, p. 211).

Desde o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945, e as conseqüentes sequelas para a saúde mental de combatentes e combatidos, as instituições de atendimento a pessoas com transtornos mentais, bem como os sistemas normativos e assistenciais psiquiátricos, sofreram reformas para tornar mais humanizado não só o tratamento, mas também a concepção de doença mental como um sofrimento humano e social, dando início a novas formas de olhar e tratar as pessoas com transtorno mental.

[...] pensamento que nasce como resposta à desumanização na Europa durante a Segunda Guerra Mundial, no qual era reportado o problema do Homem não mais como entidade abstrata, definível em um sistema de categorias fechadas, mas como um sujeito objeto de um sofrimento social (AMARANTE, 1996, p. 64).

Para muitos, a maior contribuição recebida para a compreensão das doenças mentais veio a partir das descobertas do psicanalista Sigmund Freud (1856-1939) que datam do fim do século XIX. Seus princípios foram responsáveis pelo aparecimento da primeira teoria compreensiva da personalidade baseada em observação, influenciando todas as posteriores descobertas e explicações acerca do comportamento humano e suas contribuições à ciência, à psiquiatria e à psicologia podem ser organizadas em quatro dimensões.

1. contribuições à anatomia do sistema nervoso e à neurologia;
2. estudos sobre hipnotismo e histeria;
3. demonstração e estudo dos fenômenos inconscientes e do desenvolvimento do método psicanalítico de tratamento;

4. sistemáticas investigações sobre a personalidade humana e a estrutura da sociedade. (ALEXANDER & SELLESNICK, 1980, p. 247).

A Psicanálise consolida-se definitivamente enquanto escola de Psicologia e Método Terapêutico e os avanços da ciência e genética aliada a descobertas e aperfeiçoamento de medicamentos propiciaram grandes avanços na redução dos sintomas e concomitante a esse processo, as psicoterapias se desenvolveram continuamente (DOMINGUES, 2005).

Outro importante e inovador modelo de atuação em Saúde Mental na década de 1960, foi o de CAPLAN (1996), que propõe a Psiquiatria Preventiva ou Psiquiatria Comunitária teve papel fundamental para o questionamento das internações psiquiátricas e para o desenvolvimento e aprimoramento do atendimento ambulatorial.

Esse novo modelo diferencia-se por quatro principais motivos: 1. identificação das necessidades de Saúde Mental da população com enfoque na prevenção e envolvimento de cidadãos e atores sociais no planejamento das ações em saúde mental; propõe atendimento por equipe interdisciplinar e valoriza as diversas contribuições que esses profissionais relatam a partir de sua formação acadêmica; 3. propicia maior interação entre o paciente e a equipe, além de promover a explicação e orientação sobre a patologia aos pacientes e seus familiares; 4. prevenção baseada nos princípios de Saúde Pública nos níveis primário, secundário e terciário (ALEXANDER & SELLESNICK, 1980, p. 346).

Os estudos de CAPLAN (1996) contribuíram significativamente para as transformações nos serviços de assistência psiquiátrica prestados à população e, junto a esse movimento, outros profissionais passam a atuar na área psiquiátrica: Psiquiatria, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Educação Física tornam-se profissões integradas em equipes interdisciplinares (CARNEIRO, 2008).

A prevenção e atuação multiprofissional passam a ser incorporadas no conceito de saúde e a mudança de enfoque – saúde em vez de doença e uma visão holística do indivíduo trouxeram uma ampliação muito grande nas práticas antes ditas psiquiátricas. O hospício, o asilo e a loucura, deixam de ser vistos como o ponto central de atendimento psiquiátrico, e cedem lugar à ação de novos profissionais, as novas abordagens, novos conceitos e novas formas de tratamento e prevenção (RIBEIRO, 1996).

Nesse contexto de mudanças, BASAGLIA (1985) inaugura o movimento denominado Reforma Psiquiátrica, que tem seus princípios baseados no direito e cidadania. Como desdobramento desse processo, a Reforma Psiquiátrica Italiana ocorreu com a aprovação da lei 180, de 1978, em substituição a uma lei mais antiga, de 1904, que determina a proibição de novas instituições com caráter asilar, propõe modelos substitutos de atendimento e atribui ao doente mental direitos de cidadania.

A proibição de construir novos hospícios e de reformas ou restaurações nos já existentes; reorganização do atendimento psiquiátrico; os doentes mentais passam a ter garantia de seus direitos sociais e da cidadania; eliminação gradativa da internação psiquiátrica e criação de serviços de Saúde Mental que venham substituir a internação (RUSSO, 1993, p. 139).

BASAGLIA (1985) defendia o fim do modelo hospitalocêntrico e propunha, em substituição a este, a implantação da psiquiatria preventivo comunitária com oferta de serviços substitutivos em âmbito local, com a inclusão de profissionais de outras áreas (assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais), apelando para o fim do histórico de abusos sofridos pelos doentes mentais privados do convívio social nos manicômios e asilos, fadados a uma condição de vida e de saúde sem dignidade humana.

As propostas de BASAGLIA (1985) influenciaram internacionalmente a concepção do tratamento psiquiátrico e servem até a atualidade como modelo de desenvolvimento das políticas direcionadas à Saúde Mental e a necessidade de atendimento mais humanizado aos doentes mentais, abrindo precedentes para a Reforma Psiquiátrica Mundial (AMARANTE, 1996).

A partir da Reforma Psiquiátrica Italiana, o tema saúde mental passou a ser incorporado como pauta de organismos internacionais na defesa dos Direitos Humanos dos portadores de Enfermidades Mentais, instaurando diretrizes para o atendimento, destacando-se a Declaração dos Direitos dos Retardados Mentais, proferida pela ONU em 1971; a Declaração de Alma-Ata, resultado da Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, em 1978; Programa de Ação Mundial para os Impedidos, em 1981; o conjunto de normativas denominado Princípios, Directrices y Garantias para La Protección de Personas Detenidas a Título de Padecer de Enfermidades Mentales, criado pela Comissão Internacional de Direitos Humanos e expedido no ano de 1984; e a Resolução da ONU, em 1991,

que aprovou a Declaração sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência em Saúde Mental (MARAZINA, 2011).

O tema saúde mental tem uma imbricada relação com a questão do reconhecimento dos Direitos Humanos em 1948 e sua apropriação pela Organização Mundial de Saúde, que amplia o conceito biológico de saúde vigente. A saúde não seria mais definida pela ausência da doença e sim conceituada após a mudança, como um estado de bem-estar completo, físico, mental e social. Como uma consequência imediata dessa nova concepção, observa-se a substituição do conceito de higiene mental para o de saúde mental, implicando numa alteração da sua concepção (MARAZINA, 2011).

A partir do novo conceito foi possível articular de forma orgânica as disciplinas que pertencem a saúde mental com as ligadas à saúde física e à saúde da sociedade. Assim, o eixo das práticas médicas muda: do trabalho com a patologia, se passa ao trabalho a favor do bem-estar, o que implica na introdução da prevenção como estratégia prioritária. Apesar das críticas formuladas a posteriori, no sentido da sua imprecisão, se produz uma legitimação do novo conceito de saúde dentro do campo médico (p. 24).

No cenário latino-americano, essa nova concepção é discutida na realização do Congresso Latino Americano em Saúde Mental, que teve sua primeira edição realizada no Brasil em 1954, e dois anos depois na Argentina. Durante as décadas de 1960 e 1970 não houve no contexto latino-americano nenhum evento ou acontecimento que discutisse a atenção em saúde mental, evidenciando que o tema, não era considerado prioritário nas agendas governamentais. A saúde mental só voltou a pauta nos anos 1980, após a denúncia de atos contra os direitos humanos de pessoas com transtorno psíquico ocorridos no continente latino-americano, fatos que levaram a Organização Panamericana de Saúde - OPAS a realizar uma avaliação em saúde mental nos países desse território (MARAZINA, 2011).

Após a avaliação, realizada no fim dos anos oitenta, a Organização Mundial de Saúde, em parceria com Organização Panamericana de Saúde – OPAS, convocou os países latino-americanos²⁵ para a Conferência Regional para a

²⁵ Participaram da Conferência representantes das entidades patrocinadoras, juristas e membros dos Parlamentos da Argentina (Mendoza), Brasil, Chile, Equador, Espanha, México, Panamá, Paraguai, República Dominicana, Uruguai e Venezuela; e delegações técnicas do Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile, Curaçao, Equador, Estados Unidos da América, México, Nicarágua, Panamá, República Dominicana, Uruguai e Venezuela. Para saber mais: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/020811cnsmr.pdf> Acesso em jan/2018.

Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina com o objetivo de discutir a reorientação da atenção em saúde mental, considerando que o relatório de avaliação identificou diversos problemas na superação do modelo antimanicomial e no desrespeito aos Direitos Humanos (OPAS, 1990).

A Conferência sobre a reestruturação da saúde mental, realizada em Caracas, na Venezuela, em novembro do ano de 1990, culminou na adoção da “Declaração de Caracas”, documento que tem servido como base para as mudanças do modelo centrado na internação para a atenção em saúde mental comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e participativa. O evento contou com a presença da quase totalidade dos países latino-americanos, entre esses Brasil e Paraguai, que na ocasião, declararam.

Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales; Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios. [...] Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la vigilancia y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos (OPAS, 1990).

O encontro e a posterior Declaração de Caracas representam um marco fundamental na história da saúde mental na América Latina, os princípios e os valores que a conformam, com base no direito das pessoas com transtorno psíquico e o reconhecimento da importância de assegurar uma atenção em saúde mental de qualidade na comunidade, se constituiu como a principal inspiração de todos os países que haviam se comprometido a melhorar a saúde mental das populações do continente latino-americano, com ênfase na atenção psiquiátrica realizada na atenção primária, no contexto dos sistemas locais de saúde (KOHN *et al*, 2005).

Em 1997 e em 2001, o Conselho Diretor da Organização Panamericana de Saúde reiterou o apoio as deliberações da Declaração de Caracas e emitiu resoluções aos Conselhos Diretores dos países-membros, orientando sobre as ações na atenção em saúde mental, solicitando a criação de programas comunitários, o desenvolvimento de práticas de controle dos transtornos psíquicos, o

fortalecimento de atividades de promoção e prevenção da saúde mental desde a infância, o aumento na oferta de programas de formação em saúde mental, assim como a melhoria da legislação e regulação para a garantia efetiva da proteção dos direitos humanos (OMS, 2001).

As ações em saúde mental na América Latina derivam de avaliações e orientações de organismos internacionais²⁶ e gradualmente a temática passou a ser destaque entre essas organizações e reconhecida como importante e fundamental elemento nos processos envolvendo o bem-estar pessoal, familiar e comunitário, e que, uma precária atenção nessa área desencadeia um ciclo negativo de desenvolvimento intergeracional e, nesse sentido, especialmente a partir dos anos 2001, declarado como o Ano Internacional da Saúde Mental, a Organização Mundial de Saúde, em parceria com a Organização Panamericana de Saúde – OPAS, apresentou o Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança, enfatizando a importância na mudança de concepção sobre as doenças mentais, que envolve a compreensão de que os fatores multicausais para o adoecimento como os de ordem genética, biológica social e ambiental, associados, podem se constituir em fatores desencadeadores do adoecimento mental (OMS, 2001).

O registro evidenciou que na maior parte do mundo, longe está de ser atribuída à saúde mental e aos transtornos mentais a mesma importância dada à saúde física, e em geral são ignorados ou negligenciados os indivíduos nessa situação e, devido em parte a isso, o mundo está padecendo de uma crescente carga de transtornos mentais e um progressivo desnível de tratamento, notadamente materializado na falta ou ausência de investimentos na área.

Embora, segundo estimativas, os transtornos mentais e de comportamento respondam por 12% da carga mundial de doenças, as verbas orçamentárias para a saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde. A relação entre a carga de doenças e o gasto com doenças é visivelmente desproporcional. Mais de 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% não têm programas nessa esfera. Mais de 90% dos países não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes. Ademais, os planos de saúde frequentemente deixam de incluir os transtornos mentais e comportamentais no mesmo nível das demais doenças, criando significativos problemas econômicos para os pacientes e suas famílias. E assim, o sofrimento continua e os problemas aumentam (OMS, 2001, p. 02).

²⁶ ONU, OMS, OIT, OPAS, UNICEF, UNESCO.

Em 2004, o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial de Saúde emitiu um informe sobre a promoção em saúde mental, destacando que essa ação está situada no campo mais amplo da promoção da saúde e se coloca de forma conjunta com a prevenção de transtornos psíquicos, através da adoção de estilos de vida saudável. O documento ainda reforça a premissa de que sem saúde mental não há saúde e que esta é determinada por fatores socioeconômicos e ambientais. Reconhecem ainda que o uso de substância psicoativa vem crescendo mundialmente, apontando a necessidade de implementação de políticas de Redução de Danos²⁷ tanto para as substâncias lícitas quanto para as ilícitas e registram a preocupação com a atenção em saúde mental dos refugiados.

Existe un considerable sufrimiento humano y discapacidad física entre los refugiados expatriados, comunidades masivamente traumatizadas cuyos habitantes quedaron rezagados en sus países de guerra, víctimas de la guerra, física o sexualmente torturado y veteranos de guerra. Esto involucra casi siempre trastornos de estrés postraumáticos (PTSD), depresión y ansiedad, que están frecuentemente asociados con trastornos comórbidos tales como abuso de sustancias, cambios de personalidad, disociaciones e incluso descompensación psicótica y conducta suicida (OMS, 2004, p. 68).

No continente latino-americano, entre o Ano Internacional de Saúde Mental, em 2001, até 2004, não houve acontecimentos ou eventos de destaque na saúde mental, o que só voltou a ocorrer em novembro de 2005, em Brasília, quando realizou-se, em cooperação com o governo brasileiro e o apoio da Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana da Saúde a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, com o tema era “15 anos depois de Caracas”, constituindo-se em um importante acontecimento que permitiu refletir sobre os avanços e obstáculos ocorridos nesse período de tempo, reiterando que a inclusão dos princípios da Declaração de Caracas vem promovendo práticas exitosas em muitos países da América Latina.

Que con el transcurso del tiempo valiosas experiencias y lecciones se han acumulado tanto de éxitos como de obstáculos; Que la Declaración de

²⁷ Redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas (INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION, 2010, P. 01)

Caracas ha sido utilizada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como un estándar para interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos legales en los informes relacionados con los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales; Que existen experiencias exitosas en algunos países que sirven de referencia para la OMS en sus acciones globales, tales como la reforma de la atención psiquiátrica en Brasil, que promueve la movilización cultural, la reducción significativa de camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención; y la reforma en Chile, que prescribe la integración de la Salud Mental dentro de las redes de servicio de salud pública. Cabe destacar ejemplos adicionales, entre otros, la integración de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud y el desarrollo de servicios de Salud Mental Infanto-Juveniles en Cuba; aspectos sobresalientes del “Modelo Nacional Miguel Hidalgo de atención en Salud Mental” cuyo desarrollo contempla importantes acciones de prevención, hospitalización breve y reintegración social en México; el desarrollo de servicios de Salud Mental basado en la utilización de enfermeras, calificadas en Belice y Jamaica; la atención a grupos vulnerables en El Salvador, Guatemala y Nicaragua; y el desarrollo de un sistema de salud mental descentralizado en Panamá (OMS, 2005, p.02).

No relatório final da Conferência foi registrado que os serviços de saúde mental deve se defrontar com novos desafios técnicos e culturais que tornaram-se mais evidentes nos últimos anos, como a vulnerabilidade econômica e social, que incluem a problemática das populações indígenas e as consequências adversas da desorganizada ocupação das grandes cidades; o aumento da mortalidade e de problemas psicossociais da infância e adolescência; acréscimo na demanda de serviços que adotem medidas de prevenção e abordagem precoce do suicídio e do abuso de álcool e o crescente aumento de diferentes modalidades de violência, que exige uma participação ativa dos serviços de saúde mental, em especial com atenção as vítimas. Por seu impacto social esses quatro problemas devem se converter nos próximos anos no centro de atenção e prioridade na área de saúde mental em toda a América (OMS, 2005).

Ainda no ano de 2005, em complemento ao informe sobre Promoção em Saúde da OMS, o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial de Saúde emitiu outro documento sobre Prevenção de Transtornos Mentais – Intervenções Efetivas e Opções Políticas dando ênfase a necessidade de estabelecer como prioritárias as ações de prevenção de transtornos mentais, destacando que o desenvolvimento desses está associado a múltiplos determinantes, especialmente aos sociais, demandando a criação de políticas de saúde gratuitas, integradas e dirigidas a conjunto de problemas relacionados,

considerando as diferentes etapas de ciclo de desenvolvimento humano e o risco social de alguns segmentos populacionais (OMS, 2005).

No ano de 2008, os conselhos diretivos da Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana de Saúde, realizaram, em Washington, no mês de outubro um encontro para a aprovação do Plano Estratégico em Saúde 2009-2012 com o objetivo de prevenir e reduzir as doenças, as deficiências e disfunções prematuras relacionadas com as doenças crônicas não transmissíveis, os transtornos mentais e a violência e suas lesões. O Plano ainda destaca a situação epidemiológica existente e a necessidade de reduzir as brechas no tratamento de transtornos mentais na América Latina, enfatizando a falta de dados e informações adequadas sobre os índices de transtornos mentais na maioria dos países, fato que impede a formulação de políticas e ações adequadas a cada país (OPAS, 2009).

Outro documento de referência no desenvolvimento das melhorias em atenção à saúde mental na América Latina é a Agenda de Salud para las Américas 2008–2017, que tem a intenção de orientar ações coletivas de atores nacionais e internacionais interessados em contribuir na melhoria da saúde dos povos. A saúde mental se destaca de maneira implícita e explícita dentro das áreas de ação dessa agenda, considerando o conteúdo apresentado no enunciado de intenção.

Los Gobiernos de la Región de las Américas establecen conjuntamente esta Agenda de Salud para orientar la acción colectiva de los socios nacionales e internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos de esta Región, a lo largo de la próxima década. Los Gobiernos reiteran su compromiso con la visión de una región más saludable y más equitativa en aspectos de salud, donde se aborden los determinantes de salud y se mejore el acceso a servicios y bienes de salud individuales y colectivos. Una región en la que cada individuo, familia y comunidad tenga la oportunidad de desarrollarse al máximo de su potencial. La Agenda de Salud para las Américas es una respuesta a las necesidades de salud de nuestras poblaciones y refleja el compromiso de cada uno de los países para trabajar en conjunto, con una perspectiva regional y con solidaridad en favor del desarrollo de la salud en la Región (OMS/OPAS, 2007, p. 03).

No ano de 2008, a Organização Mundial de Saúde lançou o Programa Global de Ação em Saúde Mental, que apresentou como meta diminuir o número de transtornos psíquicos e neurológicos, bem como os relacionados ao uso de substância psicoativa em todo o mundo e, para tanto dirige esforços, especialmente aos países em desenvolvimento, no cumprimento das metas estabelecidas (MARAZINA, 2011). Ainda nesse ano, a OMS apresentou o Programa de Acción para superar las brechas em salud mental – mejora y ampliación de la atención de

los trastornos mentales y por abuso de substâncias com o objetivo de reforçar o compromisso com os países-membros²⁸ na garantia de financiamento, aumento dos recursos humanos e ampliação na cobertura da atenção em saúde mental de base comunitária (OMS, 2008).

Até os anos de 2008, constatou-se uma ampla e crescente produção de relatórios, declarações e informes emitidos pela OMS/OPAS no que se refere a saúde mental mundial e no contexto latino-americano, porém ainda não havia uma proposição de planejamento e estratégias de referência para as ações em saúde mental e tão pouco no que se refere a informações sobre a epidemiologia dos transtornos mentais na América Latina. Tal situação se alterou no ano de 2009, com o lançamento dos documentos produzidos pela OPAS/OMS sobre a Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental 2009-2012 e a Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. O primeiro foi construído a partir das discussões e consensos realizados no 49º Encontro do Conselho Diretor em Saúde Mental, ocorrido em Washington e sua aprovação é considerada um marco no planejamento e definição de estratégias em nível macro das ações em saúde mental na América Latina (OPAS, 2009a).

De igual relevância, os estudos sobre Epidemiología de Los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe se tornou o primeiro instrumento a sistematizar dados sobre a atenção em saúde mental de todo o continente, revelando o hiato entre aquilo que se propõe e o que efetivamente acontece nas ações programáticas da área.

Una compilación de los estudios epidemiológicos más importantes acerca de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe en los últimos 20 años , nos permite apreciar la prevalencia y la brecha de tratamiento. La brecha de tratamiento expresa la proporción de personas enfermas que necesitan atención y no la reciben. La brecha es muy amplia y hasta podría estar subestimada ya que, por lo general, no se tiene en cuenta la comorbilidad, ni tampoco lo referente a calidad y eficacia del tratamiento (OPAS, 2009b, p. 07).

²⁸Atualmente, a OMS é composta por 193 Estados-membros que incluem territórios que não necessariamente são membros da Organização das Nações Unidas também. Há ainda espaço reservado para os membros associados e os membros observadores. Mas são os Estados-membros que decidem pela adesão de outros países através de assembleias, que são realizadas anualmente no mês de maio. Para saber mais: <http://www.who.int/en/> Acesso em jan/2018 A OPAS se constitui de 36 Estados Membros. Para saber mais: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=693 Acesso em jan/2018

A intensificação do movimento pela transformação do modelo de atenção em saúde mental com a adesão aos princípios da Reforma Psiquiátrica e a celebração dos 20 anos após a Declaração de Caracas, culminou na realização da Conferência Regional de Saúde Mental nos anos de 2010, no Panamá. Entre as preocupações apresentadas está a de que os transtornos mentais e o uso de substância psicoativa, em especial o consumo nocivo de bebidas alcoólicas se revelam como grande causa de morbidade, mortalidade e incapacidade, ao mesmo tempo que existe uma brecha de atenção importante, o que significa afirmar a existência de um alto número de pessoas não acessa tratamento adequado (OPAS/ OMS, 2010).

Concomitantemente evidenciou-se que em muitos países da América Latina ainda persistem limitações quanto a implementação de políticas e planos de saúde mental em consonância com os instrumentos internacionais de direitos humanos. No relatório final, intitulado Consenso de Panamá, conclui-se que apesar do apoio generalizado em nível continental para a adoção dos princípios da Declaração de Caracas e de múltiplos esforços realizados nas últimas décadas por diversas instâncias nos países, as ações de superação da hegemonia do hospital psiquiátrico como modelo de atenção ainda são insuficientes (OPAS/OMS, 2010).

No que se refere a continuidade das ações de planejamento, em 2013, foi apresentado pela OPAS/OMS, o Plano de Acción em Salud Mental – 2013-2020, como parte das discussões e deliberações realizadas na Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em Genebra, nos anos de 2012, reconhecendo que a incidência e crescimento do número de pessoas com transtorno psíquico vêm colocando a necessidade de uma resposta integral e coordenada dos setores sociais e de saúde dos países através de um plano integral que inclua serviços, políticas, leis, planos, estratégias e programas voltados para as ações em saúde mental (OPAS/OMS,2014b).

A construção do plano foi realizada com a participação com todos os países integrantes, sociedade civil e associados internacionais e seu enfoque parte de uma perspectiva integral e multissetorial, congregando especial atenção a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, atenção e recuperação da saúde mental, a partir do estabelecimento de ações definidas entre os Estados-Membros, Secretarias e Associados a nível internacional, regional e nacional, baseando-se em seis princípios e enfoques transversais que contemplem a “[...] cobertura sanitaria

universal; Derechos humanos; Práctica basada en evidencias; .Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital: 5.Enfoque multisectorial” (OMS, 2013, p. 10).

Ainda no ano de 2013, a OPAS/OMS publicou um informe sobre os sistemas de saúde mental na América Latina e Caribe, elaborado a partir da aplicação de um instrumento de avaliação dos Sistemas de Saúde Mental com o objetivo de identificar os aspectos positivos, as debilidades e as prioridades, apontando para o melhoramento dos serviços. As informações sintetizadas revelam as fragilidades com relação a pouca oferta de cursos de especialização em saúde mental na atenção primária; a disparidade de recursos humanos entre os países, permanência do modelo hospitalocêntrico com destaque para a atuação centrada no médico, pouca articulação entre a rede de atenção especializada e a atenção básica e a falta de informações estatísticas confiáveis em saúde mental. Com relação às possibilidades, destacou-se a comprovação de existência de Política de Saúde Mental na maioria dos países da América Latina seguida do aumento de aporte financeiro para o custeio da rede que presta assistência em saúde mental (OPAS/OMS, 2013).

A partir da adoção do instrumento de avaliação desenhado pela OMS, foi possível diagnosticar no cenário mundial, várias situações em torno da saúde mental, e entre as constatações realizadas, a questão do suicídio vem gradativamente causando preocupações, considerando o alto índice de suicídio mundial, que remete a um milhão de pessoas, com uma morte a cada 40 segundos, estando entre as vinte principais causas de mortalidade. No contexto latino-americano, os dados sobre mortalidade por suicídio são considerados irregulares parte em razão dos índices permanecerem abaixo se comparados a países europeus, e também por existirem grades disparidades nas taxas de suicídio entre os distintos países, inclusive entre aqueles com níveis similares de desenvolvimento (OPAS/OMS,2014).

O conjunto de informações obtidas a partir do Informe sobre os Sistemas de Saúde Mental (2013) e o estudo sobre Mortalidade por Suicídio nas Américas (2014), serviu de alicerce para a formulação do Plano de Ação sobre Saúde Mental nas Américas, com prazo de implementação de 06 anos (2015-2020). Embora tenha por base uma visão geral, o Plano reconhece que há grandes diferenças entre os países e mesmo dentro do próprio país e, nesse sentido as ações propostas devem

se adaptar as realidades locais e os contextos culturais de cada região, sem perder de vista as metas universais que servem de guia para os Estados-Membros.

a) Formular e implantar políticas, planos e leis na área de saúde mental e da promoção de saúde mental de maneira que a governança seja apropriada e eficaz. b) Melhorar a capacidade de resposta dos sistemas e serviços de saúde mental e de atenção aos problemas relacionados com o uso de substâncias psicoativas, a fim de proporcionar uma atenção integral de qualidade no nível de comunidade c) Elaborar e implantar programas de promoção e prevenção no âmbito dos sistemas e serviços de saúde mental e de atenção aos problemas relacionados com o uso de álcool e outras substâncias, dedicando atenção especial ao ciclo de vida.d) Fortalecer os sistemas de informação, as evidências científicas e as pesquisas (OPAS/OMS, 2015, p.53).

Durante os anos de 2013 e 2014, a OMS voltou a aplicar questionário com a finalidade de apresentar uma visão regional e mais detalhada da situação da saúde mental nos países e territórios da América Latina, culminando na publicação do Atlas Regional de Salud Mental no ano de 2015. O documento foi produzido após a devolutiva dos questionários aplicados em 32 países, compreendendo Centroamérica, México e Caribe latino; Caribe não latino, América do Sul, Canadá e Estado Unidos. O resultado do estudo possibilita o acesso a informações atualizadas sobre os recursos e serviços de saúde mental existente nessas regiões e enfatiza a necessidade do cumprimento das ações para previstas para alcançar as metas estabelecidas no Plano de Ação em Saúde Mental 2015-2020 (OPAS/OMS,2015).

De maneira conclusiva foi identificado que 81% dos países pesquisados dispõe de uma política de Saúde Mental, e 52% de uma lei independente em matéria de Saúde Mental, sendo que 50 % destes, atualizou nos últimos 10 anos suas legislações. Com relação aos recursos financeiros dirigidos a saúde mental giram em média algo em torno de US\$ 6,96 per capita e o recurso destinado para a internação hospitalar é considerado alto (73%). O documento mais atual produzido pela OMS/OPAS, trata-se de uma revisão intermediária do Plano de Ação de Saúde Mental 2015-2020, realizado em Washington, em julho dos anos de 2017 e visa informar sobre o progresso alcançado a partir das metas estabelecidas no documento (OMS, OPAS, 2017).

No contexto atual, os transtornos mentais e os agravos decorrentes do abuso de substância psicoativa são prevalentes em todas as regiões do mundo, se constituindo em fatores que contribuem para a morbidade e mortalidade prematura. Na América Latina, o estigma e as violações dos direitos humanos a que as pessoas

que padecem desses transtornos sofrem, agravam o problema, ao mesmo tempo em que os recursos para enfrentar o gradual crescimento de indivíduos afetados são escassos e variam enormemente entre as regiões, como já mencionado nesse trabalho. Embora os estudos realizados pela OPAS e OMS demonstrem que aos poucos os países do continente estejam implementando ações em saúde mental fundamentadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Declaração de Caracas, é notório que ainda existem assimetrias entre a proposição e materialização das ações.

Especialmente na América Latina, a questão do desenvolvimento das práticas e das legislações que adotam os princípios inovadores em saúde mental estão vinculados aos organismos de defesa dos direitos humanos, inicialmente por reconhecer historicamente a condição de vulnerabilidade e necessidade de proteção desse segmento e, na atualidade por ainda ser necessário a notificação e a aplicação de sanções aos países pelo descumprimento de pactuações internacionais que deliberam sobre os direitos das pessoas com transtorno psíquico.

As violações de direitos humanos que sofrem as pessoas e as famílias afetadas por transtornos psíquicos são intensas e profundas, potencializadas pela parca ou inexistência de ações de promoção, prevenção tratamento e reabilitação, que poderiam ser instrumentos para o enfrentamento de outro grande problema – a forma como a sociedade percebe as pessoas com adoecimento mental. Outra dificuldade associada a proteção dos direitos humanos desse segmento populacional vai além das violações específicas, relacionando-se com as limitações básicas de direitos humanos aos indivíduos em comunidades vulneráveis, situação comum em muitas regiões do continente latino-americano, podendo desencadear-se em poderosos determinantes para o desenvolvimento de transtornos psíquicos e/ou uso abusivo de substâncias psicoativas.

A guisa de conclusão, outro aspecto merecedor de destaque no que diz respeito a saúde mental na América Latina, trata-se da secundarização que ocupa os transtornos psíquicos frente as questões de saúde física, observada tanto na distribuição dos serviços especializados quanto no baixo financiamento. Prevalece ainda a ideia de que as enfermidades físicas são muito mais graves e demandam muito mais investimento e atenção do que as que envolvem a saúde mental, como se o conceito da Organização Mundial da Saúde sobre a saúde a entendendo como

um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidades fosse abstrato e não incluísse os determinantes sociais de saúde.

La salud mental se relaciona con el desarrollo de las sociedades y los países. La pobreza y los factores psicosociales estresantes asociados (por ejemplo violencia, desempleo, exclusión social e inseguridad. La pobreza relativa, la escasa educación y la desigualdad en el seno de las comunidades se asocian a un riesgo elevado de problemas de salud mental (OMS, 2008, p. 06).

Notadamente observam-se avanços em algumas regiões da América Latina, se nos determos a olhar isoladamente os dados de saúde mental de alguns países (Argentina, Brasil, Chile, Equador, Uruguai e Peru), porém, no quadro geral é necessária a evolução e ampliação dos serviços de assistência em saúde mental na atenção básica e em práticas que visem diminuir as internações hospitalares, bem como a ampliação do resguardo dos direitos humanos dos usuários, associadas a criação de espaços comunitários substitutivos de tratamento em saúde mental

Por fim, concluímos que a atenção em saúde mental na América Latina está em processo contínuo na (re)construção de políticas e ações com base nas proposições da Declaração de Caracas ao mesmo tempo que está em permanente desconstrução o preconceito, o estigma, a depreciação, a marginalização e criminalização historicamente vivenciadas pelas pessoas com transtorno mental e/ou usuárias de substância psicoativa. Considerando que em cada região do continente, a trajetória da implementação da assistência e da política de saúde mental se construiu de forma distinta, nos ocuparemos de evidenciar como esse processo ocorreu nos países objetos de estudo pesquisados neste trabalho: Brasil e Paraguai.

3.2 Política de Saúde Mental no Brasil: do hospício a Rede de Atenção Psicossocial – Raps.

A loucura só vem a ser objeto de intervenção por parte do Estado no início do século XIX, com a chegada da família real ao Brasil, depois de ter sido ignorada por quase trezentos anos. Seguindo o modelo universal de tratamento asilar, em 05 de dezembro de 1852, através do decreto imperial é inaugurado a primeira instituição psiquiátrica no país, o Hospício Pedro II, na localidade de Praia Vermelha no Rio de Janeiro, revelando a preocupação do Império em afastar os alienados, assim

denominados na época, do convívio social, tratando-os de diferentes e tortuosas formas.

Da maioria dos quartos, funcionando como prisões, partiam os gritos dos insanos, trancados, atados e imobilizados. Os esgares escoavam pelos corredores, em cujos lajedos outros tantos pacientes faziam com os punhos amarrados [...]. Cordas, correias, tiras, manchões, argolas, lonas e coleiras formavam o arsenal patético [...] os braços livres que restavam, fora dos manguitos célebres, eram para atirar montões de fezes pelas paredes, que iam até os tetos. [...]. Diariamente o chamado carro forte da polícia despejava à porta do instituto, com guias dos delegados, magotes e loucos de todo o gênero [...]. Os loucos, com os pés e mãos atados [...] eram castigados por um calabrote de couro, com uma argola de ferro na ponta e o relho mestre, vibrado por braços habituados a tratá-los por meio de todo aquele instrumento de sevícias (RODRIGUES, 1974, p. 53).

Nesses espaços, loucos, pobres, indigentes, prostitutas, bandidos, bêbados ou qualquer pessoa que apresentasse problemas no relacionamento familiar ou conflitos por divisões de herança, eram encarcerados no Hospício, lugar onde, na maioria das vezes passariam o resto de suas vidas. O médico brasileiro Juliano Moreira, no final do século XIX, atribuía os problemas da assistência psiquiátrica brasileira ao povo português, que descobriu e colonizou o país, seguindo tendências do modelo europeu, demorando a perceber e a tratar adequadamente os doentes mentais, sendo o confinamento a única forma de tratamento (DOMINGUES, 2005).

Após a Proclamação à República, em 1889, ocorrem várias mudanças de ordem administrativa e, em 1890, o Hospício Pedro II muda seu nome para Hospício Nacional de Alienados, sendo sua administração repassada a esfera pública. Entre as ações realizadas está a criação de colônias para os doentes mentais e a Assistência Médico–Legal aos Alienados, primeira instituição de saúde pública estabelecida pela República (GONÇALVES, 1983).

Esse conjunto de medidas caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como escopo a implantação de colônias na assistência aos doentes mentais, lançando a proposta de atendimento baseada na possibilidade de os ditos loucos e a comunidade conviverem fraternalmente. De forma contraditória a essa proposta, esse período é marcado pela crescente ampliação e construção de hospícios e asilos por todo o país, além da formação da primeira cadeira de psiquiatria para estudantes de medicina e a primeira escola de enfermagem que direciona a formação para a especialidade de psiquiatria (AMARANTE, 1996).

Em 1927 a Assistência aos Alienados passa a ser denominada Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, refletindo as preocupações médicas da época com a

profilaxia pré-ocupacional e de higiene mental sob a influência de princípios higienistas. A criação da Liga Brasileira de Saúde Mental nesse período reflete essa perspectiva, notadamente influenciadas pela ideologia nazista e fascista, e cria projetos para tornar obrigatória a esterilização dos doentes mentais, à extinção da miscigenação e a proibição da imigração de qualquer outra raça, senão a branca (RUSSO, 1993).

Em 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, a atribuição da responsabilidade por os denominados psicopatas é repassada a esse órgão e são sistematizadas propostas de psiquiatria clínica e forense que dispõem sobre a assistência e proteção às pessoas e aos bens dos doentes mentais. Essa nova relação entre a psiquiatria, a esfera judiciária e o paciente psiquiátrico colocavam em pauta questões afetas aos direitos civis, em especial o direito sobre sua liberdade e seus bens. Buscava-se definir através do conhecimento médico algo que até então era prerrogativa da esfera jurídica: até que ponto um cidadão era responsável por seus atos – e, portanto, livre, entrando em disputa, a própria concepção de cidadania e dos direitos civis que a acompanham, isto é, tratava-se de separar os indivíduos livres e iguais – donos de si – daqueles passíveis de serem tutelados pelo Estado (RUSSO, 1993).

Portanto, o hospício enquanto marca da modernidade científica, e com ele a psiquiatria, não surgem por acaso nesse momento histórico, considerando que sob esta perspectiva, por meio de aparatos legais e médicos, o Estado amplia sua dominação, negando o direito à cidadania e a liberdade das diferenças. Também nesse período, as técnicas de tratamento de origem europeia começam a ser aplicadas no Brasil; lobotomia, choque insulínico e cardiazólico e a eletroconvulsoterapia, que, apesar de mostrarem-se técnicas de risco, além de agressivas, foram muito aplicadas nos hospícios do país.

Na década de 1940 nas ações político assistenciais na área de psiquiatria foram pautadas na busca pela modernização, centralização e nacionalização mais ampla em saúde. É criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde. Os hospitais públicos exerciam um papel orientador da assistência psiquiátrica, consolidando a política macro-hospitalar como principal alternativa.

O sistema e a mentalidade vigentes estavam organizados em torno da internação (e da internação prolongada), as empresas hospitalares auferiram benefícios significativos com as internações (sua única fonte de lucro), com total falta de controle pelo Estado, observando-se um verdadeiro empuxo a internação, razão pelo qual esse sistema veio a ser chamado “indústria da loucura” (FONTE, 2012, p. 10).

Em meio a essas transformações, chegam ao Brasil, na década de 1950 as descobertas farmacológicas que, de certa forma, contribuíram para a diminuição dos maus tratos, já que os doentes medicados tornavam-se mais sociáveis. Além disso, os hospitais tornaram-se grande fonte de lucro para os laboratórios, e estes para o hospital, o que gerou uma conveniência econômica harmoniosa para ambos. O furor farmacológico dos psiquiatras dá origem a uma postura no uso dos medicamentos que, nem sempre, é tecnicamente orientada, muitas vezes utilizados apenas em decorrência da pressão da propaganda industrial, muitas vezes por ignorância quanto aos seus efeitos ou às suas limitações, quando não como mecanismo de repressão e violência, ou ainda, como no caso dos manicômios, com o fito de tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis (AMARANTE, 1996).

Em 1953, é criado o Ministério da Saúde, que reordenará a área de abrangência de atendimento em saúde mental ainda nesse período às novas orientações da Organização Mundial de Saúde recomendavam o aumento de investimentos nas ações em Saúde Mental. Neste contexto, não cabiam mais os termos “asilos”, “hospícios”, “alienistas”, pois o código brasileiro de saúde – seguindo a orientação da Organização Mundial de Saúde, que após a Segunda Guerra Mundial substituiu o termo “doença mental” por saúde mental – condenou fortemente tais denominações, passando-os essencialmente a categoria médica (SANTOS, 1994).

A assistência psiquiátrica, a partir do final dos anos 1950, deveria ser incorporada nos três recentes níveis de atendimento em saúde: primário, secundário e terciário, dando início à proposta de descentralização nas ações em saúde mental, devendo integrar profissionais de outras áreas, para a composição de equipes de Saúde Mental, atendendo ao princípio da mais recente inovação em assistência psiquiátrica: A Psiquiatria Comunitária, que deveria ser realizada por equipe multiprofissional, recebendo enfoques psicológicos e sociais no diagnóstico e tratamento.

“Tais concepções inter-relacionadas levariam a uma política de mais leitos psiquiátricos, de equipes multiprofissionais e de uma concepção não só biológica, mas também psicológica e social da gênese e tratamento das doenças mentais” (SANTOS, 1994, p. 49).

Embora a assistência em Saúde Mental tenha melhorado com a proposta da Psiquiatria Comunitária, as internações asilares e a medicina hospitalocêntrica ainda eram largamente utilizados, e todos os indivíduos que desafiavam a norma, a razão, eram encarcerados e excluídos do convívio social. Várias experiências foram sendo realizadas, além da psiquiatria preventiva e comunitária a de antipsiquiatria, de psiquiatria de setor, de comunidades terapêuticas e de psicoterapia institucional que passam a ser aplicadas isoladamente, ou em grupos e serviços específicos acabando por não conseguir efetivar-se como proposta de mudança, destacando que muito deste insucesso “[...] deve-se à forte oposição exercida pelo setor privado que, em franca expansão, passa a controlar o aparelho de Estado também no campo da saúde” (AMARANTE, 1996, p. 79).

Nos anos 1960, influenciados pela corrente de mudanças ocorridas na Europa e Estados Unidos, a prática psiquiátrica foi novamente discutida, principalmente no que diz respeito à ineficácia da internação prolongada. O alto investimento na assistência hospitalar, voltada para o modelo curativo, acompanhava as necessidades de expansão do capital, inovando em tecnologia medicamentosa e de equipamentos para a rede hospitalar. O Sistema Nacional de Saúde instituído após 1964 seguiu o modelo autoritário burocrático implantado em todo país, de cima para baixo, sem a participação dos profissionais do setor e da sociedade em geral, e de caráter privatizante, acentuando-se algumas tendências relativas à organização do sistema de saúde, como a “[...] viabilização de um complexo médico industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos” (TEIXEIRA, 1989, p. 92).

Na Assistência e Previdência Social também ocorrem reformulações, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, emergindo como marco oficial do processo de centralização política dos sistemas de saúde pública. A assistência passava a ser localizada nos centros das metrópoles onde se concentravam os vários especialistas (SHIRAKAVA, 1992). O hospital aparece como o único e principal local de assistência à saúde e mesmo com o Estado tendo assumido a responsabilidade pela saúde pública, a situação desta no país, manteve-

se sem solução. O fato de o Governo Federal ter sido o responsável por toda saúde pública no país, fez com que os Governos e Estados e Municípios se ausentassem dessa responsabilidade. Assim, as decisões centralizadoras do sistema de saúde e atenção primária tomavam uma distância que produziu uma série de falhas na assistência ao usuário deste sistema (RIBEIRO, 1996).

Os problemas, não ocorriam somente na Assistência Psiquiátrica, mas em diversos setores da economia, assistência e política. Especificamente na área da saúde mental, embora os princípios da medicina preventiva e comunitária tenham sido aceitos, à sua aplicabilidade seria dificultada por vários fatores, como o alto investimento nos níveis terciários, o que explicita ainda a tendência do modelo curativo em detrimento dos níveis básicos para a implantação de novas propostas, que teriam como agentes principais o investimento nos níveis primário e secundário (DOMINGUES, 2005).

Nesse período, Basaglia, precursor e defensor da Reforma Psiquiátrica na Itália, visita o Brasil e divulga as novas tendências na assistência psiquiátrica, reafirmadas pela ampla discussão mundial em torno da assistência em saúde mental, nos anos de 1960, eleito “Ano Internacional da Saúde Mental”, levando a disseminação das propostas de psiquiatria comunitária e preventiva nos países da América Latina, especialmente no Brasil (DOMINGUES, 2005).

No transcorrer desse processo, as propostas mais inovadoras, ou, pelo menos, aquelas que buscavam uma alternativa não manicomial, mesmo partindo de organismos oficiais, como é o caso dos planos de psiquiatria preventiva e comunitária, e de comunidades terapêuticas, a exemplo do Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), além de outras propostas com ênfase na atenção primária não se desenvolviam, seja por não enfrentarem adequadamente a ideia de superação dos asilos, seja pela barreira de resistência levantada pelos empresários representantes do complexo médico hospitalar e suas representações no aparelho do Estado (AMARANTE, 1996).

Nessa rede de discussão de novos paradigmas, as recentes comunidades terapêuticas criam um movimento questionando a prática médica e asilar, propondo que a psiquiatria preventiva e comunitária se estenda também aos hospícios, ganhando a adesão de médicos psiquiatras, apontando mudanças e redirecionando o foco de doença para saúde mental. A Psiquiatria Comunitária inseria-se como projeto de reformulação de toda assistência médica, constituindo-se de estratégias

do planejamento global das ações em saúde mental. Dentre os princípios norteadores deste projeto, a saúde é concebida como um bem universal de todos os cidadãos, para o alcance do bem-estar social e, portanto, vinculada diretamente ao poder do Estado (DOMINGUES,2005).

O lançamento do Programa Nacional de Saúde Mental, nos Estados Unidos, na década de 1960, contribuiu para solidificar, ainda mais, as bases da psiquiatria preventiva e comunitária em nível mundial. No entanto, ao contrário do que se pretendia, mais hospitais psiquiátricos foram construídos no Brasil, e sua manutenção, antes de responsabilidade dos Institutos de Pensões e Aposentadorias é repassada para a Previdência Social Brasileira, através da lei orgânica de 1960, art. 119 (TEIXEIRA, 1989).

Em 1964, quando os militares tomaram o poder no Brasil e constitui-se a ditadura, os movimentos sociais emudeceram e a repressão a qualquer manifestação de descontentamento foi levada aos extremos na forma de torturas, sequestros e perseguição. No setor financeiro e de desenvolvimento, ocorreu o denominado milagre brasileiro, aquecendo a economia e o desenvolvimento do país, porém beneficiando somente alguns segmentos da população, como os militares, tecnocratas, multinacionais e a burguesia associada – que inclui banqueiros, industriais e exportadores – e, ainda, uma nova classe média ascendente, viveram momentos de euforia não compartilhados pela classe trabalhadora (SANTOS, 1994).

O hospital psiquiátrico teve importante papel nesse processo, já que muitos integrantes, ligados ao movimento de resistência, foram internados como forma de inibir a participação e manifestação nos crescentes movimentos sociais que se opunham à ditadura. Ainda nesse período, boa parte dos hospitais psiquiátricos foi privatizada, aumentando consideravelmente suas ocupações (DOMINGUES, 2005).

Embora o discurso de prevenção fosse adotado, continuou-se investindo na construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, sendo mínimo o investimento na rede de serviços ambulatoriais. O estado ampliou os subsídios para o desenvolvimento da ação tuteladora psiquiátrica privada, ampliando o convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, criado nos anos 1966, fazendo com que os serviços públicos, se tornassem, paulatinamente, menos significativos. O INPS passou a normatizar o sistema psiquiátrico e estabeleceu parceria com o Serviço Nacional de Saúde Mental que tinha como atribuições planejar, coordenar,

estimular, recuperar e prevenir os padecedores de transtorno psíquico e usuários de drogas (SANTOS, 1994).

O atendimento da rede de serviço hospitalar psiquiátrico, em sua maioria privatizada, passou a ser ainda mais utilizada, a partir de estímulos do próprio governo, que, ao motivar o credenciamento, propiciou que os doentes mentais, se tornassem, mais uma vez, fonte de lucro. O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia, no setor de saúde, pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários.

A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria, chegando-se ao ponto de o Ministério da Saúde “[...] destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para as internações da rede hospitalar” (AMARANTE, 1996, p. 79). Nesse período, devido ao aumento de custos com internações psiquiátricas, o Governo começa a preocupar-se em obter dados estatísticos para que as ações em saúde mental fossem planejadas e racionalizadas.

Essa preocupação impulsionou a criação de Campanhas de Saúde Pública e na implantação da Campanha Nacional de Saúde Mental, que contribuiu para firmar o princípio de psiquiatria preventiva e comunitária. Embora o discurso oficial apontasse para a necessidade de resolver o problema do alto número de internações, e para a necessidade de diminuir os gastos do Estado, o que ocorreu na realidade foi a cronificação dos problemas, que levou a um número maior de internações, alto tempo médio dessas internações e a muito pouca eficiência no que diz respeito ao tratamento em si (SANTOS, 1994).

Em 1968 foi criada uma comissão permanente para assuntos em psiquiatria e três anos depois, em 1971, foi constituído, um grupo de trabalho designado pela Secretaria de Assistência Médica do INPS para estudar, em nível nacional, as bases de uma reformulação da assistência psiquiátrica. Essa década foi marcada por uma crise político-econômica, evidenciando que o desenvolvimentismo, que prometia o milagre econômico, havia fracassado. Especificamente na saúde, abria-se espaço para as questões psicossociais da população, preconizava o atendimento ambulatorial em equipe multiprofissional, mas ainda não tinha a consistência e a especificidade de uma política social pública (SANTOS, 1994).

Em 1970, é extinto o Serviço Nacional de Saúde Mental e, em seu lugar cria-se a Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, organizada estruturalmente nos departamentos de Unidade de Planejamento, Serviço de Normas e Assistência Técnica e a Coordenação de Atividades Supletivas. Em resultado a essas mudanças no atendimento, nos anos 1973, é aprovado o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica, que mantinha o discurso preventivo e comunitário, criação de recursos extra-hospitalares e atendimento nos níveis primário e secundário, além de propor a formação de equipes multiprofissionais (DOMINGUES, 2005).

Essa forma de atuação refletia as deliberações do evento de saúde mais importante da época, a Conferência de Alma Ata, cujo slogan era – Saúde para Todos no ano 2000. A importância desta conferência foi a ênfase na atenção primária e nos cuidados básicos em saúde, objetivando refrear a demanda hospitalar que o complexo médico industrial não dava conta por ser seletivo, parcial e excludente. Suas proposições se desdobraram em mudanças na estruturação de toda rede de atendimentos em saúde mental, com a criação de ambulatórios e centros comunitários de saúde mental e, na falta deste, a referência de outro centro de saúde que desenvolvesse ações de saúde mental.

Profissionais de diversas áreas, como Assistentes Sociais, Psicólogos e Enfermeiros foram gradualmente sendo incorporados em equipes multiprofissionais, porém destacando-se que esses profissionais eram formados por universidades que desenvolviam, à época, uma política elitista e voltada para os interesses do bloco hegemônico da sociedade capitalista brasileira; preparados para trabalhar de acordo com esses interesses, agindo diretamente sobre as classes menos favorecidas, que precisavam ser ajustadas, tendo em vista a probabilidade de desajuste, dos indivíduos devido ao desenvolvimento da sociedade brasileira e ao processo de urbanização (SANTOS, 1994).

Em 1974, o Estado deparou-se com uma crise financeira, tornando difícil a manutenção e desenvolvimento do complexo médico industrial, movimento que ocorre em paralelo com a abertura política gradual, que propiciou o debate sobre a necessidade da criação de uma política de saúde de concepção universalista. Os movimentos sociais, adormecidos na ditadura, renasceram em um movimento contra hegemônico, no qual os intelectuais e estudantes, já inseridos no planejamento estratégico da saúde, foram às comunidades contribuir para a organização da

população, gerando assim, o Movimento Popular em Saúde que fundamentou o Movimento Sanitário, precursor da Reforma Sanitária (DOMINGUES, 2005).

No final da década de 1970, o alto índice de internações psiquiátricas, continuava a gerar altos custos para o Estado e, no Encontro de Ministros da Saúde da América Latina realizado para discutir as perspectivas da assistência médica psiquiátrica, selou-se o Acordo para a Execução de um Programa de Saúde Mental, que recomendava a diversificação da oferta de serviços, bem como a sua regionalização, condenando o macro-hospital e propondo alternativas à não hospitalização integral (SANTOS, 1994).

O Ministério da Saúde publica, em 1974, a portaria MS-BSB 32, na qual passa a considerar a saúde mental como um subsistema do quadro geral do sistema de saúde, reafirmando os princípios de saúde mental preventiva e comunitária, no entanto, o maior montante de recursos ainda era destinado a hospitais privados, conveniados com o INPS, sendo mínimo o investimento nas redes extra-hospitalares, contribuindo assim para o aumento crescente das internações psiquiátricas (DOMINGUES, 2005).

O persistente aumento no número de internações psiquiátricas, tornava-se cada vez mais onerosa para o Estado, e nos anos 1979, os Ministérios da Saúde e Previdência Social criam uma portaria que redefinia as bases da política de saúde mental. Sem dinheiro para continuar sustentando o modelo centrado nos recursos financeiros e tecnológicos, a estratégia estatal utilizada foi o investimento prevenção e educação, indo-se as comunidades, trabalhando-se articuladamente aos setores organizados da sociedade civil, e, contribuindo para o processo de organização popular na saúde.

Essas medidas não impediram que o número de internações continuasse a crescer e que o investimento nos setores primário e secundário ainda fosse mínimo, destacando-se três fatores sociais que também contribuíram para o alto número de internações, “[...] o desenvolvimento do capitalismo, que trazia em si os desajustes e frustrações individuais; a migração campo/cidade, decorrente do próprio capitalismo; a expansão urbana, a propiciar o aumento dos focos de desordem”, não se distanciando do ocorrido no cenário mundial (SANTOS, 1994, p. 71).

Em 1978, eclode uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, provocada por denúncias de estagiários e profissionais, que relatavam casos de estupro, ameaça, morte, trabalho escravo e agressões dentro de instituições

psiquiátricas. A situação de bolsistas, contratados com recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental, assumindo cargos de chefias, trabalhando em precárias condições, aliado ao fato da não realização de concurso público desde 1957, acaba gerando um movimento de greve, no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, provocando a mobilização dos atores sociais, na busca pela melhoria na atenção psiquiátrica.

[...] foi nesse período ano que culminaram as denúncias e a mobilização de atores sociais decisivos para a transformação do sistema psiquiátrico vigente. Para eles o acontecimento decisivo a “crise da DINSAM”, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor de saúde mental. Vários fatores, tais como, a precarização das condições de trabalho, e as frequentes denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, nas grandes instituições psiquiátricas brasileiras, provocaram a união dos trabalhadores da saúde mental para a luta pelas mudanças necessárias no sistema. A partir daí começam a ocorrer, em diversos estados brasileiros, congressos e encontros decisivos na militância do MTSM, dando origem a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira (FONTE, 2012, p. 11).

O movimento recebe apoio de diversos órgãos e de profissionais de outras unidades de atendimento em psiquiatria, tornando-se um amplo movimento de busca por melhores condições de vida aos doentes mentais e condições adequadas aos trabalhadores de saúde mental. Assim nasce o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental- MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em uns lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995).

Impulsionado por inúmeros movimentos sociais, em especial ao Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM, em 1979, realiza-se o I Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, e o atendimento à saúde mental passa por reformulações em diversos âmbitos, transitando do modelo hospitalar rumo a uma rede de atenção integral à saúde. Impelido a reformular suas propostas, o governo desenvolve ações que gradativamente delineiam modificações no sistema de saúde, como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE (1980), o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (1981), que em parceria com a Divisão Nacional de Saúde, entre outros órgãos, formulou o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária (1982), cuja

proposta seguia os princípios da regionalização e da hierarquização dos serviços de saúde, públicos e privados, com ênfase nos serviços na rede primária de saúde; no caráter predominantemente extra-hospitalar; na implementação de equipes multiprofissionais; no disciplinamento dos mecanismos de internação, buscando evitar que as problemáticas de cunho social fossem erroneamente rotuladas e tratadas como doenças mentais (SANTOS, 1994).

O objetivo de diminuir as internações através de ações em saúde mental na rede primária e secundária não se concretizou e as internações continuaram a aumentar. Aliado a esse fato, a crise econômica e social vivenciada pelo país tornava necessária a efetiva implantação da psiquiatria preventiva e comunitária. Em 1985, a DINSAM elabora uma nova política nacional de saúde mental, que mantinha os princípios da psiquiatria preventiva e comunitária e propunha mudanças na relação entre o Estado e a rede privada de serviços visando direcionar a aplicação de recursos técnicos e financeiros públicos para instituições públicas, inclusive desativando progressivamente os contratos com as empresas privadas (SANTOS, 1994).

O atendimento na rede pública ampliou-se enquanto diminuía na rede privada, mesmo assim, a saúde mental estava em crise, assim como o próprio país. A VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em agosto dos anos de 1986, é considerada um marco nas proposições defendidas pelo Movimento de Reforma Sanitária e promoveu importantes deliberações sobre a implantação de política de saúde com princípios baseados na integralidade, universalidade e equidade. Na área da saúde mental, o Instituto Nacional Médico de Previdência Social – INAMPS, formou um Grupo de Trabalho representando por técnicos da área de saúde mental que sugeria a “[...] efetivação da desospitalização no país, incrementando os serviços extra-hospitalares e implantando leitos psiquiátricos em hospitais gerais de acordo com o discurso da década de 70” (SANTOS, 1994, p. 90).

Em 1987, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, norteada pelas diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde, que discutiu os seguintes temas: economia, sociedade e Estado – impactos sobre a saúde e a doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação do doente mental, ampliando o debate e permitindo proposições para o avanço das ações em saúde mental, pautadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica. (AMARANTE, 1996).

No desenvolvimento e fortalecimento das propostas de Reforma Psiquiátrica, é notável a expressão do Movimento de Luta Antimanicomial, congregando trabalhadores em saúde mental, usuários e seus familiares, marcando uma ruptura com o “[...] silêncio de naturalização da violência psiquiátrica, sustentada pela mitificação e pelo desconhecimento da loucura, do sofrimento mental e de seus determinantes sociais” (LOPES, 1999, p. 143). Esse mesmo movimento enuncia o lema por uma sociedade sem manicômios, no qual o termo manicomial tem sido entendido como metáfora da desigualdade e da violência, produto das relações de exploração, despertando o pensar sobre o enclausuramento, a segregação, os mecanismos de opressão em diversos tipos de relação e em diferentes instituições (SCARCELLI; COSTA, 1999).

Com o Movimento de Luta Antimanicomial, oxigenam-se olhares e escutas, fortalecem-se proposições de reformas, reivindicam-se novos paradigmas pragmáticos e ideológicos na concepção da saúde mental, na concepção de homem e de mundo e busca-se uma nova compreensão das relações institucionais que permeiam as políticas públicas. Em meio a diversas transformações, políticas e sociais, em outubro de 1988, é promulgada a Constituição Brasileira, que institui a saúde como direito e todos e dever do Estado, implicando no reordenamento da assistência em saúde, alterando de maneira contundente as práticas até então realizadas com vistas a construção de um Sistema Único de Saúde – SUS, elevando a saúde ao patamar de direito essencial, com ênfase na proteção do direito à vida e a dignidade do ser humano (BRASIL, 2005).

Nesse cenário de implantação do SUS, ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, na qual é aprovada a criação de uma rede de atenção integral em saúde mental em substituição ao hospital psiquiátrico. Essa conferência também discutiu a cidadania da pessoa com transtorno psíquico e dos usuários de substância psicoativa, promovendo o debate sobre a assistência em saúde integral que deve ser oferecida pelos serviços estatais a esses indivíduos: Atenção Integral e Cidadania são conceitos direcionadores das deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1994).

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro dos anos de 1996, além de reafirmar importantes proposições das duas conferências anteriores, ligadas à conjuntura global da assistência à saúde, vem delimitar aspectos fundamentais para o atendimento em saúde mental, dos quais podemos destacar:

priorização do atendimento interdisciplinar ao portador de sofrimento mental com participação familiar e comunitária nos Serviços de Saúde, substituindo a constante prática de internação, respeito aos direitos humanos e ampliação de serviços substitutivos em saúde mental (BRASIL, 2005)

Priorizou-se pelo atendimento e acompanhamento em Unidades de Saúde, em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Centros de Convivência; Lares Abrigados; Hospital Dia e internações de curta permanência em hospitais gerais, proibindo-se a construção ou ampliação de hospitais psiquiátricos e internação compulsória. Também conclamou gestores e Conselhos de Saúde a defender a imediata aprovação do Projeto-Lei do Deputado Federal Paulo Delgado, com emendas do Senador Lúcio Alcântara, que legitimaria as ações deliberadas na Conferência, além de garantir os direitos de cidadania as pessoas com transtorno psíquico (AMARANTE, 1996).

Em abril de 2001, a Lei nr. 10.216/02 de autoria Deputado Paulo Delgado, tornando-se um marco na efetivação, implantação e implementação de uma política de saúde mental fundamentada no direito das pessoas com transtorno psíquico, prevendo ações não só na atenção primária, como propondo serviços especializados a essa demanda e, especialmente resguardando os direitos humanos dos usuários. Embora se constitua em um importante marco para a materialização das propostas de Reforma Psiquiátrica no país, a lei não estabelece medidas claras para a extinção dos manicômios (BRASIL, 2005). O processo de regulamentação da Lei, estava em tramitação no Senado há onze anos, quando o deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei 3.657/89, na qual regulamentam-se os direitos da pessoa com transtorno psíquico em relação ao tratamento e indica a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, e sua substituição por outros recursos não manicomial de atendimento.

São criadas linhas específicas de financiamento no Ministério da Saúde com vistas a custear a criação de serviços substitutivos e implementação de mecanismos de fiscalização com vistas a acompanhar a gestão e redução programada dos leitos psiquiátricos. Para conseguir acompanhar de forma sistemática o processo de desospitalização, o governo federal cria, nos anos de 2002, o Programa Nacional de Avaliação dos Sistema Hospitalar/Psiquiatria – PNASH/Psiquiatria. Este programa permitiu aos gestores o uso de seus dados como um importante instrumento de avaliação anual para a elaboração de diagnósticos da qualidade da assistência

hospitalar psiquiátrica conveniada e publica existentes em sua rede, ao mesmo tempo que indica aos prestadores “[...]critérios para uma assistência hospitalar compatível com as normas do SUS, e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada e sua população adscrita” (BRASIL, 2005, p.13).

Nesse mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas internadas em longa permanência é impulsionado pelo Programa De Volta para a Casa²⁹. Outra ação inovadora foi a criação de uma política de recursos humanos e a implementação de uma política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de Redução de Danos. Esse reordenamento na atenção em saúde mental, provocou em novembro dos anos de 2002, a realização III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, com o tema - Cuidar sim, excluir não, reunindo representantes de diversas regiões do país na qual que tiveram a oportunidade de avaliar, discutir e traçar novas diretrizes para a reorientação do modelo de saúde mental no Brasil.

Durante todo o processo de realização da III Conferência e no teor de suas deliberações, condensadas em Relatório Final, é inequívoco o consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica, e são pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Desta forma, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005, p. 09).

Em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo que o uso abusivo é um importante e grave problema de saúde pública, sendo necessária a execução de ações no campo da saúde mental para o enfrentamento da situação. Em especial, o uso do álcool, impõe ao Brasil e as sociedades de todos os países

²⁹ Este programa atende ao disposto na Lei nº 10.216, de 06.04.2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Além disso, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, conforme Artigo 5º da referida Lei, que determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. O objetivo é a REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL de pessoas e a mudança do modelo assistencial em saúde mental, com ampliação do atendimento extra-hospitalar e comunitário. A Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003 estabelece o programa e as portarias nº 2077/GM e 2078/GM, de 31 de outubro de 2003, regulamentam como aderir. Para maiores informações, é possível consultar o manual do programa no site. Maiores informações consultar [mhttp://pvc.datasus.gov.br](http://pvc.datasus.gov.br).

uma carga global de agravos que acometem os indivíduos em diferentes etapas do ciclo intergeracional (BRASIL, 2005)

Outra importante ação também foi consolidada nesse período: a regulamentação para a criação dos serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, tornando-o o principal meio de obter sucesso nas proposições da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os Centros de Atenção Psicossocial, unidades designadas e padronizadas pelo Ministério da Saúde, segundo a Lei 10.216, de 06/04/2001 e a Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde, são organizados quanto ao tipo de serviços e a demanda atendida. Quanto ao tipo de serviços, a rede é ordenada através de CAPS I – para municípios com até 80.000 habitantes; CAPSS II – municípios com até 200.000 habitantes e CAPS III para municípios com mais de 200.000 habitantes. A estrutura física, recurso humano e financeiro para a realização de ações e serviços são definidas a partir da composição de cada unidade.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p. 08)

Os CAPS diferenciam-se também por sua demanda; adultos, crianças, adolescentes e usuários de substância psicoativa. O Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil – CAPS i são destinados a usuários com até 18 anos, enquanto os CAPS I, II e III atendem a partir dos 18 anos. Usuários de substância psicoativa são atendidos nos Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas – CAPS ad. Os CAPS, no direcionamento atual da Política Nacional de Saúde Mental. Situam-se como estratégicos na organização da rede comunitária de cuidados e são responsáveis pelo direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (BRASIL, 2004).

Esses processos se consolidam a partir de ações do governo federal, estadual e municipal para dar materialidade à transição do modelo de assistência à

saúde mental centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. Tais procedimentos caracterizam-se por movimentos simultâneos; a construção de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes por outro, se consolidando, por fim como política oficial do governo federal (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde, publica, no ano de 2006 a primeira edição do Saúde Mental em Dados, documento produzido, inicialmente com emissão trimestral pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, tendo como principal objetivo reunir os dados da área e tomá-los como instrumentos de gestão, de modo a formar um quadro geral da rede de atenção, identificar os principais desafios e construir estratégias para garantir a acessibilidade e qualidade dos serviços da rede. O Saúde Mental em dados divide-se em três seções: A rede de atenção psicossocial; Assistência Psiquiátrica Hospitalar e Outros Dados (BRASIL, 2006).

Na sua quinta edição, o Saúde Mental em Dados apresenta um quadro geral da rede pública de atenção à saúde mental em 2008 e chama a atenção, com dados específicos, para uma questão prioritária: o acesso e a resolutividade das redes de saúde mental nas grandes cidades, e mesmo que venha se evidenciando a ampliação dos CAPS, eles ainda são insuficientes para atender a demanda de pessoas com transtorno psíquico.

Em 2008, foram grandes os avanços na ampliação da rede de atenção à saúde mental. Ainda há regiões com baixa cobertura e os desafios são grandes - temos cerca de 189 milhões de habitantes e uma prevalência de transtornos mentais em torno de 12% da população. Mas não faltam serviços ou acesso porque houve um processo de redução de leitos psiquiátricos, ao contrário. Há ainda uma grande lacuna de tratamento, mas a ampliação do acesso vem se dando a cada mês, em todas as regiões do país, como mostra, por exemplo, o aumento da cobertura de CAPS, que passou de 21%, em 2002, para 53%, ao final de 2008. A mudança do modelo de atenção, com substituição progressiva dos leitos psiquiátricos, permitiu a ampliação da cobertura, mas ainda é necessário criar mais serviços e investir na atenção básica (BRASIL, 2008, p. 02).

A gradativa transformação no modelo de assistência em saúde mental foi aos poucos demonstrando resultados positivos, como pode ser aferido através da realização de um estudo realizado por pesquisadores vinculados ao Programa de Pós-Graduação do em Psiquiatria e Saúde Mental, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ, no ano de 2009. O estudo

evidenciou que houve um crescimento real de 51,3% nos gastos em saúde mental na atenção básica, alcançando, pela primeira vez, em 2006 a marca histórica de gasto extra-hospitalar *per capita* maior que o gasto hospitalar, registrando-se uma evolução de 354,0% de aumento no investimento ambulatorial e comunitário.

O gasto em saúde mental cresceu 51,3% de 2001 a 2009. A desagregação do gasto mostrou aumento expressivo do gasto extra-hospitalar (404,2%) e decréscimo do gasto hospitalar (-39,5%). O gasto total do Ministério da Saúde com ASPS cresceu no mesmo período 55,8%. O gasto *per capita* com saúde mental mostrou crescimento real menor, mas ainda expressivo, de 36,2% no período. O gasto *per capita* do Ministério da Saúde com ASPS, por sua vez, apontam crescimento real de 40,2%. O crescimento do gasto federal com saúde mental acompanhou o crescimento do gasto federal com saúde, numa proporção com pouca variação (em torno de 2,5% no período). A série histórica do gasto *per capita* desagregado mostrou inversão no modo de financiamento das ações de saúde mental em 2006. Enquanto o valor *per capita* extra-hospitalar teve o crescimento real de 354,0% de 2001 a 2009, esse valor hospitalar decresceu 45,5% (GONCALVES; VIEIRA; DELGADO, 2011, p. 54).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília em 2010 sob o tema Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios propôs três eixos de discussão: Eixo I – Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; Eixo II – Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais e Eixo III – Direito Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial. Em seu Relatório Final³⁰, avalia que o evento foi exitoso como processo político e em seus resultados efetivos nos três níveis de gestão do SUS.

No ano de 2011, o Ministério da Saúde publica um Relatório de Gestão – Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica – Consolidação do Modelo Territorial de Atenção Intersetorialidade, Drogas & Vulnerabilidade e Formação e Produção de Conhecimento para a Saúde Mental, referente ao período

³⁰ No processo político, devem ser destacados dois aspectos: primeiro o aprofundamento e amadurecimento da articulação política entre o campo da saúde mental e as instituições de controle social, nos 3 níveis de gestão do SUS, fato que é relevante, tanto para a saúde mental (usuários e trabalhadores), como para o próprio controle social. Este avanço ficou exemplificado na condução serena e eficaz, pela Comissão Organizadora e Conselheiros da 0 CNS, das tensões internas da etapa nacional, decorrente, inevitavelmente da dupla peculiaridade da Conferência, por ser de saúde mental, com ampla participação dos usuários de serviços, em plena afirmação de seu protagonismo político, e por ser intersetorial, com segmentos novos incorporados ao processo complexo de debate e organização de uma conferência nacional de saúde. Em segundo lugar, deve ser destacado o esforço bem-sucedido de incorporação das representações de outras políticas públicas, tendo se construído um bom exemplo das dificuldades e potencialidades do debate intersetorial no campo da saúde pública, o que, ao nosso ver, contribuirá para o avanço dessas políticas e do próprio controle social dos SUS (SUS/CNS, 2010 p.04).

de 2007-2010. Ao realizar considerações gerais, informa que esse período de gestão da Política Nacional de Saúde Mental enfrentou um tenso debate sobre algumas temáticas específicas, especialmente as que dizem respeito a diminuição de leitos psiquiátricos, aos recursos humanos e a preocupação com o aumento expressivo de usuários de crack no país.

[...] a crítica q efetividade da rede de atenção comunitária e ao presumido “erro” da PNSM, que teria reduzido leitos psiquiátricos de modo inadequado, expondo os pacientes ao risco da desassistência; a presumida “ausência de diálogo” com as entidades corporativas, que teria “alijado” os psiquiatras e os conselhos profissionais médicos das decisões e da execução da política; este segundo tema, com argumentos de outra natureza, também foi referido sistematicamente pelo conselho profissional da psicologia; e a presumida “incapacidade” da PNSM, e do próprio Ministério da Saúde, de darem uma resposta efetiva ao “grave problema do crack (BRASIL, 2011a, p. 06).

Outra importante inovação proposta pelo Ministério da Saúde ocorreu, com a criação, na década de 2010, das Redes de Atenção à Saúde –Ras, trazendo para a área de saúde avanços na organização dos serviços de assistência do SUS, entre esses o de assistência psiquiátrica, com a implementação da Rede de Atenção Psicossocial –Raps. A organização dos serviços de saúde em redes adotada no Brasil, segue as indicações da Organização Panamericana de Saúde para a reforma dos sistemas de saúde, caracterizados pela alta fragmentação das ações e serviços, sobretudo na atenção básica, em toda a América Latina.

Nesse contexto, A RAS incorporada no Brasil busca também superar a histórica fragmentação do sistema de saúde quanto a sua organização e busca garantir a integralidade, universalidade e equidade na assistência em saúde da população brasileira. O debate sobre a implementação das Ras, proposto pela OPAS, adquire maior relevância no âmbito do Ministério da Saúde no final da década de 1990 e culmina com a publicação da Portaria GM n. 4279 de dezembro de 2010 (BRASIL,2012).

A referida portaria estabelece as diretrizes para a organização das Ras, no âmbito do SUS e define a rede de atenção à saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a

integralidade do cuidado. O objetivo das Ras³¹, definidos na sua proposta legal é o de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e eficiência econômica. A proposta se pauta em atividades que envolvem ações de planejamento, organização e execução, ampliadas, quando o Ministério da Saúde, publica, nos anos de 2014 o documento Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS, informando de maneira detalhada como deve ser estruturada a Rede, designando seus atributos³².

De maneira a organizar os diferentes serviços e níveis de atenção executados pelas Redes de Atenção à Saúde, foi discutido no Grupo Técnico de Atenção -GTA e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite-CIT, em 2011 e 2012, as seguintes temáticas das Redes de Atenção à Saúde: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências –RUE; Rede de Atenção Psicossocial – Raps; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2015a).

A atenção em saúde mental foi escolhida como uma das áreas temáticas das Redes de Atenção à Saúde, evidenciando avanços no que diz respeito ao seu reconhecimento estatal enquanto política necessária frente ao agravamento de transtornos psíquicos no país e o aumento do uso abusivo de substâncias psicoativas. A Rede de Atenção Psicossocial – Raps é composta pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Estratégica; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar, sendo complementada por Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Cada componente tem a indicação dos serviços em cada nível de

³¹Definição clara da população e território; Diagnóstico situacional; Criação de uma imagem objetivo para a superação dos vazios assistenciais; Articulação do público privado; Planejamento pela efetiva necessidade; Criação de um sistema logístico e de suporte; Investimento nas pessoas/equipes; Criação de sistema de regulação e governança para funcionamento da rede; e Financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados. (BRASIL, 2010, p. 10).

³² Os atributos essenciais das RAS são População e territórios definidos; Extensa gama de estabelecimentos de saúde prestando diferentes serviços; APS como primeiro nível de atenção; Serviços especializados; Mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e assistência integral fornecidos de forma continuada; Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades, levando em consideração as particularidades de cada um; Integração entre os diferentes entes federativos a fim de atingir um propósito comum; Ampla participação social; Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; Recursos suficientes; Sistema de informação integrado; Ação intersetorial; Financiamento tripartite e; Gestão baseada em resultados (BRASIL, 2015a, p.13)

atenção, bem como o desenvolvimento de ações estratégicas nos processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2015a). De forma a tornar mais claro ao leitor, a atual conformação da Raps, construímos a tabela detalhando os serviços e/ou ações relacionando-as com o nível de atenção que está vinculada, com nas legislações que instituem a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil.

Quadro 3 - Rede de Atenção Psicossocial – Raps (estrutura organizacional)

Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Consultório na Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192 Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção a urgências e emergências/ pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; •Serviço de Atenção em Regime Residencial (Comunidade Terapêuticas).
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Estratégia de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos; Programa Volta para Casa.

Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.
---	---

Fonte: DOMINGUES, 2018

A Raps, ainda inclui ações do Programa Crack: é possível vencer, criado nos anos de 2014, a partir de uma iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde, da Justiça, de Desenvolvimento Social e Combate à Fome e da Secretaria de Direitos Humanos para oferecer atenção nos eixos prevenção, cuidado e autoridade, sendo o Ministério da Saúde responsável pelas ações do eixo cuidado e alguns pontos do eixo prevenção, por meio da Raps com previsão de atendimento nos CAPS ad III, Unidades de Acolhimento, Leitos de Saúde Mental e Consultório na Rua.

De forma a orientar e subsidiar a implementação da Raps nos Municípios e promover a aproximação dos diferentes equipamentos da rede, o Ministério da Saúde, lança no ano de 2011, o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. O Matriciamento ou apoio matricial é “[...] um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico terapêutica” (BRASIL, 2011b, p. 13), buscando transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contra-referências, protocolos e centros de regulação, constituindo-se em uma ferramenta de transformação no modo de atenção, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade das equipes de saúde e da comunidade

A atual organização da atenção em saúde mental no Brasil que gradativamente, desde 2010 vem sendo implementada na assistência as pessoas com transtorno psíquico e usuários de substância psicoativa, com a criação das Raps e o Matriciamento como estratégia de aproximação da rede. Foi avaliada pela primeira e última vez, sendo os resultados publicizados na última edição, nos anos de 2015, do Saúde Mental em Dados, que apresenta a sistematização das informações coletadas organizadas em capítulos que correspondem aos componentes da Rede de Atenção Psicossocial – Raps, “[...] permitindo uma perspectiva ampla e conjugada do estado da arte da RAPS, refletindo a complexidade exigida para se levar saúde mental a toda a população brasileira” (BRASIL, 2015b, p. 01).

O documento apresenta como vem se implementando as ações em cada um dos componentes previstos na Raps, como a cobertura de atenção na Atenção Básica e nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF; consultório de rua; número de internações nos leitos de hospital geral; serviços residenciais terapêuticos, atendimentos realizados pelo SAMU e os demais serviços assistenciais previstos na Raps. De uma maneira geral, os dados demonstram melhorias e ampliação de atendimento e serviços, porém também identifica desafios, especialmente na articulação com a rede de atenção básica em saúde.

A articulação com a atenção básica é outro desafio que vem registrado nos dados, seja das equipes de NASF, seja dos Consultório na Rua. Além disso, nota-se a interiorização do cuidado no território nacional, envolvendo uma parcela significativa de municípios a partir de 15 mil habitantes. Pelos parâmetros de elegibilidade para CAPS, atingimos mais de 60% destes municípios. Certamente há muitos locais que poderiam ter CAPS, mas ainda não implantaram. De qualquer forma, o modelo de cuidado no território ganhou legitimidade e cada vez mais os (as) gestores (as) demandam por apoio na sua implementação (BRASIL, 2015b, p.01).

A necessidade de uma rede de serviços que realize promoção, prevenção, atendimento e reabilitação das pessoas com transtorno psíquico e usuários de substância psicoativa se faz ainda mais evidente se considerar os dados do mais novo relatório da Organização Mundial da Saúde – Depressão e outros distúrbios mentais comuns: estimativas globais de saúde, publicado em fevereiro dos anos de 2017, aponta que o número de casos de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015, resultando em 322 milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria mulheres. No Brasil, “[...] a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas, cerca de 5,8% da população atual, enquanto distúrbios relacionados à ansiedade afetam mais de 18,6 milhões de brasileiros (9,3% da população)” (OMS, 2017, p.36).

A prevalência de transtornos psíquicos na população mundial gira em torno de 4,4%, enquanto no Brasil, 5,8% da população sofre com esse problema, afetando um total de 11,5 milhões de brasileiros (OMS, 2017). A questão do uso/abuso de substância psicoativa e seus agravos é uma constante preocupação do Ministério da Saúde. Nos anos de 2009, emitiu-se o primeiro Relatório de Uso de Drogas no Brasil, demonstrando que nos anos de 2007, a ocorrência de 4,3 óbitos por 100.000 habitantes no Brasil estava relacionada ao uso de drogas. A taxa de mortalidade associada ao uso de substâncias psicoativas demonstra que o álcool é associado a

cerca de 90% das mortes, sendo o responsável pelo óbito de 3,9 pessoas em cada 100.000 habitantes no Brasil (BRASIL, 2009).

Desde a criação da Política Nacional de Saúde Mental, em 2011, o Governo Federal vem financiando a criação de uma rede substitutiva de serviços, porém esse investimento é parco e insuficiente, visto que a orientação da Organização Mundial da Saúde sugere a aplicação de 5% na área de saúde mental. No caso do Brasil, o Governo Federal destina apenas 2,3 % para o financiamento das ações de assistência em saúde mental, desenvolvidas pela Rede de Atenção Psicossocial – Raps. Este valor que ainda se reduz ao se considerar isoladamente o dinheiro aplicado especificamente na atenção básica e nos Núcleos de Apoio a Família – NASF. A maneira como o financiamento das ações vem sendo realizado sugere que “[...] a saúde mental é subfinanciada dentro de um sistema subfinanciado” (TRAPÉ; CAMPOS, 2017, p.05).

Após 15 anos de sua criação, A Política Nacional de Saúde Mental vem ampliando e transformando seu foco de ação, sendo objeto de estudo de investigação de diversas áreas da ciência (Serviço Social, Psiquiatria, Psicologia, Antropologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, entre outros) por muitos estudiosos como AMARANTE (2007), CARNEIRO (2011), GONCALVES; DELGADO (2012), FONTE (2012) e TRAPÉ; CAMPOS (2017). É consenso entre os pesquisadores que as proposições e normativas político jurídicas que orientam e reorganizam o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, estão em consonância com as diretrizes e princípios da Reforma Psiquiátrica, porém há muitas melhorias a serem desenvolvidas como o aumento na produção de dados e análises sobre a avaliação do atual sistema; revisão das formas de financiamento e, ainda ações programáticas voltadas a comunidade e aos recursos humanos, especialmente da atenção básica em saúde no sentido de desenvolver uma nova perspectiva sobre a identidade social atribuída a pessoa com transtorno psíquico, ainda muito estigmatizada após anos de isolamento social em hospícios, asilos e hospitais psiquiátricos. A mesma necessidade se coloca para os usuários de substância psicoativa, historicamente referenciados no campo da marginalização e criminalização pelo uso de drogas.

Outro aspecto a ser considerado é a centralização dos recursos financeiros no governo federal, que gera problemas no financiamento da rede de saúde mental, principalmente nos municípios de pequeno porte, que acabam recebendo menos recurso ao mesmo tempo em que se exige a contrapartida da criação da Rede de

Atenção em Saúde- Ras no SUS, e por consequência, a Raps, em condições desiguais, se comparadas aos municípios de maior porte orçamentário. A desinstitucionalização das pessoas com transtorno psíquico é uma situação que merece atenção e necessita ser aprimorada, considerando a pouca cobertura dos serviços substitutivos no país que ofereça moradia supervisionada para as situações em que não foi possível o retorno do usuário para casa, ou ainda que a cronicidade imposta pelo quadro de saúde mental exija cuidados diferenciados.

A atual Política de Saúde Mental, no Brasil é respaldada nos fundamentos e princípios da Reforma Psiquiátrica, estimula práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde, e a lacuna ainda parece ser grande distância entre o que essas diretrizes propõem e o que se efetiva na assistência direta em saúde mental, assim como a fiscalização incipiente dos órgãos responsáveis pela defesa dos direitos humanos dos usuários de transtorno psíquico no país se coloca como outra grande preocupação

A Política de Saúde Mental do Brasil, com todos os seus problemas de implementação, como mencionados anteriormente, é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como modelo de referência na atenção em saúde mental, no entanto sofreu um duro golpe para a continuidade de suas propostas pautadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica Mundial. No início do mês de dezembro do ano de 2017, o Ministério da Saúde divulgou uma minuta de portaria que desconsidera a Portaria 3088/MS/GM de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial – Raps.

O texto da minuta inicial³³ considerando a lei 10.216, de 2001, que claramente redirecionava o modelo assistencial em saúde mental à época, ou seja, a substituição do atendimento em hospitais psiquiátricos por serviços extra-hospitalares tem, na atual proposta do Ministério da Saúde revogados os artigos 2º e 3º da Portaria 2.644³⁴, que reagrupavam classes para os hospitais psiquiátricos e

³³ Para saber mais: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351> Acesso em dez/2017.

³⁴No artigo 2º garantia-se o pagamento diferenciado por leitos, estimulando a concentração de um menor número de leitos por instituição. A minuta atual propõe que a remuneração pelos leitos seja do mesmo valor, promovendo um aumento de quase 100% no valor para instituições que ofereçam acima de 400 leitos, em um claro incentivo para a concentração de maior número de leitos, para maior lucro. O artigo 3º da Portaria em tema estabelecia um incentivo adicional de 10% no valor do serviço hospitalar para as internações que não ultrapassassem 20 (vinte) dias, estimulando a curta internação. Na atual proposta de alteração da Política Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde, apesar de seu texto de apresentação indicar um incentivo a curta internação, terá, na prática o efeito oposto, promovendo e estimulando internações de longa permanência, correndo o sério risco de retornar as antigas práticas de institucionalização (BATISTA, 2017).

reajustavam os respectivos incrementos de modo a desestimular a internação psiquiátrica de longa permanência e também, a internação em hospitais de grande porte.

Aprovada no dia 14 de dezembro dos anos de 2017, de forma autoritária e sem qualquer oportunidade de participação ou discussão do seu conteúdo por parte dos diversos organismos de representação e proteção a pessoa com transtorno psíquico, foram emitidas inúmeras notas de repúdio (FIOCRUZ³⁵, Ministério Público, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, ABRASCO, Conselho Federal de Psicologia-CFP, Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos-PFDC , entre outros) contra as alterações contidas na minuta inicial.

Além das mudanças no que se refere ao incentivo no aumento dos hospitais psiquiátricos mediante a lógica de alteração no financiamento da Política de Saúde Mental, outras medidas, entendidas como retrocesso, ainda incorporam a proposta. Uma delas se refere a inclusão das Comunidades Terapêuticas como serviços de saúde, destinando-se um alto recurso financeiro no valor de R\$ 120.000.000,00 ano a essas instituições, dando fim a uma luta historicamente travada por representantes da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, para que essas instituições não compusessem o rol de serviços de saúde mental. Tal medida tem como justificativa que o sistema de saúde mental tem uma perspectiva de trabalho com os usuários/as que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, que não se coaduna com aquela preconizada pelas comunidades terapêuticas, especialmente as práticas religiosas a que os internos precisam seguir no período de internação, contrariando a perspectiva de Redução de Danos, adotada como referência no país para o tratamento da dependência química.

Entre as proposições, sugere-se à criação da rede de ambulatório em saúde mental – Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental –

³⁵ Reafirmamos o total repúdio ao retorno dos Hospitais Psiquiátricos e a presença das Comunidades Terapêuticas como prestadores de serviços financiados pelo Ministério da Saúde para pessoas em sofrimento mental ou em uso prejudicial de substâncias psicoativas. Defendemos que os recursos do Ministério da Saúde disponibilizados (R\$ 120.000.000,00/ano apenas para as Comunidades Terapêuticas), sejam utilizados na garantir a sustentabilidade dos serviços da RAPS já implantados e para a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial, das Unidades de Acolhimento e dos Serviços Residenciais Terapêuticos Nota de Repúdio emitida pela FIOCRUZ. Para saber mais: <http://www.epsjv.fiocruz.br/manifestacao-de-repudio-a-proposta-de-alteracao-da-politica-nacional-de-saude-mental>

Ament, como um serviço intermediário entre o CAPS e a atenção básica³⁶. As alterações, recém-aprovadas pelo Ministério da Saúde, colocam em xeque a continuidade de uma proposta de implementação de uma política de saúde mental, com bases comunitárias, que, embora tenha se constituído imersa as dificuldades de execução, financiamento e gestão, vinha conseguindo desenhar a assistência em saúde mental pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica. As medidas aprovadas ressuscitam o financiamento de ambulatórios de saúde mental, sobrepostos aos serviços comunitários existentes. O conjunto das propostas ainda privilegia a internação duplicando serviços e, como os recursos são escassos e decrescentes, o resultado pode ser o sucateamento da rede comunitária de saúde mental.

Ante o exposto, conclui-se que a Política de Saúde Mental no Brasil, em vigor desde 2001, executada atualmente pela Rede de Atenção Psicossocial - Raps vem efetivamente se ampliando e se aperfeiçoando, mesmo frente as inúmeras adversidades da conjuntura atual brasileira e, decorrentes dessa situação, potencializadas com o aumento da população padecedora de enfermidades mentais e do uso abusivo de substância psicoativa e das recentes alterações aprovadas na Política Nacional de Saúde Mental, que podem causar um alto grau de retrocesso as conquistas no que se refere a implementação da lógica assistencial comunitária.

Evidenciados os principais aspectos sobre a implantação da Política de Saúde Mental no Brasil, desde os primeiros registros até o contexto atual, registrando os seus avanços e atuais desafios, nos deteremos a apresentar no próximo item do estudo, de que maneira as proposições enunciadas pela Reforma Psiquiátrica foi apreendida no Paraguai, quais os processos que envolvem sua materialização na atual Política Nacional de Saúde Mental, desde o reconhecimento

³⁶Contudo, com a ampliação dos serviços substitutivos, especialmente os Caps, os antigos ambulatórios de saúde mental foram sistematicamente desmontados, para que o atendimento aos transtornos psiquiátricos leves fosse incorporado na atenção básica, principalmente no Programa de Saúde da Família e Nasf, que estão localizados mais próximos dos/as usuários/as. Já os casos de transtornos graves são de responsabilidade dos Caps, que se constituem no coordenador da rede de saúde mental. Cabe ao Caps realizar o matriciamento e orientar as clínicas da família, ofertando suporte técnico para que elas executem o acompanhamento dos/as usuários/as. Portanto, criar um serviço que seja intermediário entre o Caps e a atenção básica é quebrar a lógica de organização e estruturação dos serviços de saúde mental, pois demonstra a intenção do governo de retornar a um modelo assistencial, que proporcionou a segregação e a desassistências de usuários/as" (BATISTA, 2017, p. 01).

da saúde mental enquanto um problema, passando para incorporação na agenda governamental, seus processos de formulação, implementação e avaliação.

3.3 Política de Saúde Mental no Paraguai – Redes Integradas de Sistemas de Saúde – RISS e Linha de cuidado em saúde mental.

Antes de adentrarmos na discussão sobre a Política de Saúde Mental, realizaremos uma breve caracterização do Paraguai, demonstrando que os processos históricos, políticos, econômicos, culturais e sociais, impactaram diretamente no desenvolvimento do seu sistema de proteção social, e conseqüentemente, na assistência psiquiátrica realizada no país.

No imaginário popular contemporâneo pensar no Paraguai remete a duas perspectivas; a primeira, quanto a sua localização, compondo a tríplice fronteira com Brasil e Argentina, promovendo-o como parte integrante do roteiro turístico e de compras devido às Cataratas do Iguazu e ao intenso comércio de produtos de naturezas diversas (eletrônicos, cosméticos, decoração, entre outros) que ocorre em Ciudad Del Este; e a segunda, e também muito conhecida, sobre a imagem de um país caracterizado pela grande mobilidade de pessoas e mercadorias, pelo tráfico de drogas e armas, corrupção, informalidade no trabalho, criminalidade, violência, pobreza extrema, exploração e abuso do trabalho infantil (SOUCHAUD, 2011).

O país, povoado inicialmente por índios da tribo guarani, foi colonizado por espanhóis no século XVI e tem sua história marcada por grandes acontecimentos que conformam as suas características locais. Entre tais, podemos destacar a Guerra da Tríplice Aliança (1864-1870), ou Grande Guerra como nominam os paraguaios, com resultados perversos para o país; as ditaduras presentes em diversos momentos históricos; a aliança com o Brasil para a construção da Usina Hidrelétrica de Itaipu (1960) e a implantação de uma política de promoção da imigração internacional europeia, ocorrida na metade do século XIX, criando uma nação culturalmente diversificada (GOIRIS,2000).

O Paraguai, segundo a Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos – DGEEC (PARAGUAY, 2017), tem sua população atual estimada em aproximadamente 6,8 milhões de habitantes e uma de suas características singulares é a ausência de faixas litorâneas em suas terras, já que, dos países da América Latina, somente a Bolívia e o Paraguai não possuem fronteira oceânica.

Essa peculiaridade impulsionou o governo na tentativa de tomar territórios argentinos e brasileiros próximos ao mar para desenvolver atividades comerciais e conquistar sua independência financeira, promovendo assim a Guerra do Paraguai.

Vários autores assinalam que as causas fundamentais da guerra tinham um fundo econômico-expansionista, no qual, a classe dominante de Buenos Aires, como também a nobreza do Império do Brasil, se prestavam para manter uma situação favorável à indústria britânica, provedora dos produtos manufaturados e importadora de matéria-prima (GOIRIS, 2000, p. 16).

A guerra durou aproximadamente 10 anos e trouxe consequências terríveis para o país, sentidas ainda hoje.

A guerra configurou-se numa forma de genocídio, cujas consequências econômicas, sociais e culturais, entre outras, repercutem até os dias de hoje. [...] de uma população de 550.000 mil habitantes, no início da guerra, em 1860, morreu mais da metade. Dos que restaram apenas 14.000 eram homens. Os sobreviventes eram mulheres, anciãos, crianças e mutilados. Além disso, o país perdeu 160 mil km² de seu território. A capital Assunção foi invadida e queimada, e Solano López refugiou-se na selva com o que sobrava de seu exército (GOIRIS, 2000, p. 18).

Terminada a Guerra do Paraguai iniciou-se um lento processo de reconstrução do país tendo como marco a promulgação da Constituição Nacional de 25 de novembro de 1870, e a criação dos partidos Liberal e Colorado no mesmo ano. Mesmo com a conformação de um Estado democrático de direito, os governos continuaram autoritários, com forte influência ditatorial, podendo o Paraguai ainda ser considerado um país em transição entre o seu histórico legado militar e a tentativa de implantação da democracia (BIRCH, 1993).

Atualmente o Paraguai concentra a segunda maior comunidade de brasileiros no exterior, chegando a totalizar 487.517 mil habitantes no ano de 2014. Configura-se como um destino de terceirização de mão de obra não qualificada de setores industriais e do comércio do Brasil. A proximidade territorial entre o Paraguai e cidades brasileiras facilita a exportação de serviços em todos os modos de prestação e o livre comércio de pessoas e mercadorias, favorecendo o fluxo de investimento brasileiro no país (MARINUCCI, 2014).

O Paraguai tem um território de 406.752 Km², e está dividido pelo Rio Paraguai em duas regiões geográficas: a ocidental ou Chaco, que tem três estados, e a oriental, que tem 14 estados, onde se localizam as principais cidades e vias de

comunicação. Quase 2% da população é indígena, destes 31% da população originária vive no Chaco, e 91,5% em zonas rurais, o que significa grande desafio para a proteção em saúde. Existem 20 povos originários agrupados em cinco famílias linguísticas: Guarani, Maskoy, Matakó, Guaicurú e Zamuco. A família Guarani, com seus seis povos, é a mais numerosa. O país tem duas línguas oficiais, o espanhol e o guarani, essa última reconhecida como a primeira língua originária americana do país e consagrada na Constituição do Paraguai de 1992 (OPAS/OMS, 2017b). O Guaraní é uma das línguas oficiais do Mercosul.

No que concerne à religião, anterior a conquista europeia sobre os povos originários, praticava-se rituais com a natureza, como a crença dos Guaranis em Tupã - Deus do trono. Com a chegada dos espanhóis no Paraguai se introduziu uma forma diferente de praticar e manifestar a crença em um deus superior. As ordens religiosas que acompanharam as expedições dos conquistadores tiveram um grande protagonismo nos habitantes para o doutrinamento na fé católica que na atualidade representa a religião majoritária com aproximadamente 85% de fiéis em todo o país. Outras religiões como Testemunha de Jeová, Budistas, Igreja de Jesus Cristo dos Últimos Dias representam 11 a 12% de frequentadores. O Paraguai figura entre dez países mais católicos do mundo³⁷ segundo o Anuário Pontifício divulgado pelo Vaticano nos anos de 2017.

Segundo relatório do Banco Mundial (2012), o Paraguai apresentou, no ano de 2012, o terceiro maior crescimento econômico do mundo. Essa ampliação decorre do aumento da exportação de carne e soja, sendo o país considerado o sétimo e o quarto maior exportador, respectivamente. Destaca-se também a exportação de eletrônicos e diversos produtos da China, comercializados livremente no país que se beneficia de uma legislação que permite a livre circulação de bens e de divisas, contrapondo-se a um momento em que barreiras comerciais afetam a circulação de bens e a movimentação financeira em outros países da América Latina (BM,2012).

No ano de 2017, o Produto Interno Bruto –PIB do Paraguai cresceu 6,6% no primeiro trimestre, na comparação com igual período do ano passado segundo dados do Banco Mundial. O resultado positivo foi puxado pelos setores de serviços,

³⁷Para saber mais: http://br.radiovaticana.va/news/2017/04/07/anu%C3%A1rio_pontif%C3%ADcio_2017_revela_os_dados_da_igreja_no_mundo/1304226 Acesso em dez/2017

indústria manufatureira e construção, destacando-se o avanço de 3,7% da produção agrícola, na comparação anual, devido a uma boa safra de soja, cuja produção ainda esse ano, pode atingir novo recorde no país, junto com o desempenho positivo de outros cultivos, como arroz e tabaco. Outro destaque foi o setor manufatureiro, com avanço de 16,9% no primeiro trimestre na comparação anual (BM, 2017). Embora o Paraguai venha fortalecendo sua economia de mercado, a disparidade entre os que usufruem da riqueza produzida e de quem está a margem de qualquer apropriação é enorme.

La contradictoria economía paraguaya, en la que conviven formalidad e informalidad, capitalizados y descapitalizados, globalizados y marginados, abundancia y escasez, derroche e inanición, debe ser comprendida en su totalidad, en su desarrollo histórico y en su lógica actual. (VILLARDA, 2012, p.14).

Na mesma proporção que cresce a economia, acentuam-se as desigualdades sociais, consagrando o Paraguai, conforme relatório da CEPAL (2016), como o nono país com maior desigualdade social da América Latina, aprofundada com as políticas “[...] privatistas adotadas pelo presidente Horácio Cartes e cada vez mais banqueiros, criadores de gado e produtores de soja, todos estrangeiros, tornam-se milionários”³⁸.

No que tange aos direitos sociais, o Paraguai reconheceu a saúde como um direito constitucional em 1967, garantindo a proteção e a promoção em saúde. Impõe a obrigatoriedade pessoal do cuidado, sendo que a concepção de saúde adotada naquela Constituição ainda se remete à doença como centralidade do processo de atenção sanitária. O artigo que trata do direito à saúde foi revisado na Constituição de 1992 e permanece inalterado até o presente momento.

Art. 68- El estado protegerá y promoverá la salud como un derecho fundamental de la persona y en interes de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro em los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respecto a la dignidad humana. Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado. (PARAGUAY, 1992).

³⁸ Para saber mais: <http://www.redebrasilatual.com.br/mundo/2016/01/desigualdade-social-no-paraguai-e-aprofundada-com-politica-neoliberal-de-cartes-2396.html> Acesso em nov/2017.

Decorreram trinta anos da garantia constitucional do direito à saúde até a criação do Sistema Nacional de Saúde -SNS, nos anos de 1996, através da Lei 1032. Sua institucionalização reiterou a garantia de atenção da saúde para todos, de maneira equitativa e oportuna, sem discriminação de nenhuma natureza, embora mantivesse um modelo fragmentado e segmentado na oferta de serviços assistenciais de saúde, constituído por serviços públicos, privados e mistos (OPAS, 2013).

O Sistema Nacional de Saúde está integrado por dois subsistemas: público e privado. O subsistema público é constituído pelo Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social; pelo Instituto de Prevision Social – IPS; Saúde Militar; Saúde Policial; Universidad Nacional de Assuncion e os serviços assistenciais das empresas descentralizadas Itaipú e Yacyretá. O subsistema privado se compõe por entidades com e sem fins lucrativos, como as empresas de seguro-saúde, hospitais, institutos, clínicas, laboratórios, Cruz Vermelha Paraguaia e organizações não governamentais. O gasto corrente total em saúde nos anos de 2014 era de 7,7% do PIB, correspondendo a 54,3% no setor público e 45,7% no setor privado (OPAS, 2013). Existe uma alta segmentação de provedores, fruto de uma histórica fragmentação e desarticulação dos diferentes subsectores, em geral pouco integrados entre si, com diferentes fontes de financiamento, que atendem conforme a capacidade de pagamento do usuário ou a inserção no mercado de trabalho formal.

Estos subsistemas funcionan con diferentes modalidades de financiamiento, dan cobertura a distintos grupos poblacionales según su condición de empleo, posición social o simplemente según su capacidad de pago. Los servicios que proveen son variados y cada grupo poblacional recibe beneficios diferentes y con calidad diferente, los cuales se producen a través de procesos que no son homogéneos (PARAGUAY, 2012).

Um marco para as reformas da saúde foi a formulação da nova Política Nacional de Saúde de 2005-2008, que constituiu a reformulação da Saúde como um processo gradual, participativo, gerador de mudanças, com descentralização e fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde. Foram estabelecidas as principais estratégias para seu desenvolvimento: 1) Ordenamento do marco jurídico – normativo e de gestão; 2) Fortalecimento da Gestão do Ministério de Saúde; 3) Desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde do Paraguai; 4) Descentralização

da Saúde; 5) Desenvolvimento das Funções Essenciais da Saúde Pública (PARAGUAY, 2012).

A Política Nacional de Saúde-PNS, no período 2005–2008 foi desenvolvida ainda sob os pilares de reforma e promoção da saúde; proteção social em saúde com financiamento solidário; saúde ambiental e saneamento básico; desenvolvimento dos recursos humanos e da educação permanente. As maiores dificuldades neste período foram dar cumprimento às políticas e planos propostos e às frequentes mudanças na gestão do sistema de saúde, ocasionando problemas na gestão, potencializados pelos insuficientes recursos financeiros destinados a área (PARAGUAY, 2012).

Desde 2008, o Paraguai busca instituir um Sistema de Saúde baseado na Atenção Primária em Saúde, incorporando eixos estratégicos baseados na criação e implementação de Unidades de Saúde da Família, em territórios sociais definidos, responsáveis por equipes multidisciplinares integradas por médicos generalistas ou especialistas em medicina familiar, uma enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, bem como equipes odontológicas trabalhando próximas às comunidades.

Tendo como referência as boas práticas desenvolvidas no Programa de Saúde da Família no Brasil, o governo do Paraguai estabelece, em 2008, um Termo de Cooperação Técnica para auxiliar no processo de implantação do programa no país. A equipe formada a partir da decisão de criar uma Direção-Geral de Atenção Primária à Saúde do Ministério de Salud e Bienestar (MSyBS) passou a trabalhar com integrantes de uma equipe técnica da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil, com o apoio do Ministério da Saúde do Brasil e da OPAS/OMS no Brasil. Além de promover a implantação das Unidades de Saúde da Família no Paraguai, a cooperação também orientou sobre a construção de protocolos em diversas áreas temáticas de saúde (OPAS, 2013).

Por iniciativa da OPAS/OMS, a partir de fins de 2010, estabeleceu-se um processo de elaboração de protocolos clínicos para as equipes de saúde da família. Estes foram realizados com ampla participação de vários setores técnicos e acadêmicos no MSPyBS, além de terem sido validados por equipes de SF. Os temas objeto da construção destes protocolos foram: Diabetes, Hipertensão Arterial, Prevenção do Risco Cardiovascular, Drogadição, Saúde Mental, Tuberculose, Hanseníase, Tabagismo, Pré-natal, Síndromes Febris, Síndromes Respiratórias, Infecções de Transmissão Sexual (ITS), Saúde do Idoso, Cuidados Paliativos e Maus Tratos. Também foram construídos os manuais de Atenção Integral para abordar importantes

temas como as ações de promoção, a visita domiciliar, os princípios e as metodologias do trabalho em SF e APS, as técnicas de prevenção e trabalho com grupos, o planejamento participativo, o trabalho com grupos, entre outros temas. Foram elaborados 8 cadernos para os temas de Atenção Integral (OPAS, 2013).

Ainda no ano de 2008, o Ministerio de Salud e Bienestar elabora a proposta de saúde para o período 2008-2013, denominada Políticas Públicas para a Qualidade de Vida e Saúde com Equidade no Paraguai, com a proposição de garantir o direito a saúde de forma ampliada³⁹ e um dos grandes desafios para o alcance das novas proposições contidas nas ações programáticas de reformas do sistema de saúde no Paraguai é a centralização dos serviços, fato que levou o Ministério da Saúde e Bem Estar a elaborar o documento Notas sobre la descentralización en el sector de salud del Paraguay, no ano de 2012, dimensionando e problematizando os desdobramentos desse problema no país.

Una característica del sistema público de salud es su centralismo y la complejidad de su burocracia. La crisis del centralismo en el sistema de salud se ha desarrollado en torno a cuestionamientos sobre la eficiencia y efectividad en sus operaciones, el clientelismo político, las sospechas de corrupción y problemas en la gobernabilidad del sistema. [...] El Ministerio de Salud, jerárquicamente se organiza a través de Direcciones Generales de las cuales dependen a su vez otras direcciones por área (PARAGUAY, 2012, p. 27).

Desde então, o Paraguai vem promovendo a gradual descentralização dos serviços de saúde, que se compõe de diversas instituições heterogêneas como já informado. Embora venham empenhando esforços no sentido de garantir a cobertura de assistência em saúde, o país ainda sofre com limitações técnicas e financeiras que acabam por direcionar serviços à população mais carente, sendo que um grande contingente de pessoas ainda precisa recorrer aos serviços privados de saúde para receber atendimento.

³⁹ Garantir o direito à saúde como direito humano inalienável; aplicar o marco legal vigente que permite a construção do Sistema Nacional de Saúde; • Estabelecer a Atenção Integral e o tratamento gratuito para toda a população, sem nenhuma intermediação, sem discriminação, eliminando as barreiras de acesso aos serviços de saúde; • Articular, coordenar e complementar ações e recursos de todos os setores que integrarão o Sistema Nacional de Saúde; • Implementar progressiva, contínua e sustentavelmente políticas públicas em saúde; • Manter a condição de autarquia do IPS, fortalecendo o sistema de “capitalização coletiva e solidária” e promovendo o acesso ao Sistema Previsional de Seguridad Social; • Rechaçar toda política e todo programa de focalização excludente, defendendo a universalidade integral; • Romper com o sistema perpetuador da pobreza (OPAS, PARAGUAY, 2013).

A pesar del marco legal establecido em la Constitución Nacional y de lãs instituciones encargadas de proteger la salud y promover La calidad de La ciudadanía paraguaya, en la práctica la atención totalmente gratuita es inexistente. Esto se deve a múltiplos factores, desde geográficos y políticos. Esta carencia convierte al Paraguay en un país donde, aún en el siglo XXI, el 1,2% de población muere por diarrea, el 0,9 por enfermedades nutricionales y anemia. Además, el 78,3% de los paraguayos carece cualquier seguro de salud (PARAGUAY, 2008, p. 34).

No último relatório emitido pela OPAS/OMS – Salud en las Américas, nos anos de 2017, fica evidenciado que os problemas na assistência em saúde persistem, embora as mudanças em curso desde o ano de 2008 venham se consolidando como um importante instrumento de melhorias nos serviços destinados a população

É nesse contexto de adversidades decorrente do parco investimento, da dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, do alto índice de desigualdade social que se potencializa na alta incidência de moléstias ligadas às precárias condições de vida e saúde de grande parte da população, aliadas à incipiente oferta de serviços e à falta de capacitação dos profissionais de saúde, que a atenção em saúde mental também encontra inúmeros desafios para se efetivar enquanto uma política que rompa com o modelo manicomial historicamente reproduzido, especialmente em países em desenvolvimento como o Paraguai.

Os registros sobre a história da atenção em saúde mental no Paraguai são escassos e credita-se esse fato ao tipo desenvolvimento socioeconômico e cultural do país que viveu boa parte de sua história sob o regime militar, associada à secundarização que o tema saúde mental historicamente tem com relação a prioridade concedida aos agravos da saúde física. Na trajetória de reconstruir a história da atenção em saúde mental no Paraguai, constatou-se a ausência de registros oficiais em diversos momentos.

As primeiras informações que remontam a assistência psiquiátrica no Paraguai, datam de 1888, a partir da existência do Asilo de Mendigos e Órfãos, localizada em Assunção, capital do país. A instituição atendia feridos de guerra, órfãos, pessoas com retardo mental, alcoolismo crônico e com quadros de grave psicose.

No se conoce muy bien la ubicación del prédio donde se hallaba el primer Manicomio Nacional, como institución hospitalaria para atención de

enfermos mentales, pero es, lo más probable, y así lo atestiguan viejos pobladores de la zona, como el antiguo propietario de la Panadería Lagrave de la calle España, que los enfermos mentales en el pasado eran asistidos juntamente con los mendigos. Existe una medalla conmemorativa que tengo a la vista de la inauguración de un Asilo de Mendigos y Huérfanos, por el Presidente de la República, General Juan B. Egusquiza y señora Casiana S. de Egusquiza en acto llevado a cabo el 30 de octubre de 1898 (ALVAREZ, 1960, p. 01)

Nos anos de 1911, é publicada a obra do espanhol Rafael Barret, importante escritor literário que morou no Paraguai e escrevia sobre uma diversidade de temáticas sociais, entre elas a situação dos internos do Asilo de Mendigos e Órfãos. O escritor passou alguns dias na instituição e registra as suas impressões sobre o lugar no livro *El Dolor Paraguayo*, no capítulo intitulado *El Manicomio*.

Pero cerca del Asilo se levanta el sombrío presidio de los locos. Ay ! los locos no trabajan bien; no sirven para nada. Figuráos una inmundada cárcel, em que la miseria hubiera hecho perder el juicio á los infelices, abandonados allí dentro. Sobre el fango de um patio lúgubre, acurrucados contra los muros, gimen, cantan, aúllan, veinte ó treinta espectros, envueltos em sórdidos harapos. Uma serie de calabozos negros, com rejas y enormes cerrojos, agobia la vista. A los barrotes assoma de pronto um rostro de condenado. Celdas oscuras, desnudas, húmedas. El techo se agrieta. Las camas son sacos de sucia arpillera. Um hediondo olor á orines, á cubil de biestas feroces nos hace retroceder. Sin asistencia, los locos vagan. Es una epiléptica, que se romperá quizá el cráneo. Um montón de trapos se agita em em suelo. Descalzas, con los pes hinchados, las idiotas, incapaces de espantarse las mosca, se cubren de llagas. [...] Los enfermos arrojados allí no tienen salvación. Podrían curarse em outro sitio muchos de ellos. Allí, en aquél infierno sin nombre, su razón, naufraga para siempre (BARRET, 1911, p. 92).

Um dos grandes problemas que potencializava a situação de abandono, segregação e isolamento dos internos com transtorno mental era o desconhecimento das causas da doença e a crença de que as pessoas com sintomas psiquiátricos estavam possuídas pelo demônio, motivo pelo qual os familiares descartavam a possibilidade de recuperação por tratamento médico, e buscavam afastá-lo do meio social. Essa perspectiva cultural historicamente se colocou como um dificultador na assistência a pessoa com transtorno psíquico e, especialmente entre a classe médica “[...] se há tomado consciencia por los adelantados de la medicina de que ese mal señalado puede ser subsanado y los pecientes reintegrados a la vida social” (CEGLA; FRANCA, 1984, p. 251).

O Asilo não contava com médico psiquiatra para o acompanhamento dos internos, e, nos anos de 1917 somava uma população de aproximadamente 150 pacientes. E, somente nesse ano foram separados os enfermos mentais dos mendigos e outros residentes do local, constituindo-se a primeira instituição psiquiátrica oficial do país – Manicomio Nacional. A instituição passou a acomodar homens e mulheres, separados no espaço físico e coordenada pelo professor da Faculdade de Ciências Médicas de Assunción e também o primeiro psiquiatra do Paraguai - Dr. Cândido Augusto Vasconcellos Lopez. Tanto o sanatório quanto o orfanato eram mantidos com dinheiro arrecadado das damas de caridade até os anos de 1915, quando o Manicômio foi transferido para a responsabilidade do Departamento Nacional de Higiene e Assistência Pública, que por sua vez estava subordinado ao Ministério do Interior (CEGLA; FRANCA, 1984).

La salud y la higiene del país dependieron hasta 1936 del Ministerio del Interior, por lo que es de presumir que en estos cambios se hayan extraviado muchos datos referentes al funcionamiento de las instituciones sanitarias. Sin embargo en un libro del Asilo de Huérfanos fueron hallados datos a partir de 1892 en adelante (ALVAREZ, 1960, p.02)

Nos anos de 1927, o Manicômio Nacional é integrado a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Assunción – U.N.A. e lhe é atribuído distintos nomes: Hospital de Alienados, Hospital Psiquiátrico e Hospital Neuropsiquiátrico. Seu modelo de atenção era centrado na internação de longa permanência e os internos eram tratados com antibióticos e vitaminas (ALVAREZ, 1960). Com a incorporação do Hospital Psiquiátrico a Faculdade de Ciências Médicas da U.N.A., a instituição passou a depender da Faculdade, que por sua vez dependia do financiamento do Ministério da Justiça e Instrução Pública, que, em 1936, por um decreto-lei durante o governo de Rafael Franco, o Departamento de Higiene e Assistência Pública se converteu em Ministério da Saúde Pública e Bem Estar.

Após a criação do Ministério de Saúde Pública e Bem Estar, estabeleceu-se o primeiro conceito de saúde mental do país, entendida como “[...] la capacidad del individuo de establecer relaciones de su ambiente físico y social o contribuir a ello de modo constructivo, desarrollando al máximo sus potencialidades” (CEGLA; FRANCA, 1984, p. 251). Em 1946, implementa-se o Departamento de Higiene Mental, de forma a regulamentar ações em saúde mental e os Consultórios de

Higiene Mental, usados como instrumento para a assistência ambulatorial em saúde mental, ambos localizados em Assunção, capital do país.

Apesar da criação de serviços de assistência ambulatorial, paralelamente “[...] fueron agregadas numerosas dependências y así también aumentó el número de enfermos y personal. Algunos profesionales prestaron su colaboración de forma voluntaria” (ALVAREZ, 1960, P. 02), chegando a registrar 600 internos no Hospital Psiquiátrico. A vinculação de religiosos e mulheres beneficentes na assistência aos internos era bem comum, assim como de outros voluntários como os Menonitas, grupo de religiosos alemães residentes no Paraguai que auxiliaram os internos aptos na criação de uma horta no Hospital Psiquiátrico. Apesar do pequeno avanço em promover a integração do doente mental, a assistência psiquiátrica ainda tinha muitos problemas, como o uso do eletrochoque frente a ausência de psicofármacos que poderiam promover a melhora do quadro de saúde mental. O abandono de familiares, e a criminalização da loucura também se mostravam presentes neste período histórico.

Hasta lá década de 40, el encierro, la contención física, el electroshock, se justificavam como tratamiento, por desconocimiento de la enfermedad y por la falta de recurso farmacológicos. [...] Una característica del enfermo mental, es la situación de abandono y que le toca vivir, al no existir otra instancia que se ocupe de la situación, su destino será inexorablemente el Hospital Psiquiátrico. Si deambulan por la calles, la comunidad recurre a la Policía, que muchas veces los retienen en celgas para presos comunes antes de derivarlos nuevamente al Hospital. Si quedan en la casa son los encerrados, o aún en la actualidad, se tiene conocimiento de casos em que se los mantienen encadenados o atados (PARAGUAY, 1997, p. 15)

O primeiro registro de uma experiência de psiquiatria comunitária, nasceu com a iniciativa do Prof. Dr. Rivarola Queirolo, nos anos 1947, que buscava no bairro próximo ao Hospital Psiquiátrico pessoas dispostas a oferecer alguma atenção e integração comunitária aos internos, em troca de receber atendimento médico pelo Dr. Rivarola. Não há registros dos resultados obtidos com essa experiência. Durante a década de 1950, o Hospital Psiquiátrico manteve sua dependência com a Faculdade de Medicina da U.N.A., e continuou a aplicar aos internos asilados a vitaminoterapia, nas situações em que o doente apresentava quadro de desnutrição e, em alguns, de forma associada antibiótico para os pacientes que eram diagnosticados com psicose decorrente de sífilis (ALVAREZ, 1960). A década de 1960 trouxe algumas transformações para a assistência em saúde mental no país.

El la década del 60, se implimenta el uso y quizás el abuso de eletroshock, nace um mito em la población en referencia a la sangre que se sube a la cabeza y se baja com choque, el miedo es la consecuencia de esta nueva experiència. La década del 60, se inicia el uso de dosis pequenas de neurolepticos, y el grupo voluntario Menonnita inicia trabajos de chacra también buscando crear una concepto de terapia laboral y ocupacional. En esta década el Dr. Augustin Carrizosa y el Prof. Rivarola Queirolo crean el Servicio de Salud Mental en el edificio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Se crean las unidades de sicologia em la Universidad Católica de Assunción – UCA, e Universidad Nacional de Assunción – UNA (PYS1).

A partir dessas transformações, identificamos uma pequena mudança na assistência em saúde mental na instituição, na forma “ *de assistência médica positivista, atomista, reducionista, reclusoria; en el que el tratamiento era el de asilar la célula o el germen a tratar fuera de su entorno*” (PYS1), reconhecendo que o entorno que os rodeia pode impactar na melhora do quadro de saúde mental, fazendo emergir uma nova forma de tratamento que considera o psiquismo, o meio social, a comunidade e a participação.

Na década de 1970, apesar de uma política repressiva reinante, em decorrência do processo de ditadura militar, é um período marcado por muitas novidades na assistência em saúde mental. Há uma explosão de pensamentos de cunho humanista, em especial com a psicanálise, a psicoterapia comportamental e, paralelamente o uso de psicofármacos em maior escala que na década anterior, substituindo gradativamente a antibioticoterapia e a vitaminoterapia. É criado o Instituto Médico Psicológico do Centro de Estudos de Psicoterapia e Psicologia, instituição privada de ensino, cuja proposta de formação estava centrada em um modelo preventivo, integrador e reabilitador. Também são inauguradas Comunidades Terapêuticas no Hospital Psiquiátrico e escolas de orientação para os familiares. O grupo voluntário Menonnita, junto com os profissionais do hospital criou uma área que foi chamada de Pavilhão de Reabilitação⁴⁰ objetivando integrar família, pacientes, médicos e demais profissionais do hospital (CEGLA; FRANCA, 1984).

⁴⁰ Este ambiente debe ser suficientemente tolerante como para permitir entender el delirio del paciente y poder contenerlo, pero al mismo tiempo tener limites para que el paciente pueda orientarse y ser contenido. El nivel de comunicaciones se realiza dentro del papellón en um sistema horizontal, através de uma delegación de responsabilidades entre los miembros de la comunidad incluyendo a los pacientes desde luego que cuidando que la persona está capacitada para la tarea. Hay una asamblea deliberativa donde no se toman decisiones, sino que se discute y se hacen propuestas. Hay una reunión de equipo donde se estudian los problemas del papellón, las propuestas de la situación del paciente sea desde el punto de vista clínico como su relación com sus familiares. Hay una reunión de ateneo clínico donde se estudia minuciosamente a cada paciente en su ingreso, em su

Essas formas alternativas de socialização e integração imprimiram uma nova caracterização para a assistência em saúde mental, a partir de uma abordagem integradora. Nos anos 1975 a instituição psiquiátrica é formalmente registrada como Clínica Neuropsiquiátrica⁴¹, sendo ainda a única do país e mantendo a vinculação com a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Assunção - UNA, prestando atendimento aos segurados e não segurados do Instituto de Previdência Social – IPS.

Nos anos de 1980, seguiram-se os debates sobre a assistência em saúde mental oferecida as pessoas com transtorno psíquico no Hospital Psiquiátrico, que nesse período somavam 700 internos. Os questionamentos se colocavam sobre o modo de desenvolver a atenção em saúde mental através de medidas preventivas, comunitária e com resguardo aos direitos humanos dos pacientes. O crescimento da área de psicologia, através de profissionais formados fora do país, trouxeram as abordagens de gestald, teoria sistêmica, psicodrama e behaviorista. Nesta década se formam algumas sociedades científicas que buscam solidificar a formação “[...] y el perfilar el siquiatra y sicólogo ideal” (CEGLA; FRANCA, 1984, p. 254).

Nos anos de 1982 se inaugurou no Hospital Psiquiátrico um pavilhão de mulheres e se estabeleceu um sistema similar ao efetuado no pavilhão masculino, porém com a ajuda de estudantes de psicologia que tinham como obrigatoriedade visitar os doentes mentais para concluir a graduação. Os resultados obtidos com a intervenção dos estudantes foram positivos e alguns pacientes tiveram alta em um prazo menor de tempo, e a reincidência na internação também diminuiu. Uma outra

evolución y en su alta. Hay una reunión de padres de pacientes con un profesional, a fim de que entendam y comprendam la enfermedad de su familiar y puedan ayurdalo mejor em su casa. Hay reuniones de supervisión de enfermeiras, psicólogos y médicos a fin de ir ajustando y conociendo cada vez más la problemática del paciente y el rol que está desenpenando. Dentro de este ámbito se desarrollan atividades terapêuticas como la psicofarmacológicas, terapias físicas, psicoterapias grupales, entrevistas individuales para que el paciente pueda ser escuchado y mejor ayudado, terapia de trabajos y todas aquellas que se consideren que la puedan ser de utilidade al paciente. La comunidade terapêutica no es laborterapia, es un modelo de vida institucional del paciente, es darle al paciente más importância como ser humano, es darle participación activa e responsabilidad em el processo terapêutico (CEGLA; FRANCA, 1984, p. 255).

⁴¹Hasta hoy este Hospital Psiquiátrico es el único en el Paraguay, como dependencia de la Cátedra de Clínica Neuropsiquiátrica de la Facultad de Ciencias Médicas, presta su atención pertinente a enfermos assegurados del I.P.S. de las fuerzas policiales y armadas de la Nación y a veteranos de la guerra del Chaco. Hoy también sirve para la formación de médicos en la especialidad de psiquiatria y psicologia. El actual Hospital Neuropsiquiátrico cuenta com personal capacitado para laboratorio de análisis, odontologia, ginecologia, servicio social y otros elementos de diagnóstico (CEGLA; FRANCA, 1984, p. 254).

inovação foi a criação de um consultório externo que atendia e acompanhava os pacientes que já haviam recebido alta do hospital (CEGLA; FRANCA, 1984).

O Paraguai, nos anos de 1983 participou de uma oficina de administração em saúde mental, ministrada pelo Instituto Mexicano de Psiquiatria e promovido pela Organização Panamericana de Saúde, com o objetivo de responder as necessidades dos programas de saúde mental de países latino-americanos para ajustar ações de saúde mental pública nesse continente, dentro da realidade de cada país.

El énfasis del curso se puso en la estadística, la epidemiología, y la evaluación de programas como la area de tecnología que com frecuencia son una laguna em la formación de los psiquiatras clínicos, quienes, por otra parte, com frecuencia son llamados a desempeñar tareas administrativas. (CEGLA; FRANCA, 1984).

Ainda nesse evento, houve um manifesto registrando que muitos dos países da América Latina não atendiam de maneira satisfatória a saúde mental da população e havia a necessidade de se entender a saúde mental de uma maneira geral, associada ao meio ambiente, a cultura, as condições de vida, trabalho e saúde. A discussão sobre a imprescindibilidade de políticas de saúde mental em todos o continente foi registrada como uma questão emergencial a ser resolvida em curto prazo. O Paraguai compunha os países que, à época não dispunham de uma Política Nacional de Saúde Mental institucionalizada, tendo ainda a internação psiquiátrica de longa permanência no único hospital psiquiátrico do país como referência e um serviço ambulatorial incipiente, também localizado em Assunção, deixando descoberta qualquer assistência em saúde mental no interior do país.

No ano de 1989, a derrubada do presidente e general Alfredo Stroessner⁴², marcou o fim do mais longo governo autoritário da história independente do Paraguai e trouxe mudanças expressivas em toda a estrutura governamental, repercutindo positivamente na atenção em saúde mental.

A partir dos princípios norteadores contidos na Declaração de Caracas, a década de 1990 trouxe a disseminação de ideias com novas proposições na

⁴² *El golpe de estado del 89, traza un punto de partida en la que se reconocen explícitamente los Derechos Humanos y se trabaja desde una concientización de la dignidad, los derechos, la solidaridad; elementos que sustentan el concepto de salud mental. Es esta década la corrupción es reconocida como el nuevo germen social anteriormente enmascarado por el favoritismo político (PYS1).*

assistência em saúde mental no país, como também na melhoria do serviço de referência, com a construção de edifícios novos para o Hospital Psiquiátrico, melhoria das acomodações dos internos e ampliação dos atendimentos realizados no ambulatório de saúde mental. Maior cobertura e inclusão de novos medicamentos, e a meta de diminuir o número de pacientes internados pela metade (PARAGUAY, 2002).

A primeira proposta governamental destinada a saúde mental no Paraguai, data dos anos de 1991 e denomina-se Plan Nacional de Salud 1991-1993. O instrumento orienta de uma maneira geral as ações na área da saúde, incorporando as necessidades de saúde mental da população paraguaia, em especial reconhecendo que as condições de vulnerabilidade que estão submetidas, se revertendo em riscos, tanto para o adoecimento mental como para o uso abusivo de drogas.

En el Paraguay el Plano Nacional de Salud (91-93) plantea como situación de salud da población paraguaya, el impacto que tiene em ella las llamadas enfermedades de em sub desarrollo y outros danos, que también afectan a los países industrializados como en alcoholismo, la farmacodependencia y los transtornos mentales entre otras enfermedades crónicas no transmisibles. Em el mismo documento se describe como causa, em deficiente saneamiento de medio, el alcance limitado de los programas de educación sanitaria, la baja disponibilidad de recursos financieros y la dispersión de los recursos disponibles por carencia de una planificación nacional y sectorial (PARAGUAY, 1997, p. 14)

A inexistência de estudos epidemiológicos sobre a saúde mental, que ainda tinha como única referência de tratamento o Hospital Psiquiátrico, gerou a necessidade de elaboração de um diagnóstico sobre as condições da atenção psiquiátrica no Paraguai. Foram criados grupos de trabalho para a elaboração do estudo e os resultados foram publicizados nos anos de 1997, com a publicação do documento Unidad de Salud Regional – Una alternativa em la atención en Salud Mental y de la Asistencia Psiquiátrica. A avaliação apontou múltiplos problemas na assistência em saúde mental no país, piorada quando as pessoas portadoras de enfermidades mentais residiam no interior do país.

En el interior del país, los sufrientes mentales son atendidos deficientemente por médicos rurales no capacitados y por curandeiros, llegando a la capital (Hospital Psiquiátrico), em situaciones de cronicidad, a veces irreversibles, acompañados de familiares desilusionados, que tienen que desplazarse em la mayoría de Iso casos, muchos quilômetros, con acusantes necesidades

económicas, terminando por abandonar totalmente a su familiar enfermo en el Hospital, instituyéndose lo que se llama hospitalismo (PARAGUAY, 1997, p. 15).

O documento ainda denuncia sérios problemas na assistência em saúde mental prestada pelo Hospital Psiquiátrico, inclusive a violação sistemática de direitos humanos a que os internos estão submetidos. Ademais, a instituição, segundo o estudo “[...] se senala la ineffectividad terapéutica y el papel que la institución juega como agente patógeno, iatrogênico y cronificante. Numerosos estudios demuestran, desde diversos ângulos el carácter antiterapéutico do Hospital Psiquiátrico” (PARAGUAY, 1997, p. 17).

De forma conclusiva, o documento expressa e sugere que em distintos países do mundo e na América Latina, diversas alternativas em saúde mental vêm sendo adotadas para dar fim ao modelo hospitalocêntrico de atenção em saúde mental e, em sua substituição, a criação de uma rede ambulatorial e comunitária de tratamento. De forma a reorientar a assistência em saúde mental do país, em consonância com a Declaração de Caracas, o governo paraguaio coloca como meta a criação de Unidades Descentralizadas de Saúde Mental, de forma inclusive a ser realizado como instrumento no processo de transição do regime ditatorial para a atual democracia atualmente em curso no Paraguai.

En el proceso de transición a la Democracia en el Paraguay, la salud mental ha ido cobrando importancia y el Departamento de Salud Mental del M.S.P.y B.S. ha tenido la meta de crear Unidades Descentralizadas de Salud Mental en las Regiones siguiendo los objetivos de la Declaración de Caracas para impulsar la Reestructuración de la Atención em Salud Mental y la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica, asistencia que siempre estuvo centralizada en la Hospital Psiquiátrico, sede de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la UMA, y que no acompañó los avances de esta disciplina (PARAGUAY, 1997, p. 18).

A criação das Unidades Descentralizadas, permitiria que as ações em saúde mental fossem incorporadas aos sistemas locais de saúde, promovendo o acesso a serviços de saúde mental, com ênfase na prevenção, atenção e reabilitação da enfermidade mental e dependência química. Na mesma linha de extensão de serviços, se propõe o Grupo Itinerante de Saúde Mental e cursos de capacitação dos profissionais da atenção básica como estratégia para favorecer o desenvolvimento das mudanças propostas (PARAGUAY, 1997).

A descentralização dos serviços a fim de possibilitar o acesso aos usuários moradores do interior do país aparece como uma preocupação central, considerando que a única referência de atenção em saúde mental do país se encontra na capital paraguaia. Foi ainda recomendado que o Departamento de Saúde Mental, em conjunto com a direção do Hospital Psiquiátrico, criasse uma comissão permanente de estudo e análise para a adequação da instituição dentro da proposta de reestruturação da internação psiquiátrica referendada na Declaração de Caracas PARAGUAY, 1997). Ainda em 1997, há registros da criação de uma Comunidade Terapêutica⁴³ no Hospital de Pedro Juan Caballero Amambay, nos moldes de internação psiquiátrica, porém com diferencial humanista na forma de tratamento aos internos.

Essas medidas não conseguiram melhorar a assistência em saúde mental no Paraguai, e nos anos 2000, a estigmatização cultural, a falta de informações e dados epidemiológicos, associados a escassez de serviços nas comunidades e a pouca organização e mobilização da sociedade civil em torno dos problemas de saúde mental e uso de drogas caracterizavam o paraguaio. No país existem grupos de pessoas que estão em maior risco e com menor proteção, em decorrência das mudanças políticas, econômicas e culturais que o país vivencia. Tais mudanças vêm provocando uma alta taxa de migração do campo para a cidade, gerando o aumento e emergência de problemas de ordem social, como a violência, pobreza extrema, trabalho e abuso infantil, dependência de substâncias psicoativas, entre outros. Essas situações afetam de forma preferencial as mulheres, crianças, jovens, indígenas, idosos e pessoas com doença mental crônica, muitos desses abandonados por seus familiares (PARAGUAY, 2002).

A questão do abandono dos enfermos mentais, citadas em diversos momentos nos documentos sobre a saúde mental, pode apresentar uma outra

⁴³ *En el 89 cuando cae la dictadura, y aparece esta gente del Departamento de Salud Mental se crea, porque antes había un área de higiene mental, se crea el departamento de salud mental en el Ministerio, el que está a cargo de eso con otros compañeros mas que se llamaba Dr. Carrisoza, entonces él fue el primer director, el primer jefe del programa de salud mental después de la caída de Stroessner y él tenía una visión mas comunitaria de la atención en salud mental y una de las personas que empieza a trabajar con él es este médico que creó la comunidad terapéutica dentro del hospital psiquiátrico. es un modelo que no solo es mas humanitario el trato con las personas, sino también un modelo mas horizontal de trato entre los pacientes, los médicos y las enfermeras. O sea como que todos somos más o menos iguales (PYS1).*

realidade, considerando as dificuldades econômicas e de acesso da família⁴⁴ ao Hospital Psiquiátrico.

Nos anos de 2002, o Paraguai fazia parte dos 40 % dos países sem Política Nacional de Saúde Mental, dos 30% que não implementavam Programas de Saúde Mental e 25% dos que não possuíam legislação sobre essa temática na América Latina. Ademais, havia menos de um psiquiatra por cada 100.000 habitantes, além dos problemas de concentração dos recursos humanos na capital. (PARAGUAY, 2002). Frente a tal situação o Ministério de Saúde e Bem Estar apresenta a primeira Política Nacional de Saúde Mental – 2002-2006.

La política Nacional de Salud Mental del Paraguay tiene como Objetivo General mejorar la Salud Mental de las personas y de los grupos, sin distinción de raza, religión, género, edad, ideología política o condición económica y social para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo a promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas afectivas, relacionales el logro de las metas individuales y colectivas, en concordia con la justicia social, el bien común y la protección de los Derechos Humanos (PARAGUAY, 2002, p. 17).

Não há registros sobre como se deu a implementação dessa política ou se houve realmente alguma ação programática concluída, porém, a partir dos relatos obtidos através de entrevistas com os profissionais que atuavam na área de saúde mental a época, não houve impacto na assistência em saúde mental e o modelo hospitalocêntrico foi reorientado para modelo médico-cêntrico, o que não alterava as condições já existentes. Ademais a equipe responsável pela elaboração da política era composta em sua maioria por médicos e profissionais de saúde, sem a participação da sociedade civil na construção das propostas.

Yo tengo la política, pero no hay en medio magnetico, están en una impresión que tenemos algunos que guardamos por eso que tenemos. Y sabemos que existe, que existió, además fuimos parte de la construcción que si bien es cierto, tenía una visión mas hacia afuera, no tan hospitalaria céntrica, tenía todavía, para mi gusto una visión muy medico céntrica, no hospital céntrico pero muy medico céntrica, porque en esa política que habla de las áreas que tiene que tener una dirección de salud mental, es una

⁴⁴ Entonces, yo entiendo; mi suposición es la siguiente: no es que la familia no quería hacerse cargo, lo que pasa es que la familia era pobre y para traerle hasta el hospital tuvieron que vender sus animales y entonces si alguien se hacia cargo ahí , se le dejaba ahí y ellos venían cada vez menos a visitarle y después si le llevaban, no había un servicio que le haga el seguimiento donde vivían. Para hacerle sus controles tenían que pagar de nuevo mucho dinero para comprar el pasaje para volver al hospital, o sea, no es que la familia abandonaba de mala sino de pobreza. Y el hospital no tenía ningún problema para que eso no suceda (PYS1)

política tipo plan. Todos los directores son, médico, médico, médicos o sea como tiene que ser el director? médico. O sea todavía hay una visión muy médico centrado, aunque más amplio que lo que se estaba haciendo y no había política (PYS1).

Nos anos de 2003, após uma visita de observação realizada pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos - CIDH, várias irregularidades sobre a violação dos direitos humanos dos internos do Hospital Psiquiátrico foram constatadas, mesmo o Paraguai tendo assumido o compromisso de implementar os serviços de saúde mental em consonância com os princípios da Declaração de Caracas. Após a avaliação, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, procedeu uma intervenção em caráter de emergência para proteger a vida e a saúde de mais de quatrocentas pessoas, sendo duas crianças que estavam internadas no até então único Hospital Psiquiátrico do país, localizado em Assunção e ainda sob a responsabilidade da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Assunção.

El 17 de diciembre de 2003, en una decisión sin precedente, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos pidió medidas urgentes de auxilio para proteger la vida y salud de 460 personas que estaban detenidas en el hospital neuropsiquiátrico estatal del Paraguay. Por primera vez la Comisión convocó a la toma inmediata de medidas críticas para combatir una serie de abusos que se venían cometiendo en una institución psiquiátrica. La entidad conocida por Mental Disability Rights International (MDRI, o Agencia Internacional para los Derechos de Personas con Discapacidad Mental) y el Center for Justice and International Law (CEJIL, o Centro de Justicia y Derecho Internacional) intercedieron ante la Comisión Interamericana a favor de dos niños, Julio y Jorge, que por más de cuatro años habían estado encerrados en celdas de dos metros cuadrados, sin acceso a un baño, así como a favor de otras 458 personas recluidas en la institución en condiciones igualmente inhumanas y denigrantes (HILLMAN, 2005, p. 01).

A Comissão, em seu diagnóstico, relatou precárias condições estruturais; negligência com a higiene e alimentação dos internos; reduzido número de recursos humanos; crianças, homens e mulheres coabitando no mesmo espaço físico sem respeito a sua intimidade ou privacidade; superlotação na capacidade de atendimento; falta de atenção médica, psiquiátrica e odontológica; ausência de diagnóstico dos pacientes e profissionais sem capacitação; além de perpetuar a manutenção do tratamento hospitalar em detrimento do ambulatorial (KOHN *et al*, 2005). O país recebeu uma medida cautelar como sanção e a obrigatoriedade de realizar melhorias urgentes, em um prazo de cinco anos frente a esse cenário,

forçando o aparato estatal a incluir de forma mais intensa a saúde mental na agenda de prioridades do país.

En 2003 hacen la primera medida cautelar, el Estado Paraguayo estaba en la mira y se hace una serie de reuniones con la organización que hizo la demanda ante la Comisión que es MDRI (Mental Disability Ray Institute) ella es la que hace la demanda, entonces entre el 2003 y 2005 se hicieron una serie de negociaciones para llegar a un acuerdo para que entonces la MDRI pida que se levante la medida cautelar. Propusieron 5 años de mejora, creo que la política dice cuales fueron los 3 acuerdos a los que llegaron, se tenía que disminuir a no más de 150 pacientes dentro del hospital psiquiátrico, en ese momento eran como 500, se tenía que fortalecer los servicios, la atención de ambulatorio que estaban en los hospitales(PYS1)

Outro obstáculo também impôs dificuldade na transição do modelo hiopitalocêntrico para o comunitário no que se refere a conveniência de um grupo de profissionais em manter a assistência psiquiátrica com características asilares.

Para mi 2 hechos pusieron en el mapa la necesidad de atender a la salud mental de la población; uno fue la comisión porque había gente que ya veníamos hablando de que había que cambiar el sistema, pero siempre éramos los locos que decían que tenía que suceder eso y era más la gente que decía que el sistema como estaba funcionando era conveniente para ellos, porque si vos en el hospital trabajas y tenes un sueldo y no haces nada da lo mismo porque era el hospital psiquiátrico. En cambio, en un servicio tenes que trabajar, para mi es una cuestión de gente badulaque y gente no badulaque, entonces no solamente por la idea de lo biológico y lo integral si no también porque hay personas que son también unas buenas personas en una palabra. (PYS1).

Após as medidas cautelares impostas ao governo paraguaio, a Agência Internacional para os Direitos das Pessoas com Incapacidade Mental e o Centro de Justiça e Direito Internacional, em parceria com a Organização Panamericana de Salud, se mobilizaram para mudar o cenário da atenção em saúde mental no Paraguai, não somente em relação às pessoas reclusas no hospital e na estruturação de serviços comunitário. Apesar das tentativas de melhoria, em julho dos anos de 2004, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos prorrogou por mais seis meses as medidas de urgência estabelecidas. Uma nova auditoria realizada pelo Mental Disability Ray Institute⁴⁵ - MDRI reportou melhorias nas condições de internação, porém ainda abaixo das normas internacionais de direitos humanos, com o agravante de muitos pacientes não terem um diagnóstico definido e tratamento estabelecido.

⁴⁵ Para saber mais: <https://www.imh.com.sg/> Acesso em dez/2017

Esto fue corroborado también por el Atlas de Internación del Hospital Psiquiátrico del período 2001-2003, donde se comprueba que a los seis meses del alta, casi un cuarto de los pacientes debía ser reingresado y que a los dos años, el 47% volvía ser internado, aspecto que demuestra que no solo los tratamientos eran ineficaces, sino que carecían de orientación a la funcionalidad social (MOUJAN, 2011, p. 176).

Nesse período, o investimento nas ações e serviços de saúde mental, correspondiam a 1% do orçamento destinado pelo Ministério da Saúde e Bem Estar. Desse montante, 84% era destinado Hospital Psiquiátrico, com capacidade de 400 leitos, aumentada em 8% entre os anos de 2003 a 2005 para atender à crescente demanda. Esta se compõe, em sua maioria de pacientes com esquizofrenia e outros transtornos psíquicos considerados graves, evidenciando que o país não seguiu a tendência e orientação internacional de ênfase na criação de serviços ambulatoriais e comunitários para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde mental (MOUJAN, 2011).

Por meio de um acordo entre o governo paraguaio e organismos internacionais representantes da saúde mental e da defesa dos direitos humanos, foi estendido o prazo e estabelecido o limite de cinco anos para proceder a desmanicomialização gradual dos internos, a criação de serviços de saúde mental comunitária e a institucionalização de uma política nacional de saúde mental. De maneira a promover o retorno dos internos ao convívio social, no ano de 2007 são criadas três instituições denominados no país de “[...] hogares substitutos, cuyo objetivos es la inserción comunitaria, si bién continúan con visión manicomial de la atención em salud mental” (LOPES, 2011, p. 01).

Em 2006, o instrumento de avaliação para sistemas de saúde mental, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (WHO-AIMS) foi aplicado para recolher informações sobre o sistema de saúde mental do Paraguai com o objetivo de melhorar a assistência psiquiátrica para as pessoas com transtorno mental e usuários de substância psicoativa, avaliando também os serviços já existentes no país e os resultados indicaram que a internação de longa permanência era o recurso ainda mais utilizado, bem como constatou-se que a rede de serviços comunitária incipiente, existindo uma concentração de recursos humanos e serviços psiquiátricos na capital do país, o que ocasionava a falta de cobertura assistencial nos lugares mais afastados.

El sistema de salud mental tiene servicios de todos los tipos, sin embargo algunos necesitan mayor fortalecimiento y desarrollo. Hay un desequilibrio que favorece al cuidado en régimen de internación en hospitales psiquiátricos. La gran mayoría de los recursos financieros y una parte importante de los recursos humanos está dedicada a los hospitales psiquiátrico (OPAS/OMS, 2006, p. 06).

A concentração dos recursos humanos no hospital psiquiátrico a falta de capacitação em saúde mental, associada a limitada oferta acadêmica para a formação de profissionais⁴⁶ para atuar na área de saúde mental são outros aspectos registrados no documento, que também denuncia a não existência de um órgão de fiscalização de direitos humanos no país. O informe do Who-AIMS sobre El Sistema de Salud Mental en Paraguay (2006) destaca ainda que apenas uma pequena parcela dos trabalhadores em saúde mental recebe formação em direitos humanos. Tais constatações remetem à preocupação com a garantia dos direitos humanos que, do ponto de vista legal, já tem reconhecido um conjunto de normativas legais em âmbito internacional, além de ter estruturado agências locais e multilaterais, específicas para fiscalizar a defesa dos padecedores de sofrimento psíquico. Porém, o contexto evidenciado nesse estudo evoca a necessidade de refletir sobre a sua real efetivação

Hablamos de derechos y parece que tal reconocimiento jurídico ya ha solucionado todo el problema que suponen las situaciones de desigualdad o injusticia que las normas deben regular. Sólo debemos preocuparnos de las garantías judiciales de los mismos, obviando absolutamente que tras todo El edificio jurídico subyacen sistemas de valores y procesos de división del hacer humano que privilegian a unos grupos y subordinan a otros (FLORES,2007,p. 13).

A discussão sobre a garantia dos direitos humanos a pessoa com transtorno psíquico está além das garantias jurídicas já existentes por residir na constante luta por sua real efetivação em um contexto de forte desigualdade social, que contribuiu para a regressão dos direitos sociais nos países da América Latina, com grande interferência das agências multilaterais de financiamento e fomento na economia dos países. Especialmente no Paraguai, visto o país apresenta inúmeras

⁴⁶ Se comprobó que, como únicamente el 2% de los profesionales médicos se dedican a salud mental, existen solo treinta y cinco profesionales del área por cada 100.000 habitantes, siendo em su mayoría psicólogos (28,9: 10.000) En cuanto a los psiquiatras, La distribuciones de uno para cada 100.000. Además, no existen ni auxiliares capacitados para atender pacientes psiquiátricos. Escasean los trabajadores sociales y los terapeutas ocupacionales por una limitada oferta académica. En muchos centros de atención, son artesanos o personas entrenadas en oficios quienes hacen a la vez de terapeutas ocupacionales.(OPAS/OMS, 2006, pg.64).

dificuldades de ordem política, econômica e social e ainda transita rumo a democracia (HILLMANN, 2005). O Informe sobre saúde mental no Paraguai, publicado nos anos de 2006, é o único instrumento de avaliação realizado até o presente momento.

Entre os anos de 2007 e 2008, segundo LOPEZ (2011) não houve melhorias na rede de serviços de atenção à saúde mental e, novamente, a Comissão Internacional de Direitos Humanos impôs medidas cautelares ao Paraguai para melhorar a situação dos internos do hospital psiquiátrico, como também referenciou a urgente necessidade de investimento na rede extra-hospitalar. Nos anos de 2009, o Paraguai firmou com o Brasil o Acordo de Cooperação Técnica por um período de doze meses. O objetivo foi o de melhorar as condições da atenção em saúde mental e revisar a Política de Saúde Mental em vigência, tendo como modelo as boas práticas desenvolvidas na Política de Saúde Mental brasileira, buscando ampliar a capacidade de resposta do Estado mediante a criação de serviços comunitários para o tratamento de transtornos psíquicos.

[...]Las acciones fueron por un lado... se trabajó en varias ciudades del interior, se hizo un curso, más que un curso, venían gente de Brasil y también nos íbamos nosotros de Asunción, y ellos contaban como fue su proceso de reforma. Y esa fue una de las líneas de acción, la otra línea de acción era ayudar a analizar la Política de 2002 y construir esta nueva política porque en realidad se empezó a construir en el 2009 y recién se aprobó el 31 de diciembre de 2010, por eso es 2011/2020, tenía que aprobarse ya en el 2010. Y la otra línea de acción era trabajar con las asociaciones de usuarios y familiares, entonces hubo 2 encuentro entre asociaciones de familiares de usuarios en Paraguay que vinieron del Brasil, y el otro componente es que nos fuimos a visitar servicios y lugares, (PYS1).

Em 2011, foi realizado um novo acordo pelo período de dez meses para conhecer como se dava no Brasil a relação da rede de saúde mental com as equipes de Saúde da Família.

En el 2011 se volvió a hacer un acuerdo, solamente que en ese momento ya había equipo de la salud de la familia y entonces fueron estos fueron los aspectos mas importantes; era la articulación de la gente de salud mental con la gente de la salud de la familia, otra vez en las ciudades del interior, porque como la plata nunca alcanzaba, la idea era que Asunción tiene muchas mas posibilidades, entonces era hacerlo en el interior. Pero eso no fue una decisión de Brasil, eso fue una decisión de Paraguay. 2009 fue un año y 2011 fue otro año, pero solo fueron 10 meses (PYS1).

Embora o Paraguai tenha se empenhando a melhorar sua assistência em saúde mental nos últimos anos, através de acordos, da criação de uma Política de Saúde Mental e de possibilitar usuários e familiares a discutir e propor o reordenamento da atenção psiquiátrica no país, nos anos de 2010, o Hospital Psiquiátrico voltou a receber medidas cautelares da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, em decorrência de violações sofridas pelos internos, totalizando cinco intervenções desde 2003, sendo quatro medidas cautelares e um acordo para prorrogação do prazo para adequação da instituição a fim proteger e garantir condições dignas de vida e saúde dos pacientes institucionalizados.

Dentro do marco de plano governamental elaborado pelo governo paraguaio no período de 2009-2013, denominado Alianza Patriótica para el Cambio, a atenção em saúde mental ganha destaque através das propostas cujo slogan -" *Paraguay, um país que promueve la salud mental*", prometia mudanças positivas em toda a assistência em saúde mental do país.

[...] se promete "tolerancia cero" ante las situaciones de diversa índole, algunas de las cuáles son directamente relacionadas a aspectos de las enfermedades mentales, mientras que otros tienen una correlación indirecta, pero probablemente causal sobre la salud mental, por lo cual se podrían agrupar en dos categorías para su mejor comprensión: Aspectos relacionadas a la atención en salud mental y factores potencialmente causantes de sufrimiento psicológico. (MOUJAN, 2011, p. 177).

Para alcançar os objetivos, o governo paraguaio se comprometeu a investir na elaboração de censos e investigações demográficas e epidemiológicas que permitissem a obtenção de informações sobre a real situação das pessoas com transtorno mental. Outro compromisso assumido foi a criação e implementação de uma nova política de saúde mental centrada em um projeto de desmanicomialização, descentralizado, humanista e comunitário (MOUJAN, 2011).

De forma a construir uma política de saúde mental com a participação dos usuários, familiares e profissionais, nos anos de 2009, o Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social do Paraguai organizou três Foruns de encontros com familiares, amigos, trabalhadores e gestores de saúde mental em algumas cidades para a discussão de bases para a criação da Política Nacional de Saúde Mental, aprovada em 2011 (PARAGUAY, 2011). Está pautada nos princípios da reforma psiquiátrica italiana, do Movimento Solidário de Saúde Mental na América Latina e das experiências de boas práticas realizadas pelo Brasil e Argentina. Pretende

transformar o atendimento em saúde mental respeitando os direitos humanos dos usuários, tendo como princípio norteador o atendimento comunitário e o rompimento com o modelo hospitalocêntrico, dando ênfase à qualidade de vida com equidade⁴⁷.

Os compromissos assumidos e as ações propostas por meio da atual Política Nacional de Saúde Mental (2011-2020) apontam a possibilidade de superação do modelo hospitalocêntrico-manicomial. Propõe, a partir do compromisso governamental a criação de políticas públicas para a qualidade de vida e saúde com equidade, realizando abordagem comunitária em saúde mental, baseada no respeito aos direitos humanos, no tratamento humanizado e na participação para a construção do exercício de cidadania das pessoas com transtorno psíquico. Se assenta em quatro diretrizes filosóficas: universalidade, equidade, integralidade e na gestão participativa, possibilitando os pacientes com transtorno psíquico, as organizações de representação e familiares o controle social no planejamento, na gestão e execução das ações em saúde mental.

La presente política quiere dar respuesta a las necesidades de la población paraguaya y expresa el consenso de las/los trabajadoras de la salud y de personas vinculadas, sobre el camino a seguir en el proceso de transformación del abordaje de la salud mental. En el marco de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, reivindican para el área de la salud mental, sector largamente postergado, lo declarado en ellas: “un modelo de atención capaz de dar respuesta suficiente y coherente, un modelo que desmonte cualquier tipo de exclusión, convirtiendo la lucha por la salud y el bienestar del pueblo en una Política de Estado” (PARAGUAY, 2011a, p. 17).

A assistência gratuita e acessibilidade aos serviços é reforçada pelos princípios da política, bem como a ampliação de serviços comunitários e de gestão nos territórios é ressaltada como uma ação relevante e necessária. Destaca-se ainda que a Política enaltece o respeito aos direitos humanos e identifica a necessidade de uma campanha de mudança cultural quanto à representação social do paciente com transtorno psíquico, com vistas à superação do modelo manicomial.

⁴⁷Que al mismo tiempo las Políticas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad habla de cero indiferencia a la falta de medios adecuados para desarrollar una vida digna y plena y de seguridad social para los discapacitados, a su falta de acceso a un empleo digno, falta de datos e informaciones sobre la realidad que viven las personas con discapacidad, de rehabilitación y desarrollo de la autonomía, de iniquidad em el acceso a los servicios públicos de salud, de respuestas inequitativas para los distintos tipos de discapacidad, cero se diferencia a las causas prevenibles de todas las discapacidades, inclusive las causas traumáticas, infecciosas, degenerativas o de salud mental, además de lo referente a la mala calidad de atención em salud, cero a los abusos y violaciones por su condición de vulnerabilidad (PARAGUAY,2011a, p.12).

Desmanicomializar la cultura significa incluir en el desarrollo de las políticas de salud mental un multiverso de voces que abarque la de los profesionales de salud, de la sociedad civil, fundaciones y organizaciones que trabajan en el área. Significa desmontar el discurso hegemónico, reduccionista y biológico para sustituirlo por otro de carácter participativo, incluyente de otras disciplinas científicas y saberes populares. Y significa también rescatar las buenas prácticas, las respuestas efectivas que las propias comunidades utilizan para resolver problemas relacionados a la salud mental (PARAGUAY, 2011a, p. 22).

As ações a serem desenvolvidas buscam incidir sobre as situações que afetam a saúde mental em todos os períodos do ciclo intergeracional, considerando que os riscos físicos e sociais em uma etapa da vida podem vir a tornar-se um sofrimento psíquico. As crianças, adolescentes e jovens se colocam como focos prioritários para a garantia de uma boa saúde mental para si e as futuras gerações. O registro sobre a necessidade da criação e fortalecimento de uma rede comunitária de assistência em saúde mental se expressa em todo o conteúdo de modo a romper com o modelo manicomial-hospitalocêntrico⁴⁸. A incorporação da Rede Integrada dos Sistemas de Saúde – RISS, em toda assistência em saúde, inclusive na atenção em saúde mental, no Paraguai também derivada recomendação da OPAS para a reforma e reorganização dos atendimentos na área.

A fim de materializar e potencializar essa troca de modelos de atenção em saúde mental, a Rede Integrada de Serviços de Saúde Mental – RISS apresenta uma Linha de Cuidados em Saúde Mental, registrada na Política Nacional de Saúde Mental, sendo estruturada nos níveis de atenção primária, especializada, de urgência/emergência e hospitalar, além de serviços complementares como espaços substitutivos de integração (Centros Comunitários de Saúde Mental/ Centro Ambulatório de Especialidades); redes de apoio e diagnóstico, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e serviços de informação, transporte e reabilitação que atuem de forma interdisciplinar na implementação das ações em saúde mental (PARAGUAY, 2011).

⁴⁸ El modo promocional y crítico de atención que planteamos en esta política se contrapone al modo asistencialista centrado en la enfermedad, y por tanto, hegemónico y hospitalocéntrico. Señala un abordaje donde la perspectiva de la promoción está insertada en todas las acciones, ya sean educativas, preventivas, protectoras, de diagnóstico, de tratamiento y de rehabilitación. La promoción, de esta forma, no es ya una acción sino el conjunto de actividades que se desarrollan para proteger, cuidar, restablecer o potenciar la salud mental de las personas y las comunidades (PARAGUAY, 2011a, p. 26).

La Red Integrada de Servicios de Salud, prevé incorporar también redes de atención especializada ambulatoria en salud mental, las cuales serían instaladas en centros comunitarios, hospitales distritales o generales, según la disponibilidad regional. Estos centros tendrían una red territorial de atención cada 75.000 habitantes y serían conformados mínimamente por un psicólogo, psicopedagogo, trabajador social, terapeuta ocupacional o artesano, médico clínico y/o psiquiatra (MOUJAN, 2011, p. 179).

As Redes Integradas de Serviços de Saúde estão conformadas em outras redes principais: Rede de Atenção Primária em Saúde, Rede de Atenção Especializada e Ambulatorial, Rede de Atenção de Urgência/Emergência e Rede de Atenção Hospitalar e redes complementares: Rede de Apoio e Diagnostico, Rede de Assistência Farmacêutica, Rede de Vigilância em Saúde e Rede de Reabilitação –, Órteses e Próteses, além de um sistema de regulação médica, sistema de transporte e um sistema de informação. Essa rede de saúde será potencializada por Equipes de Saúde da Família e, embora não haja uma rede temática de saúde mental no ordenamento da saúde no Paraguai, existe a previsão de uma Linha em Cuidados em Saúde Mental, com ações previstas na assistência a pessoa com transtorno psíquico e uso de substância psicoativa em cada nível de atenção. Na Atenção Primária em Saúde, fica a cargo das equipes de Saúde da Família ações educativas preventivas, assistenciais e de reabilitação.

Los ESF promoverán la salud mental de las personas y las comunidades mediante acciones educativas, preventivas, asistenciales y rehabilitadoras en todas las etapas del curso vital para lo cual recibirán capacitación continua, seguimiento y actualización en temas de salud mental. La red de atención primaria permite, por su accesibilidad, la inclusión en los servicios de salud a las personas con trastornos mentales y a sus familiares desde el territorio, es decir, en su misma comunidad (PARAGUAY, 2011a, p. 33).

A Rede de Atenção Especializada e Ambulatorial em saúde, se realizará nos Centros Comunitários de Saúde Mental, localizados preferencialmente nos Centros Ambulatórios de Especialidades – CAE, e podem ainda ser implementados junto aos hospitais distritais, gerais e outros estabelecimentos de acordo com a disponibilidade física e os acordos institucionais realizados.

Las funciones de los ESM comprenden la asistencia del conjunto de las demandas (trastornos mentales, violencias, trastornos por uso de sustancias y secuelas de violaciones a los Derechos Humanos), el acompañamiento a los equipos de salud de la familia, la rehabilitación e inserción psicosocial de las personas con sufrimiento psíquico, así como acciones para la

protección y mejora de la salud mental de la población en general. Los Centros Comunitarios de Salud Mental deberán estar preparados para cumplir estas funciones contando con dependencias que permitan la asistencia, el desarrollo de actividades ocupacionales, de convivencia y de recreo (PARAGUAY, 2011a, p. 33).

Com relação a Rede de Atenção as Urgências, a política registra que todos os serviços nessa linha de cuidados, estarão preparados para dar respostas aos sistemas locais de saúde mental e nos Centros Reguladores haverá um médico capacitado para orientar os médicos de urgência quanto ao diagnóstico, tratamento e critérios para internação. Sobre a Rede de Atenção Hospitalar, destaca-se uma série de cuidados a fim de não perpetuar a lógica das internações como primeira alternativa de encaminhamento. Dessa forma, quando a internação de fizer necessária, ela ocorrerá nas Unidades de Atenção Psiquiátrica de Agudos, a ser instalada em diferentes hospitais gerais que deverão destinar 10% de seus leitos para essa modalidade de internação, devendo preferencialmente ser breve e de acordo com as necessidades e situação clínica de cada área de especialidade médica (PARAGUAY, 2011a).

A internação deve ser uma opção que se utilizará só quando for o maior benefício terapêutico do que outras intervenções de base comunitária, limitando-se a situações agudas e de crise, com duração máxima de duas semanas. Quando ocorrer a internação involuntária, devem ser observados critérios rigorosos de comprovação do quadro de saúde mental por uma equipe especializada, de risco para si e outros e quando essa intervenção seja a única alternativa possível frente a situação. A preservação dos direitos humanos durante a internação é outro aspecto que ganhou destaque na política de saúde mental.

Se contemplará la formación de un Comité de Revisión independiente a fin de velar por los derechos de las personas que tienen trastorno mental en situación de internación. Verificará las circunstancias que motivaron la internación y aquellos casos que requieran prolongar la estadía. La asistencia debe ser entendida de manera integral, debiendo cubrir el diagnóstico (evaluación clínica psiquiátrica, psicológica y social además de evaluación de la funcionalidad), tratamiento (biológico, psicofarmacológico, psicoterapéuticos y otros) y atención a la salud general. Se elaborará un plan terapéutico individual y comunitario que de respuesta a las necesidades de los afectados y que respete la autonomía de las personas y/o la recuperación de dicha autonomía en el menor tiempo posible, hacia la rehabilitación y la reinserción social (PARAGUAY, 2011a, p. 34).

A política ainda prevê a criação de *Hogares Substitutos*, que seriam espaços que permitam a desinstitucionalização e reinserção social, possibilitando o desenvolvimento da capacidade de trabalho e autonomia das pessoas com transtorno psíquico e a contenção e encaminhamento nas situações de crise. Tem o objetivo de estimular uma vida integrada a comunidade, devolvendo as pessoas com transtorno psíquico a possibilidade de vida comunitária, o que atende ao princípio fundamental da política em promover melhor qualidade de vida (PARAGUAY, 2011^a).

No que concerne a atenção ao usuário de substância psicoativa, a política é bem genérica e destina poucas linhas a descrição das ações previstas. Considerando que o país sofre, como todos os lugares do mundo, sobretudo na América Latina com o aumento do uso de drogas e álcool e os agravos decorrentes dele, a previsão de cuidado previsto pela política é bem incipiente.

La línea de cuidado de la salud mental abordará los problemas relacionados al consumo de sustancias adictivas. La red de atención primaria de la salud juega un papel primordial ya que la responsabilidad sanitaria de los equipos de salud de la familia (ESF) posibilita la detección precoz de los problemas vinculados al uso de drogas y el desarrollo de actividades para disminuir los factores de riesgo, individuales y colectivos, del uso de sustancias adictivas. Las acciones se desarrollarán en los territorios con el apoyo de los equipos de salud mental cuando las situaciones lo requieran, recurriendo a la internación en centros especializados sólo en situaciones especiales y siempre con el debido cuidado y respeto a los derechos de los usuarios (PARAGUAY, 2011a, p. 35).

Ademais, só existe proposições na Atenção Primária de Saúde, destinada ao usuário de substância psicoativa, a ser realizada pelas Equipes de Saúde da Família e a parceria com grupos de auto-ajuda. Ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação não ficam evidenciadas de forma detalhada na Política Nacional de Saúde Mental no Paraguai.

Se trabajará en programas de capacitación para los ESF a fin de dotar a sus integrantes de las competencias necesarias, y en la preparación de ex usuarios de drogas y líderes de las comunidades para su formación como Promotores Pares, tanto en la dimensión de las propuestas de abstinencia como en las estrategias de Reducción de Daños. Se propiciará así mismo el desarrollo de los Grupos de Autoayuda tales como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos en las comunidades (PARAGUAY, 2011a, p.35).

Há uma normativa intitulada Normas Mínimas para a Atenção dos Usuários de Drogas sendo revisada atualmente pelo Ministério da Saúde e Bem Estar, que deve ser utilizada “[...] *fundamentalmente como para arreglar estas comunidades*

terapéuticas a cargo de iglesias, eso porque ellos no trabajan con una cuestión de médicos, ni de psicólogos, ni de enfermeras, si no todo va por el lado religioso” (PYS1), considerando que existem muitas Comunidades Terapêuticas⁴⁹, vinculadas a grupos religiosos, especialmente católicos, que atendem usuários de drogas em regime de internação mais prolongada.

O Centro Nacional de Adição, localizado ao lado do Hospital Psiquiátrico, em Assunção atende homens, mulheres e crianças para tratamento ambulatorial e de desintoxicação. Na rede de atenção primária e especializada em saúde o atendimento para os usuários de substância psicoativa carece de profissionais especializados e ampliação na oferta de serviços⁵⁰.

Com a criação da Política Nacional de Saúde Mental, nos anos de 2011, dois protocolos com orientações para a assistência em saúde mental foram publicados: Normas e Procedimentos na Atenção em Saúde Mental e Manejo Clínico de Transtornos Mentais na Atenção Primária em Saúde. A elaboração de tais protocolos foi orientada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), durante os períodos de Cooperação Técnica firmada com o Brasil, nos anos de 2009 e 2010.

Lo que pasa es que antes no había, y se fueron construyendo porque al comienzo probablemente uno no veía como una necesidad porque era pocas personas y entonces normatizar como va a trabajar un psicólogo en un servicio, como eran 10 o 15 servicios lo que tenían era si bien es cierto no podría ser por mas que sean pocos, pero como no había y cada vez eran mas profesionales que trabajaban entonces nos vimos en la necesidad de hacer esas normativas de funcionamiento, para el protocolo de trastornos mentales para los no especialistas el formato, porque cuando empezó la gente a instalar APS, esa gente tuvo cooperación de la FIOCRUZ para la instalación de esos, para ver como se hizo en el Brasil de esos trastorno(PYS1).

⁴⁹ *Porque en Paraguay hay muchos niños que trabajan y viven en la calle y la mayoría de ellos son consumidores de droga. Antes era cola de zapatero y ahora es de crack. Existe un solo lugar en Asunción, a lado del Hospital Psiquiatrico, está en el centro donde tienen ambulatorio y tienen el área de desintoxicación, lo que todavía no se tiene es el “pos”, o sea después de la desintoxicación, que a veces se necesita lugares que lleva mas tiempo, tipo comunidades terapéuticas. Y eso ahora recién se está pensando y se esta haciendo (PYS1).*

⁵⁰ *Grupos no, pero la gente que trabaja en los servicios de salud mental, si viene un tema de droga por supuesto que le atienden como cualquier otro motivo de consulta, solo que es muy baja la tasa de las personas que consultan. Después hay un servicio en Encarnación, que es una comunidad terapéutica que es para niños y adolescentes que es de la municipalidad pero que trabaja con las normativas del ministerio. Ahora se abrió otro acá, no es en Ciudad del Este, si no en Presidente Franco creo que está, está empezando a funcionar, pero solamente como ambulatorio ahora. Tiene muy pocos profesionales, todavía no esta muy desarrollado (PYS1).*

As orientações contidas nesses protocolos de manejo vem sendo publicizadas a partir de cursos de capacitação em saúde mental⁵¹, ministrado pela Diretora Nacional de Saúde Mental do Ministério de Saúde e Bem Estar do Paraguai. O curso tem a duração de um ano e é destinado a todos os profissionais da rede pública de saúde, com prioridade aos integrantes das Unidades de Saúde da Família, considerando que esse serviço está mais próximo da comunidade e pode atender na atenção primária as situações de transtorno mental.

Dando continuidade na criação de orientações para a rede de atendimento nos níveis de atenção básica, especializada e hospitalar, nos anos de 2013 é publicado o Guia de Criterios de Admisión y manejo de Personas con Transtornos Mentales. O documento é dirigido a médicos, psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, outros e contém critérios técnicos específicos para a inserção, permanência e alta das pessoas que necessitarem de internação. Seu objetivo é assegurar que as admissões e permanência dos internos sejam “[...] apropriadas, seguras y con propósitos terapêuticos” (PARAGUAY, 2013, p. 06).

Em 2015, o Directorio de Servicios de Atención a la Salud Mental Integrada de Servicios de Salud⁵² apresenta de forma organizada, a partir das Regiões Sanitárias do País a disposição de todos os serviços de assistência em saúde mental na atenção básica, especializada e hospitalar e evidencia um avanço com a construção das Redes Integradas de Saúde, ampliando os serviços de assistência em saúde mental.

Quanto ao financiamento da rede de assistência de saúde mental no Paraguai, o aporte financeiro já correspondeu 0,8% do total de orçamento para a saúde, índice considerado baixo pela Organização Mundial de Saúde que sugere

⁵¹ *Es la capacitación de los equipos teniendo en cuenta que los equipos de salud de la familia son los que están ahí en el territorio, donde están la gente, entonces muchas veces ellos son los que hacen la atención y si ellos manejan no van a necesitar irse hasta la internación, en el caso de los cuadros severos. Eso es un poco la lógica y se ha ido capacitando a los médicos en esta zona sobre todo se hizo en forma sistemática porque tiene el apoyo de Itaipu pero también se hicieron en otras regiones del país y lo otro que se hizo (PYS1).*

⁵² *Ahora tenemos 90 servicio, son 1400 servicio los servicios del Ministerio de Salud, 1400 cuando digo, hablo de los equipos de salud de la familia, de los hospitales distritales, los hospitales, generales, los hospitales especializados, toda la red y solo en 90 hay atención especializada que es el área de salud mental. En algunos hospitales especializados también tienen psicólogos para los pacientes que están internados, por ejemplo el hospital del cáncer tienen psicólogos que trabajan con lo que están en cuidados paliativos y el hospital de quemado tienen los psicólogos para los pacientes del quemados pero eso no cuentan dentro de la red porque ellos son específicos para esos lugares, no hacen consultorio afuera (PYS1).*

investimento igual ou superior a 5% e, nesse sentido, também se apontam conquistas positivas em curso. Do montante gasto em saúde mental no Paraguai, 80% foi historicamente gasto com despesas decorrentes de internações psiquiátricas, e atualmente esse quadro se inverteu e é designado o maior montante de recursos financeiros para os serviços ambulatoriais.

Todavía no, en la proporción que uno desearía, sin embargo hay un avance, si yo pienso en el 2007, salud invertía menos del 1% para la salud y la enfermedad mental, y ese menos de 1% , el 81% era para el Hospital Psiquiátrico, y hoy en el 2017 invierte 1,9% , o sea aumento 1% que es importante y de los cuales el 38% esta destinado a la salud mental y el otro 72% al Hospital Psiquiátrico y el centro de adicciones que también es un lugar centralizado, y el 23 % va para el resto del país, ahora no recuerdo bien la proporción, pero también es un avance, hubiésemos querido que avance mucho (PYS1).

Embora essas alterações mostrem como positivas e importantes na transição do modelo hospitalocêntrico para o ambulatorial comunitário, alguns problemas ainda se colocam, como a questão da distribuição de profissionais e serviços especializados na saúde mental concentrada na capital paraguaia, agravada pela pouca oferta de formação acadêmica de psiquiatras e a cooptação de profissionais formados para trabalhar em outros países.

La mayoría estamos concentrados en Asunción y en Central, pero hay mas psiquiatras en el interior del país de lo que había en esa época del WHO ains, porque los datos que me estas dando son del WHO ains verdad? [...] Hay mas profesionales psiquiatras, en esa época seguramente que habían 35 o 40 psiquiatras en total, ahora estaremos cerca de los 90, no somos muchísimos, pero es mucho mas, además que hay dos lugares de formación (PYS1).

Essa situação torna-se ainda mais preocupante em razão de as duas únicas universidades que formam psiquiatras no país não abordarem nos seus conteúdos curriculares as novas proposições para a saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica, focando apenas no estudo das doenças mentais e no manejo clínico do transtorno (PYS1). Outra questão que revela fragilidade na reorientação do modelo, é a quantidade de pessoas com transtorno mental ainda institucionalizadas no Hospital Psiquiátrico⁵³, que tem atualmente metade das suas vagas ocupadas por

⁵³*Hace 15 años atrás tenían 500 pacientes ya ahora se mantiene entre 290 a 300 pacientes, de los cuales la mitad son personas que viven en el hospital, alrededor de 150 a 170 personas son las que viven ahí, y porque no se crearon mas hogares sustitutos desde hace 3 años, al principio se crearon 6*

internos de longa permanência, sem expectativa de transferência para lugares substitutos, serviço que deveria, se existisse na quantidade prevista, promover assistência comunitária assistida a esses internos.

Não há atualmente na legislação paraguaia normativas que definam um período máximo de internação psiquiátrica e a falta desse instrumento de controle pode ocasionar o crescimento da população já residente no Hospital Psiquiátrico.

No existe ninguna normativa que diga hasta cuantos días tiene que quedar internado. Lo que nosotros le decimos al hospital psiquiátrico es, bueno en este momento no se puede quitar esa mitad (referente a los pacientes), pero que hacen ellos para que los que se internan por un caso agudo se queden a vivir en el hospital, algo tienen que hacer para que no aumente la cantidad de pacientes que viven ahí, porque esa mitad puede ir a vivir a un hogar sustituto, pero si ellos no hacen cosas para que los pacientes agudos no se queden a vivir, siempre va a haber gente viviendo en el hospital (PYS1).

Os protocolos de manejo e orientação sobre os serviços, criados a partir de 2011, estão sendo revisados de forma a corrigir alguns erros evidenciados no decorrer do processo de capacitação e implementação da política de saúde mental no país. Em uma avaliação geral, as orientações vêm provocando mudanças positivas na assistência em saúde mental realizada pela rede integrada de saúde. Existe a intenção de se promover um outro Informe WHO-AIMS de diagnóstico e avaliação, porém o custo desse procedimento é alto e não há orçamento disponível no momento (PYS1).

Houve 05 suicídios nos anos de 2017, cometidos por médicos e esse fato provocou um olhar mais atento sobre o tema entre os profissionais de saúde, gerando preocupação com o tema saúde mental. O suicídio no Paraguai possui uma taxa baixa entre adultos e uma média entre os adolescentes e jovens. Os aspectos relacionados ao suicídio remetem ao bullying, a violência intrafamiliar, as condições precárias de vida e ao abuso de drogas. Só há uma profissional psiquiatra com especialização Infância e Adolescência no Paraguai e as situações que demandam internação são encaminhadas para o setor de pediatria ou leitos em hospital geral, ocasionando mal-estar na equipe quando da necessidade de acolher crianças e adolescentes com quadro de transtorno mental ou dependência química por uma postura discriminatória (PYS1).

As mulheres são as que mais consultam e o principal motivo remete a sintomas depressivos, seguido de transtornos de ansiedade e, por fim, uma demanda que vem aumentando muito é a de queixas relativas ao comportamento de crianças na escola e problemas de aprendizado. Tal situação vem preocupando os especialistas de saúde mental do país, considerando que muitas das situações referem-se a problemas familiares que acabam por prejudicar tanto o comportamento, quanto o processo de aprendizagem (PYS1).

y ahí se quedo, en 6 se quedo, se supone que debería seguir creándose pero nunca hay el presupuesto para los hogares sustitutos, nosotros estamos viendo otras posibilidades (PYS1).

Um dos desafios mais difíceis de superar quanto tratamos a questão da saúde mental diz respeito ao preconceito e estigma que esses indivíduos foram e são submetidos cotidianamente, em todos os lugares do mundo, e que no Paraguai toma nuances diferenciadas pelas características e particularidades do país, como, por exemplo, ainda a forte associação da doença mental com possessões demoníacas, a resistência de homens a buscarem atendimento por medo de serem chamados de “*mujercitas*”(PYS1) e ainda pela naturalização da violência contra a mulher no país, que tem sérias consequências para a saúde mental. Portanto, mudar a forma de entender a saúde mental, seus fatores de risco e a forma como são vistas e tratadas as pessoas com enfermidade mental na e pela sociedade é um lento e constante processo de lutas, que perpassa ações de educação e transformações sociais e culturais. A descentralização das ações e a desmanicomialização da cultura se colocam como intervenções necessárias junto a comunidade e os profissionais de saúde.

Bueno en realidad lo que dice la política es la descentralización, la desmanicomialización que pasa un poco por la descentralización de la atención, porque desmanicomializar la cultura es medio difícil porque es mucho mas lento verdade (PYS1)

A partir dos registros, verifica-se que o desenvolvimento da atenção em saúde mental no Paraguai apresenta um histórico marcado pela segregação, manicomialização e desrespeito aos direitos humanos dos pacientes com transtorno psíquico, potencializados pela precária situação econômica do país e pela incipiente oferta de serviços de caráter universal e gratuito em saúde e saúde mental, incidindo em muitos desafios a serem superados na implantação de uma política com vistas à superação do modelo manicomial.

A institucionalização da Política Nacional de Saúde Mental indica a intencionalidade governamental de reverter o modelo de atenção em saúde mental em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, com ênfase na qualidade de vida com equidade e respeito aos direitos humanos e sua implementação se reverte em uma grande potencialidade no que se refere a ampliação de recursos humanos e serviços de assistência psiquiátrica, realização de capacitação e maior investimento financeiro na área. Se colocam como fragilidades, a necessária promoção da descentralização e ampliação das ações e serviços especializados em saúde mental, e, imprescindivelmente a criação de uma Lei de

Saúde Mental que garanta a proteção aos direitos humanos dos usuários e crie normativas de regulação do período das internações psiquiátricas.

Por fim, as proposições contidas na atual Política Nacional de Saúde do Paraguai se colocam como instrumento capaz de promover grandes avanços na saúde mental, a partir da ênfase na atenção comunitária e no fim das internações de longa permanência. No entanto, há que se considerar a jovialidade da política, levando em conta que está em vigência somente há 06 anos, e dessa forma, o tempo é um aspecto importante a ser considerado, e talvez o transcorrer dele, associado as gradativas mudanças propostas na política, sejam o caminho para o país conseguir melhorar sua assistência em saúde mental de acordo com as tratativas internacionais e nacionais no que se refere a assistência em saúde mental.

A visitação pelas histórias de desenvolvimento da atenção em saúde mental na América Latina e, de forma mais detalhada no Brasil e Paraguai, nos dá um panorama de previsão na orientação da assistência psiquiátrica, materializadas nas Políticas Nacionais de Saúde Mental de cada um desses países. Dessa forma, nos é possível apresentar no próximo capítulo, as simetrias e assimetrias do processo de implementação da Política de Saúde Mental nos dois países, destacando suas convergências e divergências com relação ao conteúdo previsto nas políticas, para em um segundo momento, podermos discorrer sobre o processo de implementação da política em nível local, nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, considerando o ambiente singular de localização na tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina.

4. A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NAS CIDADES GÊMEAS DE FOZ DO IGUAÇU (BR) E CIUDAD DEL ESTE (PY)

A apresentação realizada no capítulo anterior nos possibilitou compreender como a loucura e o tratamento dado a ela sofreu intensas modificações ao longo do desenvolvimento da humanidade, vindo, na atualidade a ser tornar uma política pública. Sob tal lógica, particularmente na América Latina, evidenciamos que as questões envolvendo a saúde mental passam a ser identificadas como um problema na década de 1990, quando, devido ao diagnóstico realizado pela Organização Panamericana de Saúde, apontou uma precária assistência psiquiátrica na região, os países do continente são convocados a participar da Conferência de Reorientação da Assistência Psiquiátrica. Resultante desse encontro, emitiu-se a Declaração de Caracas, na qual, junto com outros países, Brasil e Paraguai tornaram-se signatários, assumindo o compromisso de desenvolver uma rede de saúde mental de base comunitária.

Tal documento torna-se um marco na transformação das práticas de saúde mental no contexto latino-americano e seus princípios são introduzidos nas Políticas Nacionais de Saúde Mental do Brasil e Paraguai. Nesse contexto, apresentaremos nesse capítulo o processo de institucionalização da Política de Saúde Mental no Brasil e Paraguai, evidenciando suas simetrias e assimetrias na implementação, bem como as convergências e divergências nos seus conteúdos.

Em um segundo momento, de forma a identificarmos como foi institucionalizada a Política de Saúde Mental em nível local, nas cidades pesquisadas, apresentaremos as características gerais e particulares das cidades de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, localizadas na linha de fronteira entre Brasil e Paraguai, evidenciando que esse espaço peculiar é palco de múltiplas expressões da “questão social”, que colocam a população residente em vulnerabilidade e risco social para o desenvolvimento de transtornos psíquicos e uso/abuso de substâncias psicoativas.

Por fim, a partir das informações obtidas na coleta de dados, realizada nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad de Este, caracterizaremos como se constituiu a atenção em saúde mental, desde as primeiras ações na área, até sua conformação atual, com a incorporação das lógicas propostas nas Redes Integradas de Sistemas de Saúde – RISS/ Linha de Cuidados em Saúde Mental, adotada pelo

Paraguai nos anos de 2011 e da Rede de Atenção Psicossocial – Raps, instituída no Brasil nos anos de 2010.

4.1. As simetrias e assimetrias do processo de implementação da Política de Saúde mental no Brasil e Paraguai e as convergências e divergências nos seus conteúdos.

A incorporação na agenda governamental da temática saúde mental, no Brasil e Paraguai, perpassa caminhos distintos no que diz respeito a sua institucionalização, considerando suas trajetórias de implantação, desenvolvimento, e diferença temporal de criação, respectivamente entre os países. Preservadas as peculiaridades de cada país, existem processos que as tornam similares e de certa forma unificadas com relação a orientação na assistência psiquiátrica na América Latina.

Reiteramos que a exposição dos processos de implementação nas Políticas Nacionais de Saúde Mental, evidenciando suas simetrias e assimetrias, bem como as convergências e divergências dos seus conteúdos, não tem nenhuma pretensão de compará-las, o que nem poderia ser realizado devido ao fato de o Brasil ter institucionalizado a sua Política de Saúde Mental nos anos de 2001 e no Paraguai tal fato ocorreu uma década depois, datando os anos de 2011. Esses dez anos a mais de trajetória na implementação da política de saúde mental, colocam o Brasil em uma condição diferenciada em relação ao seu vizinho em todas as etapas do processo de institucionalização (identificação do problema, incorporação na agenda, formulação, implementação e avaliação da política), não havendo condições de compará-las.

O primeiro elemento que unifica as ações em saúde mental nos dois países, remete a Declaração de Caracas, instrumento marco no processo de reorientação da assistência psiquiátrica nos países da América Latina emitido nos anos de 1990, do qual Brasil e Paraguai participaram e se tornaram signatários, responsabilizando-se a construir uma rede de atenção em saúde mental de base comunitária, dando fim ao histórico de institucionalização de longa permanência a pessoa com transtorno psíquico, ocorrido nos dois países.

A segunda ação unificadora entre os países, ocorreu nos anos de 2009, com o Termo de Cooperação Técnica, no qual representantes da assistência psiquiátrica

do Paraguai vieram conhecer as boas práticas de saúde mental realizadas no Brasil, com a possibilidade de incorporá-las na política de saúde mental do país. Em um segundo momento, nos anos de 2011, esse acordo foi realizado novamente para conhecer a proposta de atuação do Programa de Saúde da Família do Brasil e a forma como este se relacionava com a rede de serviços saúde mental. Como resultante desse processo de interação, O Programa de Saúde da Família foi incorporado a rede de atenção primária em saúde e atualmente as Unidades de Saúde da Família estão registradas na Política de Saúde Mental do Paraguai como as responsáveis pela assistência em saúde mental na rede primária de saúde.

A questão da atenção saúde mental no Brasil emerge como tema importante, associada ao processo de redemocratização do país, que viveu sob a ditadura militar por vinte e um anos, com seu término nos anos de 1985. Antes, durante e depois da ditadura militar no Brasil, o movimento de Reforma Sanitária já discutia a necessidade de diversas mudanças, como ampliação do conceito em saúde, a universalidade, a equidade, a descentralização, o controle social e outros temas referentes a esse assunto. O auge do movimento ocorre na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada nos anos de 1996, quando o conjunto de propostas defendidas pelo movimento é aprovado na sua quase totalidade no Relatório Final, se tornando o marco para a institucionalização do direito a saúde, garantido com a promulgação da Constituição Federal do Brasil nos anos de 1988 e consolidado através da criação de um Sistema Único de Saúde.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada nos anos de 1987, ocorre como um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, devido à necessidade de discutir setorialmente os rumos da saúde mental. O evento recebeu apoio do Ministério da Saúde e foi organizado por pessoas ligadas ao Movimento de Luta Antimanicomial, criado no final dos anos 1980, formado por profissionais, familiares, e usuários de serviços de assistência psiquiátrica e teve um protagonismo importante para levar ao conhecimento da sociedade e do governo as péssimas condições de trabalho dos profissionais de saúde mental e de tratamento dos usuários, que nesse momento eram internados em regime de longa permanência, relatando maus tratos, abuso e tortura como já evidenciado no decorrer desse trabalho. Além de publicizar a questão da saúde mental, a Conferência teve outro aspecto importante, considerando que deu os primeiros passos na materialização

das mudanças necessárias a assistência psiquiátrica no país, propondo a criação de uma rede de serviços de saúde mental comunitária.

A partir dessas informações, podemos concluir que os processos decorrentes da redemocratização do Brasil foram fundamentais e incidiram positivamente para o desenvolvimento de ações em saúde mental com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica Mundial. De forma concomitante, a Reforma Sanitária, e o Movimento de Luta Antimanicomial impulsionaram as discussões sobre a necessidade de promover uma reforma na assistência em saúde mental seguida pela realização, nos anos de 1987 da I Conferência Nacional de Saúde Mental, que deliberou sobre as mudanças iniciais na assistência psiquiátrica.

O conjunto de propostas de mudanças deliberadas nas Conferências de Saúde e Saúde Mental (1986/1987), foram referendadas no projeto de Lei de Saúde Mental, apresentado nos anos de 1989 e aprovado onze anos depois, nos anos de 2001, ficando evidenciado que mesmo anterior a Declaração de Caracas, a saúde mental no país estava entre as pautas governamentais e societárias desde 1986. Porém, mesmo com a pressão exercida por movimentos sociais, a Lei de Saúde Mental no Brasil, só foi aprovada em 2001, onze anos após a realização da Conferência para a Reorientação Psiquiátrica na América Latina, realizada nos anos de 1990.

Dessa forma, quando o Brasil participa, em 1990 da Conferência de Reorientação da Assistência Psiquiátrica em Caracas, já existia no país uma visibilidade do tema e algumas ações pontuais, como a incorporação de equipes multidisciplinares na rede de atenção básica em saúde e um movimento ativo denunciando as práticas abusivas e exigindo mudanças na atenção em saúde mental. De forma objetiva, podemos identificar que as primeiras etapas do processo de implementação; a identificação do problema, a incorporação na agenda e a formulação da política de saúde mental no Brasil, ocorrem pela via de manifestações da sociedade civil, através dos movimentos de Reforma Sanitária e Luta Antimanicomial, em um contexto marcado pela ampla participação popular no processo de construção de um Estado Democrático de Direito no Brasil.

A criação da Lei 10.216/2001, segue um padrão contrário a maioria dos países da América Latina que inicialmente criam as políticas e, posteriormente aprovam uma Lei de Saúde Mental. O Brasil realizou essas duas ações de forma conjunta, aprovando a Lei de saúde mental no país, responsabilizando o Estado para

o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde as pessoas com transtorno psíquico “[...] com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental” (BRASIL, 2001, p.01). Em um segundo momento a Política de Saúde Mental foi se estruturando com a inclusão de normas, portarias, decretos e instruções normativas criados a partir da necessidade de orientação das ações e serviços e da progressiva ampliação e complexificação dos processos de assistência a pessoa com transtorno psíquico e usuários de substância psicoativa.

No caso do Paraguai, seguindo a tendência da maioria dos países da América Latina, a criação das Políticas de Saúde Mental, nos anos de 2002 e 2011 foram realizadas sem a existência de uma Lei de saúde mental, que segundo informações obtidas *“ay un anteproyecto pero el Congreso no se interesa, esta ahí el anteproyecto”* (PYS2). A inexistência desse mecanismo legal impacta todo o desenvolvimento da política de saúde mental no país, especialmente com relação a obrigatoriedade governamental na criação e ampliação da rede, na ausência de normatização sobre o período de permanência de internação e na proteção dos direitos humanos dos usuários de saúde mental.

No Paraguai, o regime ditatorial perdurou trinta e cinco anos, tendo seu término nos anos de 1989, configurando um processo de redemocratização em um calamitoso cenário econômico e político, marcado pelos altos índices de pobreza e corrupção, pouca participação da sociedade civil em movimentos sociais e um sistema de proteção social praticamente inexistente. Nesse contexto de adversidades, o direito a saúde foi garantido na Constituição de 1992 e o Sistema Nacional de Saúde foi instituído nos anos de 1996 e reformulado em 2005. No que se refere a saúde mental, desde 1917 o Hospital Psiquiátrico, localizado em Assunção era a única instituição do país especializada em saúde mental e não há registros de nenhuma normativa legal que orientasse as ações em saúde mental. A primeira proposta governamental destinada a saúde mental no país é formulada nos anos de 1991, a partir da elaboração do Plano Nacional de Saúde Mental (1991-1993), emitido pelo Ministério da Saúde e Bem Estar um ano após o Paraguai se tornar signatário da Declaração de Caracas.

O Plano orientava de maneira geral as ações de saúde mental, apontando a necessidade de ampliação da rede de atenção e a imprescindibilidade de um diagnóstico sobre as condições da atenção psiquiátrica no país, só realizado nos

anos de 1997, demonstrando que a assistência psiquiátrica no Paraguai estava em desconformidade com a reorientação psiquiátrica na América Latina, especialmente no que se refere ao fim modelo hospitalocêntrico, considerando que nesse momento ainda se tinha como única referência de atenção em saúde mental a internação no único hospital Psiquiátrico do país. No mesmo ano de publicação do diagnóstico, identifica-se a criação da primeira Comunidade Terapêutica, em consonância com as proposições de Caracas.

Até os anos 2002, a temática de saúde mental permaneceu secundarizada como identificação de problema e incorporação na agenda governamental, e o Paraguai fazia parte dos 40% de países da América Latina sem política de saúde mental. Frente a essa situação e, tensionado apenas por trabalhadores de saúde mental que evidenciavam a necessidade de melhorias no atendimento em saúde mental, ainda centralizado no Hospital Psiquiátrico. A formulação da primeira política de saúde mental foi realizada por profissionais da área de saúde de todas as regiões do Paraguai, sobretudo médicos e médicos psiquiatras, sem a participação da sociedade civil. Não foram encontrados registros sobre sua implementação, no entanto, seu conteúdo apontou a mudança de um modelo hospitalocêntrico para um medico-cêntrico, transparecendo mais um Plano do que uma Política de Saúde Mental.

[...] porque en esa política que habla de las áreas que tiene que tener una dirección de salud mental, es una política tipo plan. Todos los directores son, médico, médico, ... médicos o sea como tiene que ser el director?... médico. O sea todavía hay una visión muy médico centrado, aunque más amplio que lo que se estaba haciendo y no había política (PYS1).

Nos anos de 2003, o Paraguai recebe a primeira visita da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, seguida de uma intervenção em caráter de emergência para proteger a vida e a saúde de mais de quatrocentas pessoas, sendo duas crianças que estavam internadas no Hospital Psiquiátrico, recebendo uma medida cautelar que impunha a obrigatoriedade de melhorias urgentes nas condições do Hospital e na criação de uma rede de serviços ambulatoriais, a ser cumprida no prazo de cinco anos. Essa situação colocou o país na mira da Comissão, que retornou ao Paraguai, e no total impôs quatro medidas cautelares e um acordo para prorrogação do prazo de adequação do termo de compromisso para consolidar a rede de saúde mental, forçando o aparelho estatal a incluir de forma mais intensa a saúde mental na agenda de prioridades do país.

Dessa forma, entendemos que a identificação do problema, a incorporação na agenda e a formulação das políticas de saúde mental nos anos de 2002 e 2011, apresentam características distintas. Com relação a institucionalização da política dos anos de 2002, identificamos em todas as suas primeiras três etapas, que não houve participação da sociedade civil, nem em forma de denúncias contra os maus tratos dos internos, nem na participação do processo de formulação do seu conteúdo, elaborado em sua maioria por médicos e médicos psiquiatras, com participação de um pequeno número outros profissionais da área da saúde. O tensionamento para melhorias na assistência em saúde mental junto ao Ministério de Saúde e Bem Estar era realizado apenas por profissionais de saúde, especialmente os psiquiatras.

Esses processos iniciais se alteram na implementação da Política de Saúde Mental de 2011, haja vista que as intervenções e sanções aplicadas pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos impulsionaram o Ministério da Saúde e Bem Estar na construção de uma Política de Saúde Mental que contemplasse a participação dos usuários, amigos, familiares, trabalhadores e gestores de saúde mental. Desde 2009, foram realizados três Fóruns em regiões diferentes do país para a discussão das propostas que dariam base a política em curso.

Nesse sentido, identificamos que nesse segundo momento de implementação da política, a identificação do problema foi impulsionada após a primeira intervenção da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, nos anos de 2003, amplamente divulgada pelos meios de comunicação, denunciando as condições que viviam os internos do Hospital Psiquiátrico, dando uma visibilidade para a sociedade sobre a situação da assistência em saúde mental, nunca antes visto no país. Tal situação tensiona o aparato governamental a incluir a temática na agenda de prioridades do país, oportunizando e criando condições para a formulação da Política Nacional de Saúde Mental (2011-2020), realizada com a inédita participação de outros segmentos sociais, ainda que em menor número se comparada a participação de médicos e psiquiatras e profissionais vinculados a área de saúde e saúde mental.

A implementação das políticas como um processo contínuo, vivo, intenso, em constante transformação não pode ser capturado na dialética de seu movimento, ou ainda identificado em seus momentos de início, meio e fim. Nesse sentido, as considerações sobre o processo de implementação das Políticas de Saúde Mental

no Brasil e Paraguai, buscando evidenciar suas convergências e divergências partem da premissa que essa intencionalidade por si só não conseguiria desvelar o complexo de totalidades que caracteriza cada país, impactando na construção dos seus sistemas de proteção social e institucionalização de políticas públicas, portanto, de modo a não cometer equívocos, todas as análises se colocam como apenas um ponto de partida para entendermos os processos de implementação da política de saúde mental nos dois países pesquisados.

Após a aprovação da Lei de Saúde Mental no Brasil, nos anos de 2001, inicia-se o processo de construção da política para a área no país. Inúmeros encontros de trabalhadores, usuários e familiares vão gradativamente delineando propostas para ampliar e melhorar a rede de atenção. O aparato governamental também está presente nesse processo, com a criação de Portarias, Decretos, Normas Operacionais e outros documentos que vão dando legitimidade, forma, organização e direção as ações e serviços de saúde mental.

Os princípios e diretrizes da Política de Saúde mental, seguem as orientações do SUS no que se refere a universalidade, integralidade, equidade, entre outros e incorporam as bases da proposta de Reforma Psiquiátrica Mundial, referendadas na América Latina pela Declaração de Caracas, nos anos de 1990. A Lei de Saúde mental do país proíbe a construção de hospitais psiquiátricos e a política cria mecanismos para promover a desinstitucionalização dos internados em longa permanência, mediante a criação de uma rede de serviços que atenda os usuários na comunidade em que residem. São criados mecanismos de controle das internações psiquiátricas, capacitação dos recursos humanos e ocorrem inúmeros encontros entre trabalhadores, familiares e usuários de saúde mental, fortalecendo a luta coletiva para uma sociedade sem manicômios.

No plano jurídico institucional, a estrutura de serviços é amplamente esmiuçada nos mais diversos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Há a previsão de ações e serviços por número de habitantes, por nível de atenção (básica, especializada, urgência/emergência e hospitalar), pela estrutura física e de recursos humanos que cada equipamento deve oferecer em relação a complexidade de atendimentos, regulamentação e controle das internações psiquiátrica e financiamento, oferecendo uma clara orientação sobre

a incumbência individual e coletiva de cada um dos componentes que constituem a rede de assistência psiquiátrica, que inclui serviços aos usuários de substância psicoativa.

Os Centros de Atenção Psicossocial são tipificados de acordo com a demanda, respeitada a faixa etária (CAPSi; CAPS-ad, CAPS I, II ou III) e se colocam como instrumento meio fundamental no atendimento especializado com vistas a reabilitação dos usuários. No nível de atenção básica, as unidades de saúde e as equipes de Saúde da Família são portas de entrada na identificação de transtornos psíquicos e no tratamento da dependência química, podendo permanecer em atendimento os casos leves e moderados. Com relação ao nível de atenção hospitalar, devem ser realizados em leitos de hospital geral, e ter duração máxima de 45 dias, sendo notificados ao Ministério Público os casos de internação compulsória. As internações para tratamento de dependência química podem ser realizadas em Comunidades Terapêuticas, com internações de maior período, nas instituições próprias do Estado ou credenciadas com o sistema de saúde local.

De forma resumida, essa era a composição da rede de serviços em saúde mental até os anos de 2010, quando foi instituída uma nova organização do Sistema Único de Saúde com a criação da Rede de Atenção em Saúde - Ras –, e por sua vez, incluída nela a Raps – Rede de Atenção Psicossocial. A nova rede reordenou e ampliou a composição dos serviços de saúde mental na atenção básica, especializada, de urgência/emergência e hospitalar, pormenorizando as ações, serviços, responsabilidades e estratégias de cada componente da rede, reforçando a importância de interação entre as equipes para o desenvolvimento de ações conjuntas que favoreçam o processo de reabilitação do usuário.

A criação da Ras deriva da iniciativa da Organização Panamericana de Saúde – OPAS para a renovação da atenção primária em saúde, realizada nos anos de 2010, com a publicação da Série 4 da La Renovación de La Atención Primária de Salud em las Américas – Redes Integradas de Servicios de Salud- Conceptos, Opciones de Política e Hoja de Ruta para su Implementación en Las Américas⁵⁴. O Brasil incorporou as indicações e adaptou a proposta da RISS ao Sistema Único de

⁵⁴ Para saber mais: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicacion-es-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&Itemid=307 Acesso em jan/2018.

Saúde, criando a Rede de Atenção em Saúde - Ras e as redes temáticas que a constituem.

A normatização jurídica formal dessa nova forma de organização do Sistema Único de Saúde foi consolidada com a emissão da portaria GM/MS n. 4279 de dezembro de 2010. A partir desse reordenamento foi criada a Rede de Atenção em Saúde e nela incluiu-se a Rede de Atenção Psicossocial - Raps, trazendo uma nova estrutura no funcionamento dos serviços. No nível da atenção básica em saúde, os atendimentos em saúde mental mantêm-se sobre a responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF e são incorporados os Consultórios de Rua e o Centro de Convivência e Cultura, a ser regulamentado por portaria específica.

Na atenção especializada, agora denominada Atenção Psicossocial Estratégica, os CAPS, nas suas diferentes modalidades de atenção continuam a ser referência e, nas situações de Urgência e Emergência, o Serviço de Atendimento Móvel – SAMU e as Unidades Pronto Atendimento – UPA e a Sala de Estabilização, passam em conjunto com as portas hospitalares e as unidades básicas de saúde a integrar esse nível de atenção.

É criada uma outra linha de atendimento, denominada Atenção Residencial de Caráter Transitório, constituída de uma Unidade de Acolhimento e um Serviço de Atenção em Regime Residencial Comunidades Terapêuticas – CTs. Anterior a Raps, as Comunidades Terapêuticas - CTs já integravam a rede de atendimento em saúde mental, porém, a Unidade de Acolhimento aparece na nova conformação da atual rede, a partir das experiências das Casas de Acolhimento Provisório, como um componente de atenção residencial de caráter transitório, destinado a crianças, jovens e adultos, desde que acolhidos em instituições diferentes, se colocando como um novo serviço integrante, funcionando em período regime integral de atendimento.

Na atenção hospitalar, permanece a internação de curta duração em leitos de hospital geral e em hospital especializado nas situações em for necessário para a melhora do quadro de saúde mental, seja em decorrência de transtorno psíquico ou de dependência química. Por fim, são integradas a Raps, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. As Estratégias de Desinstitucionalização devem dar continuidade ao Programa de Volta para a Casa e a manutenção dos Serviços Residenciais Terapêuticos e as Estratégias de

Reabilitação Psicossocial incluem o desenvolvimento de iniciativas de geração de trabalho e renda através de Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

A consolidação da Ras e da Raps foi pensada para que os usuários e profissionais e demais segmentos conhecessem e se situassem na organização da rede nos seus diferentes níveis de atenção. Para além disso, esse reordenamento não faria sentido se o grande objetivo da implementação das redes, que é o da comunicação e interação entre as instituições e os profissionais não ocorresse. Dessa forma, o passo seguinte do Ministério da Saúde, após a criação das Redes, e mais particularmente da Raps, foi a publicação do documento sobre o Matriciamento em Saúde Mental, que se coloca como um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico terapêutica para os usuários, com vistas a contribuir na melhora do seu quadro de saúde mental. Além de publicar o documento explicitando todas as questões sobre o Matriciamento, o Ministério da Saúde abriu inscrições aos municípios que desejassem consultoria no processo de implementação da Raps e do Matriciamento em Saúde Mental.

O atual processo de implementação da Política de Saúde Mental no Brasil vive um momento de transição entre o modelo de atenção realizado até o final dos anos de 2010 e o proposto com a criação das Ras e Raps. A nova proposta trás alterações na estrutura da atenção em saúde mental, amplia a oferta de serviços e orienta as ações e responsabilidades de cada componente. Além disso, a Raps incorpora serviços novos, como as Unidades de Acolhimento e Salas de Estabilização, o que demandará dos municípios investimento financeiro, de recursos humanos e capacitação de toda a rede de saúde para que os atendimentos ocorram na lógica da Ras e da Raps.

A criação da Ras e da Raps pode ser entendida como um avanço no fortalecimento das ações em saúde mental, porém a mudança recém-aprovada pelo Ministério da Saúde, alterando itens importantes da Política e criando condições para o retorno das internações psiquiátricas como primeira medida de intervenção, pode provocar um retrocesso sem precedentes as conquistas na área.

A primeira Política de Saúde Mental do Paraguai, criada nos anos de 2002 previa a implementação de serviços de saúde mental comunitários que integrassem diferentes programas para assistência psiquiátrica. Essa descentralização deveria ser acompanhada de investimentos financeiros e de recursos humanos, da

elaboração de protocolos de intervenção para as problemáticas mais relevantes em saúde mental e na prevenção ao uso de álcool e outras drogas. A criação de uma legislação em saúde mental que integre os serviços de saúde e promova a proteção dos direitos humanos dos usuários. Todo o conteúdo da política está registrado em cinco páginas e não detalha, por níveis de atenção quais os serviços a serem criados, quais os recursos humanos serão necessários, como ocorrerá a capacitação e outras questões orientadoras do processo de implementação. No processo investigativo, apenas dois sujeitos que trabalhavam há muitos anos na área de saúde mental mencionaram sua existência e afirmaram que as poucas ações previstas nessa política não foram implementadas, não havendo repercussão ou mudanças na atenção em saúde mental no período de sua vigência.

Y sabemos que existe, que existió, además fuimos parte de la construcción que si bien es cierto [...] la verdad es que ninguna acción prevista foi executada, existía solamente en papel (PYS1)

Si, yo participé de la construcción de la política de salud mental nos años de 2002, pero nadie se alteró em salud mental no Paraguay (PYS2)

A segunda Política de Saúde Mental do Paraguai (2011-2020) tem seus primeiros processos desenhados após as intervenções da Comissão Interamericana de Direitos Humanos e seu conteúdo é mais detalhista que a política anterior, especialmente ao orientar que a implementação das ações em saúde mental, nos diferentes níveis de atenção ocorrerá através das Redes Integradas de Serviços de Saúde- RISS. A política tem como diretrizes e princípios a qualidade de vida e saúde com equidade, preservando-se a universalidade de acesso, a integralidade das ações e a participação da sociedade civil como protagonista nos processos de controle social. Concebe os sujeitos a partir de uma perspectiva integral como um ser biopsicossocial e se sustenta pelos valores de Respeito a Vida e a Diversidade; Humanização da Atenção; Qualidade na Atenção; Responsabilidade Cidadã; Competência Técnica; Solidariedade, Perseverança e Confidencialidade (PARAGUAY, 2011).

O modelo promocional de saúde mental previsto na atual política propõe a atenção comunitária de saúde como alternativa de inclusão ao mesmo tempo em que busca organizar com os sujeitos chaves quais processos emergem nos contextos comunitários e a melhor forma de atender os padecedores de

enfermidades mentais. De forma a materializar essa orientação, as ações em saúde mental devem ser implementadas através das Redes Integradas de Serviços de Saúde – Riss, que prevê na sua organização uma linha de cuidados em saúde mental. A criação das Riss segue a orientação da reforma da atenção da América Latina, que inclusive usa a mesma terminologia (RISS) para designar essa nova forma de organização.

A incorporação da RISS como uma nova proposta de organização do Sistema Nacional de Saúde, vem sendo progressivamente implantada desde os anos de 2013, através do Plano Estratégico Institucional 2013-2018, aprovado pela Resolução S.G. n. 52 de fevereiro de 2014 pelo governo paraguaio. Nas RISS, existe uma Linha de Cuidados em Saúde Mental na qual estão previstos os serviços em cada nível de atenção, sendo as Equipes de Saúde da Família, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, designados para realizar ações educativas, preventivas, assistenciais e reabilitadoras de saúde mental em todos as etapas do curso de vida (PARAGUAY, 2011).

A atenção especializada se realizará nos Centros Comunitários de Saúde Mental (1 a cada 15 Unidades de Saúde da Família), anexos preferencialmente aos Centros Ambulatórios de Especialidade ou ainda junto a hospitais gerais e distritais e outros locais que apresentem estrutura física adequada. Os Centros Comunitários de Saúde devem ter uma equipe de saúde mental, embora a Política de Saúde Mental não detalhe a quantidade de profissionais de cada área, deve ser composta de psicólogo, psicopedagogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou artesão, médico clínico e médico psiquiatra, prestando assistência ao conjunto de demandas de transtornos mentais, decorrentes de violência ou de uso de substância psicoativa ou sequelas de violações de direitos humanos , devendo ser realizadas com o apoio das Equipes de Saúde da Família (PARAGUAY,2011).

A RISS prevê ainda uma Rede de Atenção as Urgências/Emergências e Rede de Atenção Hospitalar. Na primeira só há registro de que todos serviços de urgência do país estarão preparados para atender as demandas, sem descrever quais são, e que o Centro de Reguladores contará com um médico capacitado em saúde mental para dar orientações aos profissionais e usuários. Na Atenção Hospitalar, a indicação é que todos os encaminhamentos se baseiem no Manual de Manejo Clínico de Transtornos Mentais na Atenção Primária, devendo 10 % dos leitos de

Hospital Geral serem destinados a internação psiquiátrica. A Política ainda apresenta dois pequenos itens sobre a atenção aos usuários de substância psicoativa e a criação dos denominados *Hogares Sustitutos*, espaços destinados aos usuários internados em longa permanência.

A necessidade de oferecer subsídios para a implementação dessa nova proposta de atenção em saúde mental expressa na Política de Saúde Mental do Paraguai, levou o Ministério da Saúde e Bem Estar Social a publicar Manuais e Guias de Protocolo a serem usados como marcos norteadores das ações em saúde mental Normas e Procedimentos na Atenção em Saúde Mental (2011); Manejo Clínico de Transtornos Mentais na Atenção Primária em Saúde (2011) e o Guia de Critérios de Admissão de Pessoas com Transtornos Mentais (2013). O conteúdo desses manuais vem sendo trabalhado no Paraguai em forma de capacitações, realizadas pela atual gestora de saúde mental do país em todas as Regiões Sanitárias do país.

Retomados os percursos de implementação das Políticas Nacionais de Saúde do Brasil e Paraguai, identificamos as simetrias em seus processos de implementação no que se refere a construção das políticas tendo como diretrizes e princípios as orientações propostas no cenário latino-americano com a Declaração de Caracas e na incorporação da reorientação da atenção em saúde mental proposta pela OPAS, introduzindo as Redes de Saúde na orientação de serviços. As questões de ordem cultural e religiosa também as unificam, considerando que no Brasil e Paraguai, ainda existe uma forte associação dos transtornos psíquicos a problemas espirituais, bem como uma discriminação entre os profissionais e a sociedade sobre a pessoa com transtorno psíquico e/ou usuária de substância psicoativa.

O reconhecimento dessa situação se coloca nas duas políticas; na do Paraguai usa-se a expressão desmanicomializar a cultura, como um eixo orientador da política, destacando a necessidade de ações educativas junto a comunidade e aos profissionais para desmistificar tanto a imagem que o doente mental historicamente possui, quanto a esclarecer sobre as novas formas de tratamento de base comunitária. No Brasil, em vários documentos vinculados as normativas legais da Política de Saúde mental, há o registro da necessidade de ações que visem diminuir o estigma da pessoa que sofre com transtorno mental ou é usuária de substância psicoativa.

Com relação as suas assimetrias, destacamos inicialmente o fato de o Brasil institucionalizar a sua Política de Saúde Mental a partir de uma Lei de Saúde Mental, responsabilizando sua implementação pela esfera governamental em um contexto de mobilização social, enquanto no Paraguai a Lei ainda segue em tramitação no Congresso e os movimentos sociais não tiveram protagonismo em razão do longo processo de ditadura vivenciado pelo país. No Brasil, em decorrência das suas particularidades políticas e sociais, evidenciadas no processo de democratização, associadas ao decurso de tempo que permitiu a organização de um Sistema Único de Saúde, permitiu que fossem criados um conjunto de aparatos jurídicos (normas, decretos, portarias) e outros documentos referentes a atenção de saúde mental que fundamentam, ampliam e atualizam constantemente a Política de Saúde Mental no país.

Essa situação permitiu que ao longo do tempo se construísse, de forma detalhada a rede de atenção, esmiuçando a estrutura física dos serviços, formas de financiamento, composição de recursos humanos, bem como a descrição de ações e responsabilidades de cada componente. No Paraguai, devido à jovialidade da Política de Saúde Mental e todos os processos que vivenciou o país e que já foram apresentados no decorrer da exposição, o aparato jurídico-normativo da atenção em saúde mental está concentrado na atual Política Nacional de Saúde Mental e nos manuais e guias de protocolo (03 ao total) em vigência. Há ainda muitas lacunas sobre como devem ser implementadas as ações na assistência psiquiátrica previstas na Política de Saúde Mental.

Outro aspecto a ser considerado divergente na construção da Política de Saúde Mental é a questão da centralização/descentralização hierárquica e de estrutura de serviços. No Brasil, a organização do Sistema Único de Saúde, incorporada a Política Nacional de Saúde Mental já nasce com a lógica da descentralização em sua estrutura. No Paraguai, há a centralização dos níveis de processo decisório e estrutura de serviços na capital do país, e embora essa questão já tenha sido reconhecida em âmbito governamental como um problema a ser superado, na estrutura atual.

Por fim, com relação as assimetrias, destacamos que no Brasil as Conferências de Saúde e de Saúde Mental tiveram um protagonismo importante no processo de implementação da Política de Saúde Mental, tanto em possibilitar a participação de diversos segmentos sociais na construção da Política, quanto de

pressionar o aparelho estatal a incorporar na agenda governamental e na formulação de políticas, as respostas para o atendimento desses problemas. No Paraguai, não existe registro de realização de Conferência de Saúde e de Saúde Mental, e esse é um aspecto que se constitui como assimétrico no que se refere ao processo de implementação das Políticas de Saúde Mental do Brasil.

No que se refere a última etapa do processo de implementação, a avaliação da Política de Saúde Mental nos dois países acontece também de maneira diferenciada. No Brasil, a plataforma de dados em saúde mental, permite a alimentação on line do sistema diariamente e, conseqüentemente a construção de indicadores de avaliação dos serviços de saúde mental. O Governo Federal deveria emitir anualmente o Saúde Mental em Dados, porém sua última edição ocorreu nos anos de 2015. Esse instrumento, quando ainda era emitido pelo governo federal apresentava índices estatísticos, estrutura de serviços, aportes financeiros e a situação dos serviços de saúde mental do país, comparando-as com o ano anterior, proporcionando a verificação de seus avanços e retrocessos.

Embora importante enquanto instrumento de análise da Política de Saúde Mental, os equívocos de registro e repasse de dados aos sistemas são referenciados nessas mesmas avaliações, podendo não refletir a situação real da atenção em saúde mental no Brasil. No caso do Paraguai, há um departamento de Censos em Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde e Bem Estar, e os dados são repassados parte on-line e outra parte através de registro escrito, e o que se diferencia entre um país e outro é a questão do tratamento de dados, considerando que no Paraguai a informação é divulgada, porém não é analisada. A gestão nacional em saúde mental relatou que existe intenção de realizar um diagnóstico da atenção em saúde mental, especialmente após a institucionalização da Política de Saúde Mental, nos anos de 2011, porém no momento, o governo não dispõe de orçamento para realizar essa ação.

No que se refere as convergências e divergências entre os conteúdos nas Políticas de Saúde Mental do Paraguai e Brasil, estas se agregam e se tornam muito próximas as conclusões apresentadas sobre as simetrias e assimetrias do processo de implementação, evidenciando que nas duas proposições, a construção da atenção em saúde mental vem sendo realizada a partir dos princípios e diretrizes da Declaração de Caracas, e o desenvolvimento de suas ações vem se dando a partir da implantação das Redes de Atenção em Saúde Mental, em maior e menor

complexidade em cada país, e, no caso do Paraguai, o maior problema reside no fato de não haver uma Lei Saúde Mental e a legislação nessa área não apresentar, de forma detalhada como a assistência psiquiátrica deve ser implementada no país.

Um fator importante de divergência entre os conteúdos das Políticas de Saúde Mental, diz respeito aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, nas suas diferentes modalidades (CAPS I, II ou II, CAPSi e CAPSad), considerados, no Brasil, meios imprescindíveis no processo de consolidação da reorientação psiquiátrica. A política de Saúde Mental do Paraguai, sobre a atenção especializada, fala da constituição de Centros Comunitários de Saúde Mental, anexos aos Centros Ambulatoriais de Especialidades, porém não deixa claro que ações e serviços serão desenvolvidos nesse equipamento, e nem como toda a demanda em saúde mental, nas suas diferentes manifestações de quadro e nas mais variadas faixas etárias de enfermidades será atendida ou que tipo de atividade/serviço será oferecida no equipamento.

Essa falta de direcionamento e detalhamento das ações na Política de Saúde Mental do Paraguai, se potencializa ainda mais sobre as questões envolvendo os processos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários de substância psicoativa, mencionados de forma bem superficial no conteúdo de toda a Política de Saúde Mental do Paraguai. O Ministério da Saúde e Bem Estar vem, no momento revisando um documento intitulado Normativas Mínimas para a Atenção dos Usuários de Drogas, sem previsão de publicação, porém, segundo as informações obtidas na coleta de dados, essa normativa não deve trazer nenhum impacto para a atenção ao usuário de substância psicoativa, visto que tal documento será destinado as Comunidades Terapêuticas de forma a orientar e regulamentar as atividades desenvolvidas nesses locais de tratamento. Considerando os aumentos nos índices de uso de drogas e álcool, especialmente entre a população jovem em toda a América Latina, associadas as particularidades do país, essa questão precisa ser incorporada na agenda governamental do país com urgência.

De forma a compreender como essas questões impactam na implementação das Políticas de Saúde Mental em nível local, nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, apresentaremos inicialmente a caracterização das cidades, de maneira contextualizada e vinculada as particularidades da fronteira, que impactam

os modos de vida, de saúde e de saúde mental da população residente nessas regiões.

4.2 As cidades gêmeas de Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad del Este (PY): a fronteira enquanto território vulnerável para o desenvolvimento de transtornos psíquicos e dependência química.

A saúde mental é um componente fundamental e inseparável da saúde e está diretamente relacionada ao bem-estar pessoal, familiar, social e comunitário. Ainda que atualmente venha sendo reconhecida como um fenômeno preocupante, devido a crescente progressão dos transtornos psíquicos e no consumo de drogas. As enfermidades mentais e a dependência química são subestimadas frente aos agravos da saúde física, tornando-se um tema secundário de atenção governamental. A expressão deste posicionamento é o reduzido número de serviços e profissionais especializados, pouca produção teórica sobre o tema; destinação mínima de orçamento para a construção da rede comunitária de serviços de saúde mental; perpetuação do modelo hospitalocêntrico em um considerável número de países latino-americanos, potencializados pela ausência de Lei e Política de Saúde Mental nos países (OPAS/OMS, 2013).

O adoecimento mental e o abuso de substância psicoativa estão ligados a diversos fatores, em especial a vulnerabilidade e aos riscos sociais a que estão expostos os indivíduos no seu meio. Nesse contexto, pensar sobre a saúde mental da população remete necessariamente a considerar os aspectos de vida, saúde, trabalho e moradia como determinantes de saúde e saúde mental. Agravando a questão GIOVANELLA (2007) aponta que os diversos e singulares fenômenos sociais, econômicos, políticos e culturais presentes na região de fronteira conformam uma multiplicidade de leituras, porém em comum a característica de serem consideradas “[...] áreas periféricas, que engendram desigualdades” (GIOVANELLA, 2007, p. 06) traduzidas no modo de vida, processos de trabalho diferenciados e ainda na livre circulação de mercadorias e pessoas, tornando-se um potencializador na progressão dos transtornos psíquicos e no abuso de substâncias psicoativas.

Um estudo realizado pelo Instituto de Desenvolvimento Econômico e Social das Fronteiras – IDESF, nos anos de 2015, revelou que as condições de educação, trabalho, saúde e segurança dos mais de 1,1 milhão de brasileiros que vivem nas

trinta cidades gêmeas do Brasil, estão abaixo da média nacional, se comparadas com outras que não tem a particularidade da fronteira. O documento evidencia ainda que populações de cidades gêmeas estão vulneráveis a uma combinação de fatores que inclui não apenas a proximidade com a fronteira, como devido aos baixos investimentos do poder público em serviços como educação e saúde. A alta taxa de evasão escolar, em decorrência do trabalho infantil e a criminalidade relacionada ao tráfico de armas e drogas e o contrabando são outros fatores marcantes na avaliação⁵⁵ do Instituto.

Desde a constituição dos Estados Nacionais, as fronteiras⁵⁶ territoriais constituíram-se como instrumento de demarcação dos territórios de soberania nacional, estabelecendo limites claros de espaço geográfico, possibilitando o controle de todos os fluxos de entrada e saída do país. O conceito de fronteira por vezes é reduzido a noção de limite territorial, como uma linha imaginária, ou um marco histórico ou geográfico que separa duas ou mais nações. Tal equívoco reducionista tem repercussões no conceito de cidadania e garantia dos direitos sociais da população residente em linha de fronteira.

No espaço territorial das fronteiras internacionais, seja linha, área ou faixa de fronteira, e especialmente nas denominadas cidades gêmeas, o questionamento a respeito da cidadania e da garantia de direitos sociais é ampliado por duas razões – são regiões usualmente distantes dos circuitos nacionais e espelham as similitudes e as contradições entre os países. Configuram-se como espaços territoriais onde coexistem a confluência das distinções quanto ao atendimento às condições existenciais básicas, os limites dos direitos pensados em relação aos Estados nacionais decorrentes da precariedade das políticas públicas e pactos inovadores entre os países que colocam em evidência o fenômeno da desnacionalização, como os acordos vicinais e as áreas de livre-fronteira (NOGUEIRA; SILVA, 2009, p. 97).

⁵⁵ Para saber mais : <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/vida-nas-cidades-gemeas-da-fronteira-sao-piores-do-que-na-media-do-pais-43pcbi7w67ja0hpaxqjhrwhit>

⁵⁶ A faixa de fronteira⁵⁶ do Brasil inclui um quarto de todo o território nacional, sendo 150 quilômetros de largura ao longo dos limites, o que significa 14.000km de extensão (ou 210 milhões de hectares ou mais de 2 milhões de km²). Até os anos de 2016, haviam 30 cidades gêmeas reconhecidas pelo Ministério da Integração Nacional que nesse mesmo ano incluiu os municípios de Porto Mauá, no Rio Grande do Sul e Santo Antônio do Sudoeste no Paraná, aumentando para 32 cidades gêmeas e nove tríplexes fronteiras já anteriormente reconhecidas na região territorial do país. A mais dinâmica e densamente povoada é a constituída pelas cidades de Foz do Iguaçu (BR), Ciudad del Este (PY) e Puerto Iguazú (AR)⁵⁶, sendo diferenciada em razão do seu “[...] adensamento populacional, com a presença de cidades urbanizadas nesses limites territoriais, e a intensidade dos fluxos humanos e econômicos”(KLEINSCHMITT *et al*, 2013, p. 01).

As mudanças sociais, econômicas e políticas que gradativamente redesenham o mapa do mundo, ora com expansão e anexação territorial, ora retraimento de seus limites, vem redimensionando o significado e a concepção de fronteira, especialmente a partir do século XX, com a globalização do capital e a formação dos blocos econômicos, introduzindo novas formas de relação entre os mercados internacionais.

As fronteiras tradicionais estão sendo rompidas na geopolítica atual, como, por exemplo, a partir da Organização Mundial do Comércio (OMC), que tenta mundializar 'os espaços econômicos nacionais', bem como com base no Fundo Monetário Internacional (FMI) e no Banco Mundial, além – em outra escala – das alianças, dos acordos e da construção dos chamados blocos econômicos. [...] as contradições e ambiguidades do capitalismo globalizado, financeirizado, neoliberal, científico e informacional trazem à reflexão situações espaciais distintas em um momento espaço-temporal nunca antes visto (RODRIGUES, 2015, p.141).

A complexidade das relações econômicas, políticas e sociais tornam-se cada vez mais intrincadas, agregando ao conceito de fronteira outras categorias de análise que conferem relações distintas e peculiares que a caracterizam pelo elo com o local e o global, a partir especialmente do olhar da comunidade que circula nesse espaço.

[...] a fronteira só é realmente entendida quando analisada pela ótica local, pelas comunidades que ali vivem e se reproduzem social, econômica e politicamente. Os fronteiriços olham a fronteira como a sua morada, onde acontece o seu cotidiano, seu ritmo, suas relações de afetividade, emergindo de tal forma o seu lugar. Diante da complexidade do conceito, mas entendendo-o como fundamental na compreensão das relações sociais, culturais, econômicas e políticas, importantes autores se debruçam no estudo da fronteira, nos seus significados e desdobramentos (RODRIGUES, 2015, p. 145).

Nesse contexto, não cabe mais a perspectiva tradicional de concepção de fronteira, ligada ao poder legal que o Estado tem de interferir nos territórios a partir da demarcação do solo, substituída progressivamente por um conceito crítico, que incorpora a questão da territorialidade nos processos de desenvolvimento regional e intercâmbio cultural entre os países (SILVA, 2006a). O território ganha a partir desse novo olhar, dimensões que envolvem práticas, modos de vida e interações transfronteiriças.

O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e empresas que abriga, não importa o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e

seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente, levando também à fusão entre o local, o global invasor e o nacional sem defesa (no caso do Brasil) (SANTOS, 2007, p. 84).

O espaço territorial não se refere apenas aos limites políticos administrativos estabelecidos por marcos divisórios, no território se relacionam dimensões individuais, coletivas e sociais, legitimando a territorialidade como espaço de produção e reprodução de interações econômicas, políticas, culturais e sociais. É o resultado de uma construção social denominada territorialidade, onde ocorrem manifestações de relações de poder e práticas que se constroem e desconstroem em relação ao papel do Estado e fora dele “[...] territorializando seus aspectos culturais e gêneros de vida” (RODRIGUES, 2015, p. 155).

[...] a territorialidade, além de incorporar uma dimensão mais estritamente política, diz respeito também às relações econômicas e culturais, pois está intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar (HAESBAERT, 2004, p. 03).

A discussão sobre fronteira, território e territorialidade na América Latina ganha nuances diferenciadas com relação a outros países do mundo, considerando seus processos de “[...] hibridização cultural, o livre comércio e a integração econômica, uma vez que a América Latina é um continente com fronteiras híbridas, marcadas pelo fluxo trans/interfronteiras” (SILVA, 2006a, p. 62).

Tais características são evidenciadas especialmente na Tríplice Fronteira, constituída pelas cidades de Puerto Iguazu (AR), Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad del Este (PY), considerada a mais dinâmica em relação as outras nove existentes no Brasil. A proximidade territorial e o aprofundamento gradativo de práticas sociais e de relações comerciais foram delineando fortes processos de integração entre os países. Nesse trabalho nos deteremos a evidenciar, a integração nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, visto que esses espaços locais foram os pesquisados para a realização desse estudo.

Identificamos que o marco dos processos de integração entre Brasil e Paraguai, desenvolvido nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, ocorreu nos anos de 1960, com a construção da Usina Hidrelétrica de Itaipu, nos anos de 1960, além da já existente “[...] extensão da fronteira agrícola brasileira

especializada na produção de soja nos departamentos do leste paraguaio e no crescimento das cidades de fronteira” (SOUCHAUDT, 2011, p. 137).

Esses três processos têm como efeito a aproximação dos dois países, a partir dos objetivos próprios, no caso do Paraguai, captar recursos e gerar renda fundiária e energética que seria redistribuída aos aliados para o fortalecimento do governo de General Stroessner. Do lado brasileiro, a hidrelétrica deveria sustentar o desenvolvimento urbano e industrial da região Sudoeste do país, concentrado até então em São Paulo, além de promover e fomentar a modernização agrícola nessa região. Um outro importante fator que aproximou a relação entre os países, foi a abertura da fronteira oriental do Paraguai para a imigração brasileira a fim de “[...] valorizar as terras florestais do leste do país, de baixa densidade populacional, com a introdução de agricultura mecanizada” (SOUCHAUDT, 2011, p. 138). A instalação dos brasileiros no Paraguai se coloca ainda permeada de conflitos sobre a questão da terra no país.

Desde o início da colonização agrícola, existem tanto discriminações de brasileiros (de qualquer condição social) por parte das instituições e representantes do Estado paraguaio, como fenômenos de exclusão e marginalização de pequenos agricultores paraguaios e populações indígenas em consequência do avanço da fronteira agrícola brasileira, que alimentam em determinados setores da sociedade paraguaia conflitos sociais sobre a questão da imigração. As expulsões ou ameaças de expulsões de brasileiros ilegais e as ocupações de terras ou espoliações de bens pertencentes a brasileiros que pudessem ocorrer encontraram ampla ressonância nas mídias brasileiras, que, em retorno, veicularam uma imagem de violência e inospitalidade do Paraguai (SOUCHAUDT, 2011, p. 138).

Apesar dos conflitos existentes, sobretudo os que envolvem a questão de posse de terras, a imigração brasileira no Paraguai, segunda no mundo se torna um forte elemento nas relações estabelecidas entre os países. Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, desde 2014 passaram a ser oficialmente denominadas cidades gêmeas, com o estabelecimento da Portaria nr. 125 de 21 de março de 2014, emitida pelo Ministério da Integração Nacional, esclarecendo que a concepção de cidades gêmeas foi elaborada pela necessidade de um conceito oficial a partir da crescente demanda dos municípios fronteiriços por políticas públicas que atendam os cidadãos que vivem e circulam nesses territórios, a fim de promover a integração sul-americana, de forma a registrar e detalhar as características das cidades fronteiriças que atendam esses critérios.

Serão considerados cidades gêmeas os municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, integrada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar a unificação da malha urbana com cidade do país vizinho. Não serão consideradas cidades gêmeas aquelas com população inferior a 2 mil habitantes (BRASIL, 2014, p.01).

As cidades gêmeas de Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad del Este (PY), compõem, junto com Puerto Iguazú (AR), uma das nove Trípliques Fronteiras existentes no território brasileiro, e é considerada a mais dinâmica em razão de sua densa população, atividades comerciais, alta circulação de pessoas e mercadorias e o grande potencial turístico dos três países. Além de refletir uma área de globalização e comércio, é palco de relações advindas de várias etnias de todos o mundo.

Foz do Iguaçu e Ciudad del Este aglutinam grande parte desta diversidade, cuja exaltação positiva tomou, no caso de Foz do Iguaçu, a forma de um slogan que afirma que ali convivem pacificamente mais de 72 etnias, representação enraizada e recorrente tanto pelos organismos públicos como pelas empresas de turismo e alguns grupos religiosos que consideram a Tríplice Fronteira como um terreno fértil para a prática do proselitismo transcultural (CARDIN, 2009. p. 54).

Essas características conferem a população residente na fronteira um contínuo intercâmbio cultural, comercial e econômico que acaba por alterar, misturar, convergir e derrubar as lógicas territoriais, inicialmente delimitadas apenas por seus limites geográficos.

[...] espaços nos quais o local e o internacional se articulam, estabelecendo vínculos e dinâmicas próprias, construídas e reforçadas pelos povos fronteiriços. Neles estão presentes as identidades e as culturas nacionais de cada um dos países envolvidos, que constrói, reelabora e constitui uma outra cultura e identidade diferenciada, capaz de recriar um novo lugar, com aspectos regionais. São regiões que não respeitam as barreiras existentes, já que há ação e integração dos agentes fronteiriços, estimulando dinâmicas fronteiriças informais. (SAQUET; SOUZA, 2009, p.05).

Desde os anos 1960, com a construção da hidrelétrica de Itaipu, assiste-se o crescimento demográfico e urbano de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este com a chegada dos trabalhadores e suas famílias, contribuindo para divulgação das Cataratas do Iguaçu e a conseqüente transformação em um lugar procurado por turistas do mundo inteiro. Ciudad del Este é fundada um pouco antes, no ano de

1957 e recebeu inicialmente o nome de Puerto Flor de Lis e posteriormente de Puerto Presidente Stroessner, no governo do ditador Stroessner, por representar a imagem da cidade que faria ligação com o Brasil, através da Ponte da Amizade, construída na década de 1960. Com o fim da ditadura, nos anos de 1989, como um ato de repúdio a ditadura passou a se chamar Ciudad del Este pelo comando revolucionário que tomou a cidade (CURY; FRAGA, 2013).

Outra grande transformação na dinâmica da região, diz respeito as relações entre as cidades que envolvidas. Até 1960, as relações Foz-Puerto dominavam a área; isso foi modificado com a fundação de Puerto Presidente Stroessner (desde 1989, chamada de Ciudad del Este) e, com a construção da Ponte da Amizade – esses dois eventos foram essenciais para a transformação das relações, que passaram a concentrar-se no eixo Foz-Ciudad del Este (LOPES, SANTOS, 2017, p. 12).

Posteriormente o Paraguai implementa uma política migratória a partir da segunda metade do século XIX e, desde então o país incentiva a imigração internacional originária das regiões do Oeste e Leste da Europa, da Ásia (Japão, Coreia do Norte e China) e das Américas (Brasil e Argentina). A partir dos anos 1950, o Paraguai torna-se um país de intensa emigração internacional para Argentina, Estados Unidos, Espanha e mais recentemente, o Brasil. Tal política na atualidade conforma um país multiétnico e diverso culturalmente (SOUCHAD, 2013).

Por sua densa população e grande desenvolvimento econômico, Ciudad del Este, situada no extremo leste na região oriental, com extensão territorial de 104 km² é a segunda cidade mais importante do Paraguai com uma população de aproximadamente 369 091 mil habitantes, perdendo em número de habitantes apenas para a capital do país, Assunção. Esse número pode chegar a 500 000 em alguns períodos, devido à alta taxa de migração, imigração e emigração presente nesse espaço⁵⁷.

Dentro da organização política administrativa, a Região do Alto Paraná é constituída de 22 municípios⁵⁸ que integram a *Asociación de Municipalidades*. Ciudad Del Este é considerada a capital dessa região em razão de sua densidade populacional e grande atividade comercial. A autoridade máxima política do

⁵⁷ Para saber mais : <http://www.altoparana.gov.py/v0/index.php/ciudad-del-este> Acesso em jan/2018

⁵⁸ Doctor Juan León Mallorquin, Doctor Raúl Peña, Domingo Martínez de Irala, Hernandarias, Iruña, Itakyry, Juan Emilio O’Leary, Los Cedrales, Mbaracayú, Minga Guazú, Minga Porá, Naranjal, Ñacunday, Presidente Franco, San Alberto, San Cristóbal, Santa Fe del Paraná, Santa Rita, Santa Rosa del Monday, Yguazú e Tavapy. Disponível em: <https://www.gobernaciones.gov.py/gobernacion/> Acesso em jan/2018

departamento é o Governador, eleito por voto direto nas eleições gerais, exercendo um mandato de cinco anos. A chamada *Gobernación do Alto Paraná* responde ao governo nacional do Paraguai e os municípios/*municipalidad* esse órgão governamental, que é responsável pelo desenvolvimento de políticas públicas (saúde, educação, assistência social, cultura, outros) na região de sua abrangência e sua missão é “[...] *Mejorar la calidad de vida de los ciudadanos de Alto Paraná. Apostando decididamente al trabajo conjunto y coordinado con todos los actores involucrados*” (PARAGUAY, 2013, p47).

O rápido desenvolvimento de Ciudad del Este está vinculado ao movimento comercial e a venda de produtos importados dos mais variados lugares, oferecidos a um mercado crescente de compradores, a tornaram em um dos centros comerciais mais importantes na América Latina. Em suas ruas, encontram-se composições étnicas distintas como descendentes diretos e indiretos de guaranis, paraguaios, brasileiros, argentinos, libaneses, palestinos, sírios, chineses, coreanos e outras nacionalidades que coabitam nesse espaço urbano comercial, “[...] envolvidos e divididos economicamente entre comerciantes, consumidores, cambistas, ambulantes, turistas, laranjas, sacoleiros e outros” (CURY; FRAGA, 2013, P. 469).

La densidad poblacional en esta región y en especial Ciudad del Este está conformada por un sector importante de extranjeros, más concretamente por árabes, chinos, coreanos, japoneses y brasileños. Más del 60% de los habitantes del Alto Paraná se centran en la zona urbana⁵⁹

No microcentro de Ciudad del Este também se ouvem vários idiomas e a mistura deles, como o portunhol, utilizado para facilitar a comunicação com os brasileiros compristas, conformando um espaço intercultural dinâmico. O microcentro de Ciudad del Este é organizado de forma labiríntica onde se encontram lojas organizadas em estruturas físicas e mais informalmente nos milhares de barracas que acompanham toda a extensão das calçadas, para receber os compradores que buscam produtos mais baratos devido a não tributação de impostos no país, configurando-se um mercado transnacional, no qual estima-se que seja composto de apenas 10 % de paraguaios.

Estima-se que, nesse comércio, somente 10% sejam paraguaios, formados por vendedores ambulantes. Embora percebida pelos paraguaios como uma cidade não paraguaia, pela forte influência de grupos estrangeiros,

⁵⁹ Para saber mais: <http://www.altoparana.gov.py/v0/index.php/ciudad-del-este?start=1> Acesso em jan/2018

acreditam que esta interferência retira o trabalho dos paraguaios. É reconhecido o valor de reconstrução do país pós Guerra do Paraguai, e a presença da língua guarani e espanhola é ponto relevante nesta cidade de muitos idiomas e dialetos (CURY; FRAGA, 2013, p. 470).

As relações ali estabelecidas configuram um mercado transnacional com circuitos comerciais, que articula múltiplos espaços localizados em diversos continentes através de comerciantes e mercadorias, que determinam a dinâmica urbana de Ciudad del Este.

Embora se destaque a região do microcentro e as atividades comerciais ali estabelecidas como o coração da economia de Ciudad del Este, nessa região também se encontram as maiores empresas de agronegócio do país, que dependem em grande medida do comércio com o Brasil. Ciudad del Este possui uma dinâmica única, que envolve questões econômicas, culturais, étnicas e ainda é marcada por características mais peculiares, porém destaca-se uma outra imagem por ser a região que dá acesso ao corredor de passagem de drogas, armas, cigarro, contrabando e descaminho e até o tráfico de órgãos, crianças e mulheres.

[...] a região também é uma região-fonte de problemas para as nações que nela estão envolvidas. Ao mesmo tempo em que possui comércio e turismo intensos, a área apresenta muitos agravantes em relação ao tráfico, em suas várias ramificações (de armas, de drogas, de seres humanos e de bens); a pirataria e a venda de contrabandos que são elementos de destaque e motivo de transtornos para as autoridades dos países envolvidos e o terrorismo, tendo em vista que a região é classificada como uma área propícia para o estabelecimento de grupos ligados a esse tipo de atividade – pois, a lei não é aplicada de maneira efetiva, e, quando aplicada, não há uma devida fiscalização de seu cumprimento; além da perceptível existência, em abundância, de atividades consideradas ilícitas (LOPES; SANTOS, 2017, p. 07).

A população de/na rua de Ciudad del Este é outro grave problema social, especialmente porque grande parte das pessoas em situação de/na rua é constituída por crianças e adolescentes, muitos deles praticando mendicância, uso de substâncias psicoativas e ainda tendo seu trabalho explorado. Crianças provindas de comunidades indígenas também compõe esse grave cenário social.

En la mayoría de los casos estos niños que deambulan por la calle ni siquiera están escolarizados o están, pero debido a la situación económica de sus padres terminan optando por dejar la escuela y trabajar en la calle”,

indicó y agregó que en muchas ocasiones los propios padres son cómplices de esta situación.⁶⁰

Os níveis de escolaridade em Ciudad del Este entre as crianças na/de rua é outro elemento preocupante. Em uma recente pesquisa constatou-se que 40,2 % dessa população está na faixa dos 09 aos 11 anos, 50% entre 12 e 14, e 7,5 % de 6 a 8 anos. Do número total de crianças e adolescentes, 55% não frequenta a escola (TORRES, 2017). A maioria trabalha vendendo doces e outros produtos e por vezes estão acompanhados dos pais.

En Paraguay, el 15% de la población vive con menos de 1 euro al día; resulta entonces muy complicado para las familias criar a sus hijos en buenas condiciones. La extrema pobreza va en aumento, principalmente en las zonas urbanas. Esta situación no permite a los niños desfavorecidos ser escolarizados ni tampoco acceder a la atención sanitaria necesaria para su buen desarrollo⁶¹

A região, apesar do intenso comércio possui fragilidades de ordem social que colocam a população residente nesse espaço em alto risco tanto para o desenvolvimento de transtornos psíquicos, quanto para o uso de substâncias psicoativas, demandando ações governamentais que resultem em melhorias de vida para as famílias.

Foz do Iguaçu está situado no extremo oeste do estado do Paraná, na região sul do Brasil, e foi colonizada em 1542 pelo espanhol Álvaro Nuñez Cabeza de Vaca. Na época o território iguaçuense pertencia a Coroa Espanhola, sendo posteriormente transferida ao domínio português. Foz do Iguaçu possui uma área territorial de 617,7 km² e ao seu Oeste corre o Rio Paraná, e ao sul o Rio Iguaçu, a conurbação dos dois rios, a sudoeste formam a tríplice fronteira (CATTÁ, 2003).

O desenvolvimento do município se deu a partir ciclos econômicos, tendo seu primeiro momento marcado nos anos de 1881 com o a exploração da madeira e o cultivo de erva mate e o município povoado por aproximadamente 2000 pessoas. Após a instalação da colônia militar, nos anos 1888, foram distribuídas terras a colonos interessados, marcando a ocupação efetiva desse lugar por brasileiros, pois

⁶⁰ Entrevista da Diretora Regional de la Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente CODENI, Lorenza Torrez para o Jornal Eletronico ADN Paraguai em jan/2018. Disponível em: <http://www.adndigital.com.py/preocupante-problematca-de-ninos-en-calles-de-cde/>

⁶¹ HUMANIUS – Instituto de Defesa de Direitos Humanos atuante no Paraguai para a proteção de crianças e adolescentes. Disponível em: <https://www.humanium.org/es/paraguay/> Acesso em jan 2018

o território era ocupado e explorado por argentinos e paraguaios a serviço dos ingleses, que se dedicavam a exploração da erva-mate e madeira.

A exploração da madeira foi a atividade que subsistiu até o início dos anos 70 e, resultou, por um lado na devastação de imensas áreas nativas, e por outro num processo de ocupação mais acentuado, por rio-grandenses, catarinenses, paranaenses de outras regiões e paulistas [...] na premência de possuírem suas próprias terras, foram ali dar início ao surgimento das futuras cidades do oeste do Paraná (CATTA, 2003, p. 33).

Nos anos de 1910, a Colônia Militar passou a condição de distrito do município de Guarapuava e, em 1914 foi criado oficialmente o município de Foz do Iguaçu. Nos anos 1930 demarca-se um outro ciclo econômico, incentivado pela política do presidente Getúlio Vargas, caracterizando-se pelo assentamento de colonos alemães, eslavos e italianos, que passaram a desenvolver atividades agrícolas na região. De forma a dinamizar a comercialização da produção agrícola o sistema viário, ainda que precário foi melhorado e possibilitou a venda do excedente da produção, o que motivou o investimento para aumentar a cultura de grãos, resultando em um aumento na demanda por bens manufaturados com conseqüente crescimento de estabelecimentos comerciais (KLEINSCHMITT *et al* , 2013).

É também da era Vargas a criação da chamada “Marcha para o Oeste”, política de ocupação brasileira no território de fronteira com a Argentina e com o Paraguai. Várias estratégias são adotadas e, dentre elas, a necessidade de intensificar o povoamento, promovendo o aproveitamento das riquezas naturais através da colonização de suas terras. Inteiramente inserida nos objetivos desenvolvimentistas do governo federal e estadual, a colonização prevista deveria ser baseada na pequena propriedade e ter um sentido agro-industrial. Mas até a década de [19]40, momento da intensa migração, houve a ocupação das terras de modo esporádico, por colonos advindos das velhas colônias de imigrantes europeus do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina (SILVA, 2006b, p. 13).

A criação do Parque Nacional do Iguaçu em 1939, o desmembramento do município de São Miguel do Iguaçu e por fim a inauguração da Ponte Internacional da Amizade, nos anos de 1965, intensificaram não só as relações comerciais mais também a expansão do turismo. Posteriormente, a conclusão da rodovia BR 277 nos anos 1969 e a integração do município ao Sistema Estadual de Telecomunicação, associada a construção do Aeroporto Internacional promovem um desenvolvimento ainda mais acentuado na época, constituída de 35.000 habitantes (CURY; FRAGA, 2013).

Nos anos de 1974, inicia-se o ciclo de desenvolvimento econômico mais importante da região, com as obras da usina hidrelétrica de Itaipu, ocasionando um rápido e desordenado povoamento local de trabalhadores, advindos de todas as regiões do Brasil para trabalhar na construção. Entre os anos de 1978 a 1981, aproximadamente 5000 eram contratadas e, no auge de sua edificação, chegou a ter 40.000 trabalhadores no Brasil e no Paraguai, reconfigurando todo o perfil econômico, social e cultural da região.

A construção da Hidrelétrica de Itaipu, na década de 1970, provocou consideráveis mudanças na expansão demográfica de Foz do Iguaçu. Em 1960 a população era de 28.080 habitantes, sendo que em 2008 essa população era estimada em 319.189 habitantes (IBGE, 2010). O grande contingente populacional atraiu a presença de pessoas que buscavam uma cidade com oportunidades de novos empreendimentos comerciais, industriais e de prestação de serviços para atender às necessidades da população local, aumentando a geração de renda, tributos e consumo (KLEINSCHMITT *et al*, 2013, p. 10).

Embora tenha promovido o desenvolvimento econômico e populacional, com a criação de novos empreendimentos comerciais industriais e de prestação de serviço, ocasionando a geração de renda, tributos e consumo, uma população imensa de desempregados se formou. Quando as obras de Itaipu foram finalizadas, nos anos 1982, além do reassentamento indígena, realizado em uma reserva com apenas 250 hectares, quando antes ocupavam uma área de 1500 hectares, o mesmo ocorreu com pequenos proprietários agrícolas, ocasionando uma série de problemas sociais na região, que repercutem até a atualidade.

De forma a minimizar os danos ocasionados com a construção, o governo paraguaio e brasileiro recebeu uma compensação financeira da Usina de Itaipu, repassada aos municípios afetados, denominada royalties, pela utilização do potencial hidráulico do Rio Paraná a Itaipu, pagos mensalmente desde os anos de 1985, conforme prevê o Tratado de Itaipu. O repasse de royalties é proporcional à extensão de áreas submersas pelo lago e a quantidade de energia gerada mensalmente e está previsto a manutenção dos pagamentos até o ano de 2023, quando será revisado o Anexo C do Tratado de Itaipu⁶².

O período de 1980 a 2000 foi marcado por uma conjuntura de crises e transformações que atingiram também o Brasil. Esse período coincidiu com o fim

⁶² Para saber mais: <https://www.itaipu.gov.br/sala-de-imprensa/positionpapers/beneficio-garantido-royalties-da-itaipu-nao-vao-acabar-em-2023> Acesso em jan 2018.

das obras de Itaipu, e a dispensa de muitos trabalhadores que decidiram por permanecer e fixar residência na cidade para aproveitar este momento da expansão do setor de comércio (RIPPEL, 2005).

O número de desempregados, associado ao movimento migratório intra-regional do oeste do Estado do Paraná ocasionou o agravamento das expressões da “questão social” em Foz do Iguaçu, sendo identificados o desemprego crescente e o desenvolvimento de uma economia informal, repercutindo no povoamento realizado em locais irregulares, gerando aumento no favelamento urbano e outros problemas, sobretudo nas áreas de educação, saúde e segurança pública.

[...] o comércio de exportação e turismo de compras com o Paraguai foi intensificado, causando movimento migratório para o município e originando amplas invasões em áreas públicas e privadas. Com o aumento do desemprego e a fuga para o trabalho informal ocorreu o aumento de favelas e das dificuldades dos setores sociais, como na educação, na saúde e na segurança pública (KLEINSCHMITT *et al*, 2013, p. 12).

A cidade passou a investir no seu potencial turístico, já impulsionado pela visita às Cataratas do Iguaçu, eleita uma das sete Maravilhas da Natureza, nos anos de 2011, no turismo de compras, na criação de parques e na ampliação da estrutura hoteleira, de restaurantes, lojas e serviços para atender a enorme demanda de visitantes que a cidade recebe. Só o Parque Nacional do Iguaçu, recebeu nos anos de 2016, a visita de 1.560.792 pessoas⁶³ e o número de eventos nas mais diversas áreas vem se tornando outra importante fonte de renda da cidade, demarcando o ciclo do Turismo e Negócio no contexto atual nessa região.

Apesar de muitos trabalhadores estarem atuando nessas áreas, uma pesquisa realizada nos anos de 2006 pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico demonstrou que 50 % da população de Foz do Iguaçu realizava algum tipo de trabalho informal e cerca de 47 % dos jovens tem no contrabando sua principal fonte de renda atuando como laranjas trazendo para o Brasil mercadorias diversas e também armas e drogas⁶⁴.

Ainda nesse ano, Foz do Iguaçu ocupou o quinto lugar dentre os 556 municípios do Brasil com as maiores taxas médias de homicídio no período de 2002 a 2006, com 98,7 de taxa média de homicídios Além de ter sido considerado dentre

⁶³ Para saber mais: <http://www.pmfi.pr.gov.br/ArquivosDB?idMidia=102566> Acesso em jan 2018.

⁶⁴ Para saber mais : <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/contrabando-e-o-primeiro-emprego-dos-jovens-de-foz-do-iguacu-a44zi28j67tw2950j07fugwni> Acesso em jan 2018

200 municípios brasileiros o vigésimo município com o maior número de homicídios na população total em 2006, com a taxa de 106,8 (WAISELFISZ, 2008). Também nesse período é inaugurada a nova aduana e o maior controle sobre a passagem de mercadorias e pessoas, ocasionou preocupações com a possibilidade do aumento de roubos, considerando que em 2005, 67 % da população residente em Foz do Iguaçu tinha como fonte de renda principal atividades relacionadas ao comércio com o Paraguai⁶⁵.

Embora o número de homicídios infante juvenis tenha reduzido nos últimos anos, a dependência econômica de muitas famílias no município ainda está ligada a práticas ilegais e a dependência do comércio transfronteiriço, fazendo com que essa região de fronteira seja considerada de alto risco social, em razão da facilidade para aliciar a parcela da população mais vulnerável, ou seja, “[...] os subgrupos populacionais situados dentro da categoria etária entendida como infância e juventude” (COHEN; FRANCO, 2008, p. 30), reforçando a tese de que “[...] quanto mais dependente a economia regular de uma cidade for das práticas ilegais e clandestinas, mais as redes e os grupos sociais desenvolvem a capacidade de cooptar os jovens e a população vulnerável.” (CARDIN, 2013, p. 16).

Respeitadas as características e particularidades de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este acabam por conformar uma região com características e problemas comuns, não podendo ser analisadas separadamente. A fronteira entre Brasil e Paraguai possui características emblemáticas para além dos pontos densamente povoados, que também tendem a se relacionar com os pontos de intenso fluxo lícito, bem como ilícito, o que torna essa região fronteiriça dinâmica (GEMELLI, 2013). Tais fatores, conjugados às características de colonização e assentamento dessas regiões fronteiriças, contribuem para a diversidade étnica e cultural da região, povoada pela coexistência de comunidades de diversas etnias e pessoas das mais distintas regiões do país.

Por fim, a fronteira que integra Brasil, Paraguai e Argentina, reconhecida como a mais dinâmica com relação as demais conforma um cenário, ímpar e também singular na produção e reprodução de práticas sociais, de necessidades e iniquidades em saúde, incidindo na resposta estatal frente a essas demandas. Nesse sentido, e considerando toda a trajetória teórica estabelecida até aqui,

⁶⁵ Para saber mais: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/major-rigor-na-fiscalizacao-e-faca-de-dois-gumes-para-foz-a82zh4vhebexbuy75g9525iku> Acesso em jan 2018

evidenciaremos os processos de implementação da Política de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este desde as primeiras ações até a atual rede de atenção em saúde mental nessa região, destacando que os processos de integração ocorrido entre Brasil e Paraguai, incidem inclusive na implementação da política a nível local.

4.3 A Implementação das Políticas de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad del Este (PY).

Todo e qualquer processo político começa quando um ou mais atores da sociedade identificam uma necessidade ou um problema, ou se evidencia que as ações do governo ou a falta delas afetam negativamente algum segmento da sociedade. Posteriormente a essa percepção, iniciam-se os processos de desenho da política, em todas as fases já apresentadas anteriormente. A implementação de uma política depende, como já evidenciamos, de muitos fatores que podem levar ao sucesso ou ao fracasso dos objetivos inicialmente planejados, porém trata-se de uma etapa dinâmica, constituída de significado próprio, que não está restrita apenas à tradução de uma dada política em ação, mas que pode transformar a política em si.

A implementação pode ser considerada como um processo de interação entre a determinação de objetivos e as ações empreendidas para atingí-los e consiste no planejamento e organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos necessários para realizar uma política, identificando-se que, nesse processo, políticas públicas sofrem influências das circunstâncias externas aos agentes planejadores e implementadores, as quais tornarão possíveis ou não a implementação. É a partir desse entendimento que delineia todos os fatores do processo de implementação, que apresentaremos os processos de implementação da Política de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este.

4.3.1 A implementação da Rede de Atenção Psicossocial – Raps em Foz do Iguaçu (BR).

A implementação de todas as ações e serviços de saúde, incluindo a Política de Saúde Mental, em Foz do Iguaçu está a cargo da Secretaria Municipal de Saúde,

que desde 1999, incorporou os princípios de descentralização do SUS, dividindo a cidade em cinco distritos sanitários: Norte (Distrito Sanitário Itaipu); Nordeste (Distrito Sanitário Três Lagoas); Oeste (Distrito Sanitário Central); Leste (Distrito Sanitário São Francisco); Sul (Distrito Sanitário Porto Meira) de forma a organizar a assistência em saúde no município.

Em Foz do Iguaçu, anterior a criação da Política de Saúde Mental, nos anos de 2011, a assistência em saúde mental era realizada pelo Ambulatório de Saúde Mental, Hospital Psiquiátrico e Hospital Dia, conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde. Na atenção ao usuário de dependência química existia um convênio da Prefeitura com uma Comunidade Terapêutica, com previsão de internação de seis meses, que foi mantido até os anos de 2009.

Essa situação só veio a se alterar nos anos de 2003, a criação primeiro Centro de Atenção Psicossocial, inicialmente constituído por uma equipe de 01 psiquiatra, 01 psicólogo, 01 assistente social e um enfermeiro. A época o município já tinha se habilitado junto ao Ministério da Saúde para a implantação CAPS, e como estava recebendo recursos para tal fim, o serviço foi criado as pressas, em uma estrutura física inadequada e sem qualquer preparação da comunidade, que passou a conviver com uma população de comportamento diferenciando, gerando em alguns momentos, tensões oriundas dessa relação.

[...] teve que ser feito um trabalho com a comunidade porque foi dito dele para eles que ia se colocar um hospício, ali que ia ter gente louca ali e nós fizemos nós fizemos acho que umas pelo menos umas duas festas convidando a comunidade para participar para eles interagirem com os pacientes para eles verem que aquelas pessoas que eram atendidas ali eram igual a eles foi uma experiência muito legal, muito gratificante na época uma líder comunitária que foi Adida, não sei se você conheceu ela foi muito atuante nesse sentido de fazer reuniões com a comunidade, e explicar o que era, qual era a intenção mas foi um trabalho muito grande de aceitação (BRS1).

Um outro aspecto que impulsionou a criação do serviço foi a existência de uma associação de pais, amigos e usuários de saúde mental, bastante atuante no município, cobrando frequentemente da gestão a implantação de um CAPS.

A própria criação do serviço, foi através da Apadom que fazia muita cobrança do Município pra essa associação porque ela tem assim uma importância muito grande na estruturação do atendimento. Rapidamente o município estruturou o caps em um espaço limitado, com uma equipe

limitada, mas nós tentamos fazer algumas coisas, a Apadom foi lá na época ver (BRS1).

A institucionalização do primeiro CAPS se deu em condições adversas, considerando que seu projeto de criação foi encaminhado e aprovado pelo Ministério da Saúde, em conformidade com as portarias normativas, em termos de estrutura física e de recursos humanos, o que não acontecia de fato, já que o serviço “*existia somente dentro do seu projeto, e trabalhávamos, inicialmente em condições precárias. Se a época viessem fiscalizar, o CAPS seria impedido de funcionar*” (BRS1). Gradativamente o serviço foi melhorando a sua estrutura de atendimento, porém não conseguia realizar sua proposta básica, que é a de acompanhar os usuários em regime intensivo, embora a equipe de trabalho estivesse empenhada na adequação do serviço aos moldes do que política concebe enquanto CAPS.

Embora se quisesse implantar um caps nos moldes da reforma psiquiátrica brasileira, nesse momento não era dada muita importância a isso, a não ser pela equipe, então o ambulatório como eu disse no papel, era CAPS, recebeu verba para se criar um CAPS, mas assim isso era cobrado da gente né que ela não era CAPS porque não tinha um acompanhamento intensivo, não realmente não tinha, era ambulatorial na verdade, não da para dizer que era intensivo, era ambulatorial, mas existia toda a vontade de se transformar esses atendimentos, aí então nós começamos a fazer reuniões com a equipe para fazer esse trabalho, na época nós começamos a visualizar esse trabalho naquele local lá aonde que se estruturou, o primeiro CAPS aqui de Foz, mas foi uma coisa que só aconteceu quando se fez a gestão (BRS1).

Nos anos de 2004, o Ambulatório de Saúde Mental passou a funcionar na mesma estrutura física do CAPS, o que trouxe muitos problemas no processo de implementação do CAPS, que tem delineada uma proposta de atendimento aos usuários com transtornos moderados e graves de saúde mental, enquanto o ambulatório deve acompanhar as demais situações, o que acabava por confundir usuários e até os profissionais sobre onde começava um serviço e terminava outro. Ante essa situação, o Ambulatório foi transferido novamente para o Centro de Especialidades Médicas nos anos de 2006.

Ainda nesse ano, foi estabelecido pelo Ministério Público o pagamento de multa diária a ser paga pela Secretaria Municipal de Saúde no valor de hum mil reais, em razão de o município não dispor de um serviço especializado no tratamento de dependência química. Esse pagamento foi realizado por aproximadamente quarenta dias, e no final de fevereiro do ano de 2006 se inaugurou

o Centro de Atenção Psicossocial destinado ao tratamento de álcool e drogas-CAPSad.

Até a criação da Rede de Atenção em Saúde –Ras e da Rede de Atenção Psicossocial – Raps, ocorrida nos anos de 2010, a atenção em saúde mental especializada no município se constituía de um Ambulatório de Saúde Mental, dois Centro de Atenção Psicossocial, um destinado ao atendimento de transtorno psíquico e outro ao tratamento de dependência química. Na atenção básica ocorria o atendimento inicial e posterior encaminhamento para o Ambulatório ou a um dos dois CAPS. No nível hospitalar, as internações psiquiátricas foram realizadas até os anos de 2012, através de convênio com Hospital Psiquiátrico. O Hospital Dia manteve-se em funcionamento até os anos de 2009, e a Comunidade Terapêutica para o atendimento a dependência química encerrou suas atividades no final dos anos de 2009.

Bom, o que se tinha no município para internação era o Hospital Vera Cruz, que fechou em 2012, o Ambulatório de Saúde Mental, que foi reativado em 2004, o CAPS II no bairro Morumbi e deixa eu pensar, o Hospital Dia, que tinha uma quantidade mínima de pacientes frequentando porque o CAPS do Morumbi já estava melhor estruturado essa época, tinha também a comunidade terapêutica para os dependentes com internação de seis meses que também fechou no ano de 2009 e o CAPSad que começou a funcionar no ano de 2006 (BRS1).

Com a incorporação da Ras e das Raps na organização dos sistemas de saúde, nos anos de 2010, a atenção em saúde mental foi reorganizada no município, em todos os seus níveis de atenção, sendo referenciadas pela normativa organizacional das Raps, na atenção básica os seguintes serviços: as Unidades Básicas de Saúde; os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF; Consultório de Rua e Centro de Convivência e Cultura. Foz do Iguaçu possui 25 Unidades Básicas de Saúde em funcionamento, 03 Núcleos de Apoio a Saúde da Família, nenhum Consultório de Rua ou Centro de Convivência e Cultura. A partir do que prevê a Raps, as Unidades Básicas de Saúde devem integrar aos demais componentes da rede de forma a garantir a integralidade das ações em saúde mental, assim como realizar, quando solicitar ou ser solicitado a realizar Matriciamento em Saúde Mental, quando houver algum usuário no seu território de atendimento.

Na atenção básica, a Unidade onde se realizou a entrevista apresenta uma boa estrutura física e está em bom estado de conservação. Seu quadro de recursos

humanos é constituído de 03 clínicos gerais, 01 ginecologista, 01 pediatra, 01 enfermeira e 07 técnicos de enfermagem, realizando em média 75 consultas diárias e aproximadamente 80 procedimentos, entre curativos, puericultura, vacina e outras ações demandadas pela população. Com relação a demanda de transtorno psíquico e/ou dependência química, constatou-se que a procura do serviço por atendimento nessa área não é considerável, e quando ocorre, o paciente é encaminhado para o Ambulatório de Saúde Mental, ou nos casos de dependência química, para o CAPSad.

A profissional trabalha há dez anos na unidade e revelou não ter recebido capacitação em saúde mental ou participou de Matriciamento em saúde mental. Revelou ainda desconhecer a nova proposta de atenção com a implantação da Rede de Atenção Psicossocial – Raps no município.

Tem poucos casos, a população já sabe que os casos de saúde mental são referenciados para os serviços especializados, então eles vêm só para pegar o encaminhamento. [...] nunca recebi capacitação em saúde mental ou participei de Matriciamento em saúde mental, não sei o que é [...] estou sabendo por você que existe a Raps, ninguém da secretaria avisou que mudou, para mim existe já uma rede de atendimento em saúde mental, só não sabia que tinha mudado de nome (BRS10)

Identificou-se que tem havido um aumento pela procura de receitas de ansiolítico, provocando insegurança no encaminhamento das situações que envolvem a saúde mental, “ *eu queria saber mais sobre isso para atender melhor meu paciente, porque em outras áreas como vacina, tuberculose e outros temas tem capacitação, e saúde mental não falam nada, daí chega o paciente e você fica insegura sobre a conduta*” (BRS10)⁶⁶

Ainda na atenção básica em saúde, o Núcleo de Apoio as Equipes de Saúde da Família – NASF, integra os componentes desse nível de atenção. No município de Foz do Iguaçu existem atualmente três NAFS em funcionamento, implantados nos anos de 2009 na região Leste, Norte e Nordeste da Região, funcionando até os anos de 2013 com a equipe prevista nas normas operacionais de regulação do

⁶⁶ Embora não tenhamos conseguido conversar com o Coordenador de todas as Unidades Básicas de Saúde para obter um panorama geral, não podemos proceder afirmativas, porém a questão da capacitação em saúde mental, particularmente nessa comunidade aparece de forma secundarizada em relação a outros agravos de saúde, considerando que nos seus dez anos de atuação profissional nessa unidade não recebeu capacitação em saúde mental.

equipamento, quando devido a problemas de gestão, os serviços sofreram com a saída de diversos profissionais.

[...] a gente tinha as equipes completas então aí quando houve a nova gestão assumiu em 2013 não houve assim um incentivo, um apoio e as equipes se desmantelaram então, dos 18 profissionais que nós tínhamos que compor nas 03 equipes, a gente ficou com sete na verdade, então nesses últimos 4 anos as equipes sobreviveram totalmente incompletas com três profissionais praticamente por equipe (BRS7).

Constatou-se que houve nesse serviço uma grande perda para a atenção em saúde mental, visto que os problemas na gestão provocaram o desmonte das equipes e a diminuição de profissionais contribuíam de forma significativa na assistência aos usuários com transtornos mentais, inclusive nos Matriciamentos que as equipes participavam com os demais componentes da Raps.

Nos, na saúde mental especialmente nesses 4 anos passados agora que eu vi desmonte na verdade até do NASF de toda a rede foi bastante prejudicado e em especial na questão de saúde mental, porque saíram os profissionais psicólogos que eram os que mais ajudavam como isso, então esses últimos quatro anos as intervenções mais específica da Saúde Mental elas foram trabalhadas no conjunto dos outros usuários que a gente já acompanhavam, as turmas da coluna que são grupos grande que a gente tem se faz a inserção do psicólogo uma vez por mês ou cada dois meses, nas rodas de terapia Comunitária então ela, então vejo que é o ponto mais específico, na questão da Saúde Mental houve o início do matriciamento junto com pessoal todo do CAPS, junto com o pessoal dos residentes da psiquiatria também mas não durou muito, durou um ano, um ano e pouco (BRS7).

Além da diminuição de profissionais e, conseqüentemente da oferta de serviços, verificou-se, nesse processo que os pacientes estabeleceram vínculos com as equipes de trabalho dentro da comunidade “ a pessoa vem lá como referência de um grupo dentro do território e tem um link mais próximo com a equipe da unidade de saúde no grupo da terapia comunitária sim, e agora isso está difícil” (BRS7), constituindo-se como um retrocesso na atenção básica de saúde.

Quanto a participação em capacitações, revelou que “ capacitação não especificamente, a gente teve uma reunião sobre matriciamento, mas não assim nenhuma nada específico sobre isso” (BRS7), indicando a necessidade de prover tais atividades para o fortalecimento da rede de saúde mental nesse nível de atenção, assim como a reintegração da equipe para dar continuidade ao trabalho desenvolvido pelo NASF com os usuários com transtorno psíquico.

Na Atenção Especializada da Raps, estão previstos os CAPS I, II ou III, CAPSad e CAPSi e ainda a realização de Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial criado em Foz do Iguaçu, nos anos de 2003, é caracterizado na modalidade CAPS II, ou seja, é o previsto para populações entre 70.000 e 200.000 habitantes, estando atualmente em desconformidade com a normatização legal, considerando que a população de Foz do Iguaçu, nos anos de 2017, foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE é de 264.044 mil habitantes⁶⁷, portanto já deveria ter implementado o serviço com o suporte e a complexidade prevista no CAPSIII.

O CAPSII atualmente está localizado na região central da cidade e tem sua equipe constituída por 02 enfermeiras, 02 auxiliares de enfermagem, 01 cozinheira, 01 auxiliar de serviços gerais, 01 assistente social, 01 auxiliar administrativo e 01 psiquiatra que 05 residentes de psiquiatria sob a sua supervisão no CAPSII. Existem 1786 pacientes cadastrados, desses 471 mantêm o acompanhamento no serviço, e em média 30 usuários frequentam diariamente o CAPSII, tendo um sistema de acolhimento de demanda referenciado por profissionais de saúde.

Aqui no sistema que deveria funcionar, o sistema aberto pela lei e pelas portarias deveria ser aberto, mas não dá, porque não comporta, senão aqui chega muita demanda da assistência social por exemplo. Gente que vem de Roraima, de Rondonia, gente que vem de rua, do nordeste, no norte, do sul mesmo. E porque que ele quer, porque ele precisa, ele precisa do assistencialismo. Ele precisa comer, ele precisa de uma roupa, ele precisa de um lugar para dormir, então se agente abrir a porta esses 1786 vai passar para unos 3000, 4000 ou 5000 pessoas mensal. Então não dá. Então o que que hoje, em quanto coordenador, depois de um mês como coordenador eu institui que eseja um sistema fechado, que tem que ser referenciado pelo medico ou pela psicologa ou pelo enfermeiro. De toda a rede, a RAPS (BRS3).

Essa situação remete a dois pontos importantes de análise, o primeiro sobre o perfil da demanda de CAPS, constituído em parte, por indivíduos em situação de/na rua, migrando de cidade em cidade, e como na situação destacada aqui, a rede de serviços locais, ainda não consegue oferecer atendimento integral. Trata-se de uma questão a ser discutida entre as Secretarias de Saúde e Assistência Social de forma a estabelecer parcerias no atendimento a essa população, e a mesma indicação se

67

Para

saber

mais:

<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410830&search=parana|foz-do-iguacu>

aplica no segundo ponto de análise, que as cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este são locais de intensa mobilidade transfronteiriça e, portanto, essa situação tende a ocorrer com frequência nessa região, demandando medidas de proteção social para esse segmento populacional.

Um outro aspecto que está em desconformidade com as normativas legais do atendimento em CAPS, refere-se a demanda existente no serviço que não atende ao perfil de CAPS, no qual a lei preconiza que sejam pacientes que estejam sofrendo um transtorno grave, crônico e persistente, “ *mas aqui não é, nós temos desde um depressivo grave, um depressivo leve, aqui nós, a gente atende inclusive uma demanda de AD, de álcool e droga*” (BRS3). Uma outra situação que vem se desenhando, refere-se ao perfil da demanda constituído a partir da implantação da Universidade da Integração Latino Americana – UNILA, nos anos de 2010, recebendo um grande contingente de estudante latino-americanos, que passam a acessar os sistemas locais de saúde, entre esses o CAPSII “ *agora com a UNILA a gente atende, já atendemos bastante alunos colombianos, bolivianos, venezuelanos. Tão vindo bastante da UNILA, não só aqui, no CAPS AD vai muito*” (BRS3).

Em relação as principais dificuldades no atendimento, a estrutura onde atualmente funciona o CAPSII, adaptada em uma casa, não comporta a necessidade do serviço e precisa de uma reforma em caráter emergencial. Ademais, o equipamento público deveria oferecer, como está garantido nas normativas legais, três refeições diárias aos usuários, e há mais de um ano só disponibiliza almoço, fator que tem provocado a diminuição de usuários que anteriormente passavam o dia na instituição. Essa dificuldade, soma-se a não disponibilidade de algumas medicações imprescindíveis para a estabilização do quadro de saúde mental dos usuários.

Vou citar duas dificuldades, que para mim são as principais, a estrutura física do serviço está ruim e precisa de reforma urgente. A lei ela preconiza, o café da manhã o almoço e o lanche, algumas medicações ainda a pesar de ter quase todas elas na rede, algumas ainda faltam, a nona regional não tem, e aí é preciso comprar e o paciente e a família não tem condições, levando a uma situação de crise (BRS3).

Na relação com os demais componentes da rede, identificou-se uma relação harmoniosa, porém com a rede de atenção básica de saúde são evidenciados problemas, assim como as que envolvem a intervenção do SAMU e no nível de atenção hospitalar.

Está muito difícil se trabalhar com o SAMU, eu acho que eles têm que ter mais capacitação na saúde mental. Porque que eu digo, para eles tem noção da abordagem com o paciente em surto psicótico. [...] As unidades básicas é outro problema. Porque é o seguinte, um exemplo, tem unidades que é referente da saúde da família que funcionam no PSF aqui. Vamos pegar lá da Vila C velha lá, tem a unidade de saúde da família aqui e a Cidade Nova também unidade de saúde da família que também é referencia, e ai tem um no Grande Lago e ai você tenta matricia o paciente para alguma dessas unidades, não eu não vou agora, a gente vai até aqui, daqui para lá não é nosso. [...] se você chegar no hospital, eu já ouvi, eu já fui em várias reuniões e já ouvi de médicos psiquiatras a seguinte afirmação, eles foram afirmativos e foram taxativos e falaram com o ministério público; chega lá se psicotiza lá dentro, se estiver agressivo nos abrimos a porta e deixamos sair, eles pedem que o paciente assine a documentação responsabilizando ele mesmo, paciente que estiver em surto, ai ele atravessa a rua, ai passa um carro e bum..., ele já assinou a documentação. As condições de internação aqui são muito ruins (BRS3).

Sobre capacitação em saúde mental constatou-se a realização de um encontro, que envolveu os Centros de Referência em Assistência Social – CREAS, assim como alguns profissionais integraram a equipe de Especialização e Atualização em Saúde Mental, realizada em 2012, a partir de uma solicitação das equipes dos CAPS a uma instituição de ensino, com aderência de boa parte dos profissionais ligados a assistência psiquiátrica especializada. Verificou-se ainda que as equipes dos CAPS estão realizando uma aproximação com os serviços de Assistência Social, de maneira a fortalecer e ampliar a Raps.

Então eles viram que era necessário que exista uma rede de atenção psicossocial, onde fossem abordado as necessidades dele assistenciais, então o CREAS e o CRASS, ate em termos de abrigamento que é o CREAS POP, estão se aproximando da Raps.(BRS3).

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad, foi inaugurado nos anos de 2006, e está localizado, desde a sua criação em um bairro próximo a região central da cidade. Sua estrutura física é boa, com salas para realização de grupos, consultórios e área para a prática de esportes, embora precise de reformas.

Seu quadro funcional atualmente é mínimo, sendo constituído de 03 psicólogas, uma assistente social, uma técnica de enfermagem, um clínico geral, um recepcionista e um psiquiatra, que tem sobre supervisão quatro residentes em psiquiatria, estando em desconformidade com a Portaria 336/2002. Tal situação ocorre nos três CAPS do município.

Hoje nosso maior problema é repasse financeiro e recursos humanos, porque eles trabalham muito do seu limite, nossa equipe é muito abusiva, muitas vezes dobra, a gente em vez de trabalhar 6 horas, trabalha 8, tem que dobrar o serviço tem que desempenhar todas as funções, nossas férias proporcional, só tem um carro no serviço, e é aquele emprestado ainda, então hoje nossa maior dificuldade é essa (BRS4).

O número de usuários cadastrados chega a 6100 usuários e a média de pacientes que frequentam o serviço varia conforme os dias da semana, “[...] segunda, quarta e sexta vem de 35,30,40,45 pessoas aí terça-feira vem em média 12, 15, 18” (BRS4). O serviço atende por demanda espontânea e encaminhamentos e não existe lista de espera para inclusão no tratamento ambulatorial, a não ser especificamente para consulta com psiquiatra. O CAPSad no ano de 2017, registrou um aumento considerável no número de acolhimentos, visto que foram “realizados 350 acolhimentos no ano de 2016, e só este ano a gente já realizou 1100 acolhimentos” (BRS4), atribuindo esse aumento aos processos de desenvolvimento do Matriciamento de saúde mental realizado junto a rede de atenção básica, e a maior divulgação dos serviços nos meios de comunicação no município. O espaço do CAPSad também é cedido aos grupos de autoajuda Alcoólatras Anônimos – A.A. e Narcóticos Anônimos- N.A. para a realização dos encontros. Apesar das dificuldades, o CAPSad oferece serviços de acordo com o que prevê as portarias normativas.

A pesar de a equipe ser reduzida, fizemos grupos de saúde que é a enfermeira quem faz com a técnica de enfermagem, temos grupos terapêuticos e psicoterapêuticos, de comportamento de autoestima, prevenção de recaída de dependente químico, tem grupo de socialização, a gente faz grupo com a assistente social faz com ela também, grupo de artesanato, grupo de produção de renda, produz atividade física, fazemos também atividades com a família, temos grupos de família sempre tem alguma data festiva em esse dia a gente pede para eles trazer sua família se não tem família traz um amigo (BRS4).

A questão da oferta da alimentação, reduzida ao almoço e outros problemas que secundarizaram as questões referentes a atenção em saúde mental na gestão anterior, ocasionaram um desmonte em toda as conquistas realizadas até então na construção de uma rede de assistência em saúde mental no município, que já havia conseguido efetivar grandes conquistas, havendo no período entre os anos de 2012 e 2015 um retrocesso importante no seu desenvolvimento, revelando graves problemas na gestão municipal no que concerne a atenção em saúde mental.

Ao longo dos anos a saúde mental sofreu muitos boicotes, estão querendo voltar ao manicômio, então teve muito corte e a gente só oferece almoço que com muito esforço conseguiu trazer isso, nem café da manhã nem café da tarde temos, hoje nos últimos 4-5 anos passou de mil pacientes que frequentavam o serviço diariamente, para zero porque a gente não oferece café da tarde. [...]Hoje a gente tem a rede furada, a gente está tentando reconstruir os últimos 4 anos, que foi um período que desestabilizou a coordenação, a gente conseguiu criar uma rede de saúde mental adequada, a gente conseguiu isto em 3 anos tendo uma coordenadora capacitada em saúde mental, agora mudou de novo, a gente está tentando que os profissionais de atenção básica trabalhe em parceria com a gente a gente trabalha com isso tá tentando fazer uma rede social pois não conseguiu atingir a todos os profissionais da saúde (BRS4).

No período de gestão compreendido entre os anos 2012 a 2015, foi deflagrado pela Política, em abril do ano de 2016, a Operação Pecúlio⁶⁸, que apontou diversas irregularidades em licitações, sobretudo, envolvendo os contratos realizados na área de saúde, sendo efetuadas inúmeras prisões, e comprovado desvios de dinheiro público a vereadores e profissionais ligados a administração pública municipal. A operação está atualmente na sua oitava fase e vem revelando fraudes de todos os tipos no sistema de saúde local, causando impacto diretamente na qualidade de atendimento prestado pelos Centros de Atenção Psicossocial em Foz do Iguaçu, sendo ainda repercutidas pelos serviços no contexto atual.

As dificuldades também se estendem a Rede de Atenção de Urgências/Emergências do município, e a Atenção Hospitalar, realizada atualmente pelo Hospital Municipal dispõe de uma Unidade Psiquiátrica, com 16 leitos, sem demarcação por gênero, que além de estar frequentemente lotada, já apresenta dificuldades na etapa anterior, que é a de conseguir realizar o transporte dos usuários para a internação.

[...] o nosso maior problema na saúde mental é o transporte, no Municipal a gente tem essas 16 vagas, quase sempre estão lotadas. [...] pode ser para transtorno psíquico, para alcoolismo, ou dependente químico, o difícil é conseguir transporte para levar até o destino, porque o Hospital Municipal não tem ambulância pra levar e não tem profissional para acompanhar, muitas vezes tivemos que fazer internação involuntária. O SAMU não tem viatura para levar, o SAMU não tem profissional para levar.[...] já aconteceu 3 casos de o paciente surtar na ambulância e querer quebrar e matar o motorista, porque está só com o paciente e o motorista, por isso quase ninguém quer levar o paciente, por isso se você sedar o indivíduo é capaz de morrer, problema de parada cardiorrespiratória, e sem profissional para

⁶⁸ Para saber mais: <http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2016/04/policia-federal-diz-que-foragido-da-operacao-peculio-ja-esta-presos.html> Acesso em jan/2018.

reanimar ele, sem o transporte adequado, sem monitoramento de sinais vitais, ele vai para óbito, então hoje está bem complicado (BR04).

Além do Hospital Municipal, especificamente na questão da assistência aos usuários dependentes químicos, existe uma Comunidade Terapêutica, não conveniada com o município, que acolhe para tratamento os usuários nessa condição, especialmente os que estão em situação de/na rua. Evidenciou-se que devido a situação dos usuários de substância psicoativa estar muito vinculada a questões de ordem social, vem se estabelecendo progressivamente uma relação com os serviços de Assistência Social do município.

[...] hoje a gente está tentando fazer essa aproximação da atenção básica com a assistência Social para tentar melhorar a rede, então hoje nós temos a câmara técnica em saúde mental, hoje temos o CONAD que é o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, então estamos tentando desmistificar a saúde mental estamos capacitando aí fizemos uma capacitação do pessoal da assistência no CAPSII, então a gente capacitou os educadores, os profissionais técnicos para eles estarem sabendo acolher esses indivíduos, com dependência química, o pessoal de CAPSII é referencia também em capacitação, depende muito se quisesse capacitação, temos algumas unidades que é resistência ne as unidades de atenção básica e como aquelas unidades que entram em contato com a gente, que pedem para fazer matriciamento, fazer visita domiciliar, hoje nos temos um modelo de encaminhamento do CAPS para unidade básica, em papel que te encaminha, quando o individuo recebe alta leva o papel para a atenção básica, explicando os medicamentos que ele toma, explicando o que ele tem (BRS4).

Um importante elemento inovador na organização da assistência em saúde mental ocorre com a criação da Câmara Técnica em Saúde Mental, em funcionamento há aproximadamente um ano em Foz do Iguaçu, instituída com o objetivo de aproximar os componentes da Raps para a elaboração de protocolos quanto ao manejo e encaminhamento das situações envolvendo a atenção em saúde mental e dependência química no município.

Ela surgiu recentemente ne, no final de 2016 eu pensei assim que a gente estava muito com esse trabalho de redes, a gente vamos se reunir vamos fazer, mas a gente não tinha uma equipe composta para gerenciar essas coisas, para discutir a gente ia muito na parte técnica, criar protocolos de manejo entre os componentes da Raps né , mas como que nós vamos brigar para garantir o transporte quando a gente precisa, nos em quanto CAPS eu enquanto coordenadora não consigo isso, então a gente tem uma câmara técnica que possa ser registrada tudo certinho e a gente tentar essa intervenção, então a câmara técnica pensou em montar começou eu e os coordenadores dos serviços.. Tinha que pensar quem ia chamar para

compor a primeira técnica, ai um indicava outro, indicava outro, e ai votamos, criamos um grupo, nesse grupo é muito mais fácil, às vezes estou com um paciente que precisa interna, ai tem a medica do hospital, tem o pessoal do hospital, então foi facilitando a nossas discussões, agora a gente estava no processo de criar um empreendimento, então eu sai, inclusive eu ajudei aqui, ajudou a montar, eu não estou fazendo mais parte da camara técnica, e os coordenadores do serviço, mas a gente contribui com o que eles trazem e eles levam para as reuniões (BRS2).

Em relação a capacitação profissional contatou-se que também houve adesão de membros da equipe desse serviço integrando a turma de especialização em saúde mental, e tal situação, se colocando como um aspecto positivo na implementação da Política de Saúde Mental no nível local, em consonância com as normativas legais. Esse elemento nos indica que essa ação tem impactado na discricionariedade desses burocratas em nível de rua, que mesmo frente as dificuldades de gestão municipal da saúde, se coloca imbuída de conhecimento técnico, tornando-os aptos a fazer o enfrentamento das situações, estando em consonância com as atuais indicações normativas no modo de implementar a assistência em saúde mental, se colocando como um importante elemento definidor nos rumos da atenção em saúde mental no município.

De positivo no CAPSad o positivo é minha equipe, tem uma união muito grande, uma vontade muito grande de se capacitar, de lutar pelo correto da Política de Saúde Mental, então não precisa tá toda hora pedindo mandando fazer uma coisa, nossa equipe hoje é muito dinâmica, consegui desenvolver muito legal, então hoje de positivo é isso, e quando a equipe é amiga os usuários percebem, os pacientes percebem, e acabam sendo mais colaborativos, quando eles percebem que a equipe fala uma linguagem só, é difícil tentar mudar as coisas e a gente sempre está alinhado com o que diz na política que tem que ser feito na assistência aos dependentes (BRS4).

Nos anos de 2015 e 2016, foi realizada uma capacitação com todos os componentes da Raps, a partir do credenciamento do município com o Ministério da Saúde para receber acompanhamento na implementação da Raps. O processo ocorreu em dois momentos, o primeiro quando os componentes foram capacitados, tornando-os multiplicadores para a segunda etapa que consistiu em visitar todos os serviços de saúde do município a fim de aproximar a rede, propor o Matriciamento em saúde mental e desestigmatizar o atendimento em saúde mental.

[...] veio uma profissional contratada para ajudar a implantar a Raps, para vir aqui em Foz para capacitar a rede de atenção psicossocial, veio por 2 anos,

em 2015-2016, bem recente, ela veio fez isso, trabalhou com a gente, depois fomos aplicadores na atenção básica. (BRS4).

Gradativamente, sobretudo após essa aproximação, as relações com a rede de saúde, como também com a rede sócio assistencial do município estão melhorando, buscando sobretudo desmistificar a saúde mental e trabalhar a resistência que muitos profissionais da atenção básica em atender tanto a dependência química quanto o transtorno psíquico.

Já foi pior, hoje a gente está tentando fazer essa aproximação da atenção básica com a assistência Social para tentar melhorar a rede, então hoje nós temos a câmara técnica em saúde mental, hoje temos o CONAD que é o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, então estamos tentando desmistificar a saúde mental estamos capacitando aí fizemos uma capacitação do pessoal da assistência aqui do CAPS2, então a gente capacitou os educadores, os profissionais técnicos para eles estarem sabendo acolher esses indivíduos, com dependência química, o pessoal de CAPS2 é referência também em capacitação, depende muito se quisesse capacitação, temos algumas unidades que é resistência ne as unidades de atenção básica e como aquelas unidades que entram em contato com a gente, que pedem para fazer matriciamento, fazer visita domiciliar, hoje nos temos um modelo de encaminhamento do CAPS para unidade básica, em papel que te encaminha, quando o individuo recebe alta leva o papel para a atenção básica, explicando os medicamentos que ele toma, explicando o que ele tem (BRS4).

O Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil-CAPSi, último a ser instituído entre os serviços referenciados na atenção especializada, foi inaugurado em fevereiro dos anos de 2013, embora a equipe tenha sido composta seis meses antes para estruturar a organização do serviço. Sua estrutura física é boa e está bem conservada, porém o entrevistado revela que existe necessidade de ampliação no espaço, devido ao aumento gradual da demanda. O entrevistado informou que a maior demanda é decorrente de atendimento em dependência química, a última contagem de cadastrados no serviço ocorreu em agosto dos anos de 2017 e revelou 1152 usuários.

Hoje a nossa maior demanda, enquanto CAPS, é transtorno de dependência química para ser bem exato eu tenho 1152 paciente² no serviço destes, issos são dados de agosto desse ano a gente não atualizou ainda, que a gente atualiza semestralmente não é desses 1152 a gente tem 108 que são adictos, 84 que são transtornos de comportamento né e 72 se eu não me engano 78 ne fugi da memória agora, só retardo mental e uma série de outras de outras patologias, mas hoje a essência, o Grande fluxo de pacientes aqui nós são; dependência química, comportamento autodestrutivo e ideação suicida e transtorno de comportamento (BR06).

O CAPSi atende uma média diária de 25 pacientes e está localizado em um bairro mais afastado do centro da cidade, e sua equipe atual é constituída de 01 médico psiquiatra, 01 clínico geral, 01 pediatra especialista no desenvolvimento de comportamento infanto juvenil, 02 assistentes sociais, 02 enfermeiros, 01 terapeuta ocupacional, 01 psicóloga e uma técnica de enfermagem. Não fosse pela falta de 01 psicóloga na equipe, os recursos humanos desse equipamento estariam em plena conformidade com o que prevê as normativas legais de constituição de equipe mínima do CAPSi, no entanto, embora se identifique que as condições nesse quesito estão próximas ao ideal, na realidade está longe de ser a necessária, considerando que o CAPSi, incorporou nos seus serviços o Ambulatório Infanto Juvenil de Psiquiatria, equipamento que não consta na Raps.

Ainda que o Ambulatório não figure como componente na Raps, a medida em que o equipamento público é criado pelo município, ocorre a responsabilização em executar a atenção em saúde mental. Ademais, existem situações que não se enquadram em CAPSi, porém demandam de atendimento psiquiátrico especializado, considerando ainda que os usuários de substância psicoativa, na faixa etária reconhecida como infanto juvenil são absorvidos pelo CAPSi e pelo Ambulatório Infanto Juvenil, situação que se torna ainda mais necessária frente a situação de vulnerabilidade vivenciada entre os moradores da faixa de fronteira, sobretudo os mais jovens, cooptados muito cedo pelo narcotráfico.

Dentro até que está né, das normativas legais, mas é uma coisa que a gente está tentando sensibilizar a secretaria de saúde como um todo, porque o nosso serviço de CAPS também absorveu no nosso curso o ambulatório infanto-juvenil de psiquiatria, então além do CAPS para atender transtorno mental severo e persistente hoje a gente é ambíguo nesse sentido eu trato tanto dependência química como transtornos, além desses que são nossos pacientes eu ainda tenho um serviço ambulatorial de psiquiatria que precisa de retaguarda também, as vezes o médico atende e precisa de um suporte técnico, de serviço social com a psicologia, orientação medicamentosa . A questão da drogadição na fronteira é um grave problema entre adolescentes, eles são usados pelo narcotráfico, que é bem forte aqui e no Paraguai (BRS6).

Além do atendimento das situações de transtorno psíquico moderado, grave e severo; da dependência química na população infanto juvenil, e do tratamento ambulatorial realizado na instituição, a equipe técnica CAPSi se depara ainda com outra grande demanda, constituída pelos encaminhamentos da Secretaria Municipal de Educação de Foz do Iguaçu, envolvendo problemas de aprendizagem, deficit de

atenção, transtornos comportamentais e autismo, aumentada sobretudo nos anos de 2016, quando ocorreu o encerramento do Programa Construindo a Cidadania, voltado ao combate da evasão escolar. A equipe do Programa era constituída de assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo e médico especialista na área Infanto-juvenil, realizando acompanhamento biopsicossocial em todas as escolas municipais de Foz do Iguaçu. O fechamento do Programa provocou uma intensa procura por outros serviços que substituíssem os oferecidos pelo Programa, colocando o CAPSi, como a instituição mais próxima e com profissionais capacitados a atender essa demanda.

A nossa maior dificuldade, porque educação ela sempre referencia muita baixa assistência da parte de saúde, de segurança né, a gente tem o contato próximo, fechou um programa que existia na educação municipal, que era construindo a cidadania, que quer ou não tinha uma parte do assistente social, psicólogo a médica especialista em comportamento se foi fechado e acabou, olha, mas eu tenho que mandar e até teve um episódio que foi assim o motivo da gente reunir toda a rede juntos diretores porque a educação encaminhou no mesmo momento 628 pacientes atendidos na Educação Municipal, que era para atender e falaram agora é de vocês cada infantil, falei não não não como assim é nosso, vamos estratificar, então a gente tem que sentar, estratificar paciente para estratificar, pegar o prontuário paciente por paciente, se integrar do quadro, e definir, e olha esses 68 são nossos, foi o que a gente pegou, como resultado final, esse cento e pouco são da neuro então vamos encaminhar para neuro, e esses 300 são da atenção primaria nunca tiveram uma avaliação na unidade de saúde (BRS6).

As necessidades de atenção em saúde, não especificamente em saúde mental, demandadas pela Secretaria da Educação de Foz do Iguaçu são históricas e poderiam já ter sido pelo menos amenizadas, com a ampliação de um serviço já existente: O Centro de Reabilitação de Foz do Iguaçu- CREFI; e a criação de outro até o momento inexistente: O Centro de Referência para alunos com Problemas de Aprendizagem. O primeiro, de responsabilidade da Secretaria de Saúde – o Centro de Reabilitação de Foz do Iguaçu-CREFI, poderia/deveria ampliar sua equipe com a contratação de fonoaudiólogos, psicólogos e demais profissionais que atendam a população infanto juvenil e adulta, nas situações em que ocorra atraso no desenvolvimento físico e motor, de fala e de outras deficiências, o que poderia absorver parte dessa demanda do CAPSi, que não se configura no perfil para CAPSi.

O Centro de Reabilitação de Foz do Iguaçu atualmente realiza atendimento nas áreas de fisioterapia e serviço social, sobretudo para proceder avaliações para a

dispensação de órteses e próteses, estando em desconformidade inclusive com o que prevê a Política de Atenção a Pessoa com Deficiência, no que se refere a oferta de serviços e composição da equipe dos Centros de Reabilitação Psicossocial, incluindo-se a atenção as situações que envolvem deficiência intelectual, dificuldade ou ausência de fala, baixa audição e/ou visão, entre outras.

A ampliação do serviço já existente, somada a criação de um equipamento público pela Secretaria Municipal de Educação que seja referência na atenção aos alunos com problemas comportamentais e de aprendizado já foi deliberada em Conferências Municipais da Pessoa com Deficiência, porém não foi implementado até o momento e poderia contribuir significativamente para a alteração dessa situação vivenciada atualmente pelo CAPSi.

Uma outra questão que vem suscitando indagações na equipe de trabalho refere-se ao atendimento dos usuários de substância psicoativa, em sua maioria constituído por adolescentes cumprindo medida judicial de tratamento, no mesmo espaço físico que os demais transtornos psíquicos. Embora não haja um consenso sobre o encaminhamento dessa situação, a equipe vem discutindo esse tema, e de maneira positiva expressando que o problema não é manter as duas modalidades de atendimento integradas, mas sim ter condições estruturais e recursos humanos para oferecer um bom acompanhamento.

A dependência, por enquanto sim né a gente já a gente já sentou e pensou numa mudança radical e das desconexões do dependente químico dos outros usuários né mas depois que a gente sentou e viu todos os pontos positivos e negativos viu que o problema não está nas duas demandas juntas, problema está em conseguir transformar esse espaço no espaço, como uma capacidade de ser um ambiente que eles se familiarize, então antes da gente pensar essas demandas a gente quer primeiro enxugar o serviço para fazer uma melhora a gente até uma campanha aí nos grupos para plantar árvores, doação de tintas para a gente fazer uma coisa diferenciada, e aí depois disso repensar (BRS6).

Constatou-se que o CAPSi também sofreu adversidades nos períodos de gestão municipal 2012-2015, ficando um longo período sem oferecer nenhum tipo de alimentação aos usuários e 05 meses sem psiquiatra, além de perder aporte financeiro do governo federal por problemas de gestão. Por outro lado, evidenciou-se que a atual gestão vem empenhando esforços para melhorar a assistência em saúde mental no município.

[...] o CAPS infantil hoje a gente está no nosso quinto ano e a gente deixou de receber mais de um milhão e meio de reais de cofinanciamento porque o CAPS infantil teve uma problemática muito grande a gestão passada foi o apagão anterior gestão passada fez o projeto para implantar e esse projeto foi assim não vou antes de eu sair eu vou sair eu vou implantar isso aí, eu vou implantar só que quando a gestão assumiu não tinha plantas que não tinha alvará de funcionamento a planta que foi aprovada pelo Ministério da Saúde não foi cumprida então isso tudo reverberou e hoje eu vou te falar que o CAPSI ainda não tem habilitação, não tem habilitação, não recebe financiamento do Governo Federal, está tudo parado esse financiamento, mesmo que eu recebesse esse financiamento a verba destinada aos CAPS, ela é muito pequena porque a gente hoje no município de Foz do Iguaçu trabalha com aquela questão do Fundo Municipal de Saúde então a verba vai para o Fundo Municipal de Saúde para ser destinada... essa modalidade para a nos da saúde mental é falha, a gente tem uma carência de recurso financeiro para coisas banais, para comprar equipamento de oficina terapêutica que é diferente de uma de um almoxarifado Municipal de Saúde, então a gente tem uma carência financeira grande sim. Recursos Humanos, outra grande luta nossa né cada dia a gente tem que mostrar e assim eu tô com mais facilidade hoje de sensibilizar gestores por aprender o que não sei se era isso que faltava, assim hoje a gente quantifica nossa demanda e apresenta quantificada, então eu não falo olha eu preciso de um psicólogo fala eu preciso de um psicólogo para atender este 89 pacientes que aqui estão descritos de acordo com estas prioridades, então assim que a gente solicita (BR06).

Na relação com os demais componentes da rede, averigou-se que a assessoria recebida pelo Ministério da Saúde para a implementação da Ras/Raps foi de fundamental importância, porém houve baixa adesão de profissionais da atenção básica nos encontros para discutir a Raps.

O APSUS é uma modalidade de preparação, de capacitação, de todas as áreas emergência, urgência a sensibilização do profissional da ponta em Saúde Mental, realizado no ano de 2014, quando o município se cadastrou para receber acompanhamento para implementar a Raps. Então teve vários momentos a baixa adesão acabou implicando e não aproveitar eficientemente, não se capacitar, hoje o nosso grande problema é; não é só que o paciente não é estratificado, paciente muitas vezes não nem é atendido na primária, aí o paciente. to sentido isto, então aí vou pegar a referência, ao psiquiatra, avaliação em conjunto está aqui seu encaminhamento, muitas vezes isso acontece no próprio acolhimento, então não há nenhuma intervenção breve desse paciente na atenção primária por isso que a gente tá tentando sentar e mudará isso, não deforma um toque que a gente pretende resolver, mas sensibilizar né, só que existe uma também sobrecarga funcional muito grande na atenção primária e sempre que a gente vai entra na atenção primária, muitas das unidades, 32 unidades aconteceu com no mínimo 7 unidades a gente não é bem recebido, no sentido é mais uma coisa, mais material para preencher, mas quer dizer então que eu tenho que ir na casa do usuário de droga, sim o usuário de droga é outro doente como qualquer hipertenso, não eu não vou porque não quero correr risco, então existe uma resistência ate de abrir assim os olhos para essa demanda (BRS6).

A relação da atenção hospitalar com a rede especializada ainda precisa avançar, sendo identificada a necessidade do estabelecimento de fluxos e protocolos para o encaminhamento das internações, bem como capacitação e um trabalho voltado para a equipe Psiquiátrica no Hospital, visto que foi constatado conflitos nessa relação, inclusive debatidas nas reuniões da Câmara Técnica de Saúde Mental e do Comitê de Urgência e Emergência de Foz do Iguaçu.

[...] não existe fluxo de entrada no hospital Municipal, eu faço parte da comissão da saúde mental, eu faço parte do comitê de urgência e emergência de Foz do Iguaçu, e hoje a gente tem uma grande dificuldade de acesso ao Hospital Municipal de Foz do Iguaçu [...] a nossa grande dificuldade barra em muitos pontos negativos do hospital, primeiro deles a própria equipe, a própria equipe já falou em uma dessas comissões que não quer psiquiatria, próprio estigma colocado pela psiquiatria [...] , o próprio ambiente da psiquiatria do Hospital Municipal desfavorece a internação psiquiátrica, a própria unidade de psiquiatria por mais que tenha uma equipe diferente daquilo que você tem anteriormente, deixa paciente fugir literalmente, ah o paciente fugiu [...] com o hospital municipal está bem complicado, outras internações a gente tem acessado a central de regulação de psiquiatria metropolitana que é Curitiba e aí pela central de leitos a gente consegue internações aí efetivas fora do município, hoje sendo bem objetivo contigo a internação no hospital municipal para dependência química é não eficaz, não é funcional pelo menos na infância-Juventude e às vezes, a médica manda embora [...] foram 4 reuniões exaustivas, minimamente estabelecer novamente o fluxo, na última reunião do comitê de urgência emergência, porque existe ou existem outras áreas que não consegue acessar Hospital. (BRS6).

Em linhas gerais, com relação aos serviços de atenção especializada - CAPSII, CAPSi e CAPSad, em maior ou menor medida estão realizando suas atividades sob condições adversas, que envolvem baixo aporte de recursos humanos e financeiros, além necessidade de ampliação dos espaços físicos e reformas urgentes nos equipamentos. A relação, por vezes conflituosa com os outros componentes da rede e a necessidade de capacitação profissional nos outros níveis de atenção, sobretudo a básica, são aspectos comuns identificados na coleta de dados.

Em relação as Estratégias de Desinstitucionalização, a Raps prevê a existência de Serviços Residenciais Terapêuticos e a manutenção do Programa de Volta para Casa. De acordo com os dados obtidos, não há Serviços Residenciais Terapêuticos em funcionamento, e não há nenhum usuário na rede com características para inclusão no Programa de Volta para Casa. As Estratégias de Reabilitação Psicossocial previstas na Raps indicam a realização de iniciativas de geração de trabalho e renda e a criação de empreendimentos solidários e

cooperativas sociais. Nenhuma dessas ações foi relatada pelos sujeitos, o que ocorre é a realização de oficinas de artesanato, porém nem sempre os objetos vendidos são comercializados e não há formal ou informalmente uma cooperativa social em nenhum dos serviços pesquisados.

O Ambulatório em Saúde Mental, localizado na região central, anexo ao Centro de Especialidades Médicas não figura como um componente da Raps, embora tenha sido o primeiro de referência especializada no município, sendo criado antes mesmo da implementação da Política de Saúde Mental em Foz do Iguaçu. Sua estrutura física comporta 03 consultórios e uma sala de espera anexa a recepção e, notadamente o local precisa de reformas e adaptações, sobretudo na instalação de uma porta para rota de fuga, caso algum paciente fique agressivo.

A equipe atual é composta de duas recepcionistas, um clínico geral, um psiquiatra e quatro residentes em psiquiatria sob a sua supervisão. O único serviço disponibilizado é consulta médica para os pacientes já em acompanhamento ou os novos, que chegam ao serviço encaminhados pela rede saúde, existindo uma lista de espera de mais de mil pessoas. Sobre essa demanda excessiva, a entrevistada esclareceu que essa situação deve ao fato dos transtornos leves, sobretudo a depressão, que poderiam ser tratadas na atenção básica de saúde.

[...]Mais de mil, mil cento e alguma coisa entre consumo, primeira consulta e retorno.[...] A demanda do ambulatório ela tá qualquer quadro que não seja persistente que seja grave então, aliás, tem muito é depressão leve como é que deveria estar nas unidades, mas está ali; tem os casos de borderline, tem muita transtorno afetivo bipolar, transtorno de comportamento no geral muito assim ansiedade, insônia (BRS2).

Quando se identifica conflitos familiares durante o acompanhamento, o Ambulatório encaminha “*o familiar para as terapias comunitária que tem nos bairros com apoio do NASF*” (BRS2). O serviço não deveria atender urgências e emergências, porém ocasionalmente acontece de trazerem alguém em surto ou mesmo de o usuário ter uma crise durante o atendimento, e nesses casos identificou-se que tanto a família quanto alguns profissionais de saúde ainda apontam a internação como medida de intervenção mais adequada.

A comunidade não aceita muito esse modelo aberto não , não só ela como alguns familiares e profissionais de saúde preferem realmente incluindo

familiares que fosse internado, que tivesse no hospital que daí não precisa tá em casa, que não precisa levar e buscar no CAPS, ainda que seja disponibilizado o transporte, o passe, o cartão único mais a família realmente não vê, e muitos profissionais inclusive da rede de saúde mental né acaba falando é melhor que interne mesmo, sabe quando vai chegando por exemplo final do ano, a equipe que começa a ficar reduzida, aquele paciente da para trabalho, a vou me internar mesmo (BRS2).

Em relação a integração com os demais componentes da rede, averigou-se que a interlocução acaba sendo reduzida a referência e contra-referência, e o Ambulatório não participa do Matriciamento em Saúde Mental com os demais componentes da rede.

Na rede de atenção é tudo por encaminhamento, com a referência e contra referência vem encaminhado do posto né, vem pelo sistema saúde. [...] não existe matriciamento, vem caminhando e geralmente ao psiquiatra, não vem nenhum histórico do que esta acontecendo, é só assim a psiquiatra ou psiquiatria nos temos uma coleção disso né, que até discutido entre os médicos que é uma falta de respeito entre eles né, como que vem sem nem saber o que que tem, daí o médico atende e daí ele faz a contra referência se é que é matriciamento se é alta, se é de atendimento com psicólogo NASF o que que é (BRS2).

Em linhas gerais, o Ambulatório de Saúde Mental apresenta uma demanda excessiva de encaminhamentos de pacientes que poderiam ser atendidos nas unidades básicas de saúde, além de sofrer com a falta de estrutura física adequada. Apesar dessas situações e mesmo não estando previsto na Raps, o serviço desempenha um importante papel na assistência em saúde mental para os pacientes que necessitam acompanhamento psiquiátrico, oferecendo assistência em saúde mental aos usuários que não se encaixam no perfil de CAPS, porém necessitam acompanhamento, indicando que a ausência desse serviço poderia provocar uma lacuna no atendimento a essa demanda.

Na Rede de Atenção as Urgências/Emergências estão referenciados o SAMU, a Sala de Estabilização, UPA 24 horas e Portas Hospitalares de atenção a Urgências/Emergências/Pronto Socorro⁶⁹. O único componente inexistente no município nesse nível de atenção é a Sala de Estabilização.

⁶⁹ Conseguimos realizar entrevista com profissionais do SAMU e da UPA, o mesmo não ocorreu no Pronto Socorro, no qual foi realizada três tentativas em dias e horários diferentes, e mesmo havendo interesse da profissional em participar, acabava não sendo possível realizar o procedimento em razão de situações emergenciais que chegavam no local.

O Serviço Móvel de Urgência – SAMU foi institucionalizado no município há aproximadamente 12 anos e atualmente conta com uma equipe de 18 médicos, 09 enfermeiros, 22 técnicos e auxiliares de enfermagem e 12 motoristas, trabalhando em regime integral de 24 horas, realizando em média 70 atendimentos diários. Sua unidade está localizada na região central de Foz do Iguaçu e a estrutura física e, aparentemente, os veículos da frota utilizados no atendimento, apresentam boas condições.

Com relação aos atendimentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e/ou transtorno psíquico, embora tenha havido um aumento nos chamados para atendimento de pessoas por abuso de substância psicoativa, essa demanda não aparece com muita frequência.

Olha a gente nunca fez uma média diária, mas assim o que a gente vem notando é que isso vem aumentando bastante principalmente em relação a abuso de substâncias. A gente só vai situação de emergência onde a pessoa oferece risco para ela ou para terceiros se não for nesses casos a gente não tem como remover a pessoa e a gente não pode entrar no serviço de referência né porque o nosso serviço de referência que assopra emergência psiquiátrica então só nessas situações que a gente que a gente faz (BRS6).

Com relação a abordagem do serviço nos casos de saúde mental ou por uso/abuso de substâncias psicoativas é previsto, pelo Ministério da Saúde a aplicação de um protocolo, porém essa ação acaba não sendo possível porque em algumas situações é necessário sedar o paciente, ação não recomendada pela normativa.

Na abordagem a gente não consegue usar o protocolo que o Ministério da Saúde passa para nós que é da avaliação de riscos, a gente usa a avaliação de risco mas aí assim pelo protocolo do Ministério a gente não deve sedar o paciente você tem que fazer o haldol, haldol, haldol, haldol, quando você fez a dose máxima de haldol que são 15 ampolas que é uma a cada 5 minutos aí você cega e aí a gente não tem esse tempo todo né para dispor para ficar com paciente então geralmente assim se quando a gente vai na residência a gente por mais que o paciente não esteja naquele momento em surto, ele já esteja calmo tudo, mas se na residência tem sinal de violência a gente no mínimo carrega ela ou ele com contenção física na ambulância né, porque a ambulância em movimento ele pode levantar né, a ambulância é muito pequena qualquer coisa ali na mão dele pode ferir, ele ou a gente e quando ele tá em franco surto, mesmo que ele não esteja agressivo a gente sempre seda ele na ambulância (BRS6).

Ainda sobre a abordagem, relata que já houve incidentes de agressividade com os profissionais do SAMU, realizadas por pessoas com transtorno psíquico ou

com intoxicação pelo uso de substância psicoativa, o que de certa forma preocupa os profissionais quando existe a necessidade de realizar atendimento a essa demanda.

Semana passada mesmo eu tive uma enfermeira agredida, bem complicado, volta e meia tem um da equipe agredido se foi semana passada tive uma enfermeira, no fim do mês passado tive um médico que foi agredido também, porque eles em surto assim eles tem uma força que você não sabe da onde né, as vezes você olha, ne que tem um adolescente que a gente sempre atende menino pequenininho, magrelo assim, que você acha que você vai catar ele. Para nos e preocupante os atendimentos dessa demanda, sempre temos que estar atentos (BR06).

Quando a demanda chega ao serviço por via telefônica e não se caracteriza emergência, a orientação dada pelo atendente é de que o usuário seja levado a um dos CAPS, dependendo a natureza do chamado, ou ainda a uma unidade de saúde. Com relação a informação de sobre a atual composição da Rede de Atenção Psicossocial no município, afirma não ter muito conhecimento, embora já tenha participado das reuniões do Comitê de Urgência e Emergência, no qual foram tratados temas afetos a assistência em saúde mental e a rede de atendimento, sobretudo a necessidade da criação de um protocolo para estabelecer o fluxo do SAMU com relação ao transporte nos casos de emergência psiquiátrica.

Nossa eu tô assim bem por fora, o que eu sei assim o nosso, a nossa referência para paciente em emergência psiquiátrica né, é o hospital municipal né, e aí lá eles atendem tanto a nossa demanda transferência de unidade e busca espontânea né, porque algumas famílias quando identificam um surto eles já levam o paciente direto para lá, sem intermediário e eu sei que esses pacientes, eles são identificados no posto de saúde né, e daí eles são encaminhados para o serviço de Psicologia né, aí a gente tem o CAPSAD, o CAPS normal e eu acho que o CAPS infantil está para ser implantada se não tiver galera. Na verdade a gente tem tanto comitê de urgência e emergência, que eles têm participado mais, mesmo porque a gente tem tentado acertar esse protocolo de encaminhamento de emergência psiquiátrica da melhor maneira e tem um comitê de saúde mental, que aí eu é que não estou conseguindo ir porque a reunião do comitê deles é sempre no final do mês e fim do mês para mim é sempre uma loucura aqui e aí eu não tenho conseguido ir, mas tem sim (BRS8).

Identificou-se que o serviço já foi convidado a participar de duas capacitações em saúde mental, uma delas organizada pela Secretaria Estadual de Saúde, que acabou não sendo realizada pelos profissionais do SAMU e outra “ *aqui no município, mais específica para capacitação no atendimento a abordagem paciente em urgência psiquiátrica*” (BRS8), na qual participarm o SAMU os Prontos-socorros

e as UPAS e o CAPS também, o pessoal do CAPS. A partir de todos os relatos já evidenciados no processo de coletas de dados, com relação a atuação do SAMU, indica de fato a necessidade de se avançar nas discussões sobre o protocolo, para dar uma organização aos fluxos de abordagem, orientações aos usuários, conduta e transporte para a internação.

Existem três Unidades de Pronto-Atendimento em Foz do Iguaçu e realizamos a visita em uma delas, localizada em bairro não muito afastado do centro da cidade. Sua estrutura física é ampla e está em bom estado de conservação e a Unidade chega a realizar uma média de 300/400 atendimentos diários e sua equipe é composta por médicos clínicos, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistente social, farmacêuticos, dentista e pessoal de apoio. Sobre a procura de atendimento nas situações que envolvam usuários de substância psicoativa e/ou transtorno psíquico, identificou-se que os atendimentos a essas demandas deixam os usuários que estão aguardando o atendimento desconfortáveis, devido ao estado que chegam, podendo estar agressivos e agitados.

O que a gente percebe assim que não tem uma estrutura para receber a esses pacientes, porque muitas vezes a gente recebe eles, as vezes está no período de crise a gente deixa ele no ambiente comum não é porque nossas observações ação comunitária, então muitas vezes causa esse transtorno em outros pacientes né porque a gente não tem um lugar específico para acomodar esses pacientes a contenção às vezes tem que fazer física, química né então até depois que fazer isso gera transtorno de para equipe né porque demanda de pessoas para cuidar de paciente e uma atenção devida né isso deixa de atender um paciente, e você não tem um ambiente assim específico né que você possa ter cuidado desse paciente, a gente tem essa dificuldade mais dados estatísticos não levanta muito (BRS9).

Com relação a ofertas de capacitação, constatou-se que ela ocorre mais entre os serviços atenção básica e especializada “[...] quando eu estava na base participava muito, na base tem mais, aqui na urgência emergência não temos quase treinamento” (BRS9). Revelou ainda que essa é uma das principais dificuldades na assistência psiquiátrica, sendo necessário ações que qualifiquem os profissionais sobre as melhores formas de abordagem e encaminhamento das situações envolvendo o transtorno psíquico.

Eu acho que é mais a qualificação. Hoje nós vimos uma situação no treinamento e tal de contenção física é preciso primeiro saber como abordar, contenção física você pode treinar 22 horas, eu falo por experiência, às vezes no SAMU pega três, pega dois, pega um, mas na hora que acontece

no quartinho no negócio no banheiro você não tem mais você tem regra você faz, a condição física ela muda, mais contenção na abordagem, então nós, vamos nos aperfeiçoando. Exatamente, existe a partir da abordagem, desejar partir para contenção. Porque sabia por que vai levar aquela conversa então vou fazer já, então é a demonstração da falta de treinamento específico, é isso que falta a todos nós. Uma orientação melhor para entender os problemas de saúde mental que, eu vou te falar a verdade todo mundo não gosta que ter paciente de saúde mental (BRS9).

De acordo com as normativas da Ras/Raps, a Atenção Hospitalar deve ser constituída de enfermaria especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência para Atenção as Pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. O município de Foz do Iguaçu conta apenas com uma Unidade Psiquiátrica, na estrutura do Hospital Municipal e tem capacidade de receber até 16 pacientes. Não existe o segundo equipamento no município, embora se encaminhem via central de leitos, pacientes para internação em hospitais com essa característica.

Na atenção hospitalar⁷⁰, verificou-se que as condições estruturais não oferecem condições para o atendimento, conforme as normativas legais estabelecidas na Política de Saúde Mental.

Vou te falar de forma muito objetiva, depois respondo mais detalhado no e-mail. A situação aqui é difícil, a estrutura da unidade não oferece estrutura necessária para a internação psiquiátrica e já teve fugas. Quando um paciente fica muito agitado, a gente tem que conter, não tem um lugar para eles saírem, conversarem, um pátio assim, por isso que se prioriza que a internação seja no máximo em 07 dias, mas vou te explicar tudo direitinho depois, tenho que aplicar uma medicação agora, desculpe (BRS10).

A constituição da Raps ainda prevê a Atenção Residencial de Caráter Transitório, a ser implantada com a criação de Unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil para dependentes químicos e Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas) como componentes da rede. Em Foz do Iguaçu a implementação das Unidades de Acolhimento já foi reconhecida como uma

⁷⁰ Como já relatado na introdução desse trabalho, a entrevista com representante da Unidade Psiquiátrica do Hospital Municipal foi muito prejudicada, pois inicialmente a profissional pediu que apresentasse e explicasse todo o roteiro de entrevista, situação que foi interrompida por várias vezes pelas demandas da unidade. A entrevistada, assinou o Termo de Livre Consentimento Esclarecido e quando íamos de fato realizar a entrevista, mais interrupções houve e quando ela voltou relatou apenas questões gerais e solicitou que enviasse o roteiro que posteriormente me entregaria, porém apesar das solicitações tal fato não ocorreu.

necessidade e está tramitando atualmente via Ministério Público⁷¹ um processo cobrando da Secretaria Municipal de Assistência Social e Saúde a implementação do equipamento. Com relação a Comunidade Terapêutica existe apenas uma em funcionamento no município, porém não é credenciada com o governo municipal, não se constituindo em um componente da Raps.

Constatou-se em nível de gestão um processo de transição, haja visto que a atual coordenadora assumiu a pasta há apenas um mês e está ainda tomando conhecimento da assistência em saúde mental realizada no município⁷². De forma bem objetiva, relatou os problemas que até então havia identificado na Rede de Atenção Psicossocial, destacando que considerava a estrutura existente insuficiente para atender a demanda de saúde mental e dependência química no município.

A Rede não é suficiente, nós temos uma demanda no CAPSi de mais de um paciente celular em atividade, nós temos assim acolhimentos diários de pacientes novos também um número bem recessivo o CAPSad também mais de mil pacientes em atividade acompanhamento ativo, também tem demanda reprimida o CAPS2 também tem mais de mil pacientes a questão é que para CAPS especializada, agora o quanto essa demanda ou esse acolhimento novo chega para nos e ele sofreu uma classificação de risco, não, não sofreu, acho que isso é um dos nosso "H" hoje, a atenção primaria que é nossa parceira primordial que é a ali é a porta de entrada ela não faz a classificação de risco, então chega ate os CAPS para o acolhimento, e ali que é a classificação de risco e muitas vezes ele não é um paciente de CAPS a grande maioria esse é o nosso problema não é só ele estar ali no CAPS é porque o acolhimento é feito pela equipe e essa classificação de risco se ela tivesse a classificação prévia bem estruturada que existe uma estrutura, nos recebemos treinamento do que não foi efetivado ainda mas eu acredito que isso ajudaria muito a diminuir essa demanda. (BRS5).

Sobre a sua proposta para a gestão destaca que pretende ampliar os serviços, retomar o Matriciamento em saúde mental, melhorar a estrutura física dos serviços e conseguir contratar profissionais para suprir a demanda de recursos humanos nos serviços.

Ampliar os aparelhos né que nós temos que ampliar, melhorar, agregar a equipe os profissionais necessários também né reestruturar a rede, inclusive essa questão de articular com a atenção primaria ai e o matriciamento que esse mês ficou tudo meio parado. Assim como é urgente a melhoria nas estruturas onde funcionam os CAPS (BRS5).

⁷¹ Para saber mais: <https://redesuldenoticias.com.br/noticias/foz-do-iguacu-tera-que-implantar-unidades-de-acolhimento-para-dependentes-de-crack/> Acesso em jan/2018.

⁷² A entrevista foi breve e a maioria das perguntas não foi respondida em razão de estar há pouco tempo na gestão de saúde mental no município.

Sobre o impacto a saúde mental devido a proximidade territorial das cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, tanto na constituição da demanda atendida, quanto nos serviços oferecidos a ela, verificou-se, sobretudo na questão da drogadição que a localização das cidades na região de fronteira, é determinante tanto no desenvolvimento para a dependência química em razão do barateamento da droga e da facilidade em trazê-la do Paraguai ao Brasil, conformando-se ainda como uma área de grande desenvolvimento de narcotráfico.

Por outro lado, a questão das condições de trabalho, em especial de pessoas que o realizam de maneira informal na região da Ponte da Amizade, são elementos de forte influência para o desenvolvimento de transtorno mental, associado ainda aos fatores que apontam grandes índices de criminalidade e violência em toda essa região.

Porque eles frizam muito com droga, eles frizam muito nessa ponte, mas aqui tem de tudo. A gente tem contato com isso, e é claro que isso vai encaixar numa hora ou outra num problema. A facilidade que você tem hoje em Foz do Iguaçu, o acesso as drogas de vários tipos, é muito grande. Não é a toa que é uma das cidades que uma incidência de morte de adolescente no Brasil. Sim, isso implica sim na personalidade, no caráter e na, educativo do cara e a predisposição do indivíduo para surtar e psicotizar (BRS3).

[...] estamos num lugar de fronteira, aqui o custo de uma droga, do crack é muito mais baixo que em São Paulo, Curitiba então toda semana chega um indivíduo fora do município buscando essa facilidade (BRS4)

Com certeza, por essas facilidades de fronteiras, por todas essas facilidades de acesso a droga, e o sofrimento também psíquicos das pessoas aqui nessa cidade, a questão da mudança econômica de Foz do Iguaçu, Foz do Iguaçu tinha trabalho formal com a questão da ponte, que de certa forma tinha um poder aquisitivo muito bom de trabalho formal que hoje a repressão que existe as pessoas como tem que ir a busca de outros trabalhos e daí a qualificação para eles estão hoje você sabe que Foz é uma cidade que a economia esta centrando no turismo, mas tem que te qualificação para turismo não só falando português que você vai conseguir um emprego bom salário já mesmo trilingue vais ser difícil imagina, então tudo isso né toda essa parte aqui, esse uso e abuso de substâncias químicas, tudo isso contribui e contribuiu e fez aumentar os índices. (BRS5).

Essas características, além de contribuírem direta e significativamente na constituição e aumento da demanda de saúde mental e dependência química na região, impactam não só os serviços locais de saúde, como também os de Assistência Social, considerando que um importante contingente de pessoas chega nessa região, de passagem ou mesmo para ficar, muitas delas de nacionalidades distintas da brasileira e acabam expostas as mais diversas condições de vulnerabilidade social, sendo demandados ao município ações de proteção social a

esses indivíduos. A questão dos estrangeiros, é ainda mais difícil de ser encaminhada, pois eles não conseguem acessar os serviços de proteção social que não sejam caracterizados como emergenciais.

Às vezes dificultam né porque assim é muita gente que passa, muita gente que vem né, e aí é muita gente que aparece você tem que ficar por que estão um monte de haitiano lá no meio, aí vira lá aquela coisa, você tem que dar um jeito aos haitianos porque eles estão ali, entendeu, então vira muita notícia, estão fazendo malabarismo e usando droga e não sei u que, a gente não tem esse apoio do consulado lá, então você não tem que oferecer você só ouve e também às vezes penso, não sabe, eu sinceramente nunca soube o que fazer junto com a secretaria da assistência, era algo que a gente compartilhava. E para piorar se é estrangeiro e não tem documentos, não consegue acessar a maioria dos atendimentos (BRS2).

Por fim, a implementação da Política de Saúde em Foz do Iguaçu na sua estrutura formal é caracterizada pela quase totalidade de equipamentos previstos na Rede de Atenção Psicossocial; pela orientação minuciosa quanto ao funcionamento dos serviços previstos na política; pela incorporação da Câmara Técnica de Saúde Mental como elemento inovados na atenção em saúde mental. Tais condições não garantem por si só que a implementação no município seja bem-sucedida, havendo problemas, sobretudo na interação entre os componentes da Raps.

Na estrutura substantiva verifica-se que a alta capacitação da rede especializada em saúde mental vem colocando o tema em destaque no município, expressado, por exemplo no atual processo movido pelo Ministério Público para a criação das Unidades de Acolhimento para usuários de substância psicoativa em todas as faixas etárias. A principal dificuldade nessa estrutura recai sobre os conflitos entre a rede especializada e os outros componentes, sobretudo pela inexistência em se estabelecer fluxos para o encaminhamento entre as redes

Na estrutura material, evidenciou-se que o investimento em saúde mental sofreu cortes importantes na última gestão, e além da necessidade de reforma e ampliação em quase todos os equipamentos, o quadro de recursos humanos precisa ser acrescido de forma compatibilizar sua composição com as normativas legais. Na estrutura simbólica evidencia-se que as pessoas com transtornos psíquicos e/ou ainda sofrem com o preconceito e estigma da comunidade e dos profissionais de saúde.

4.3.2 A implementação Redes Integradas de Sistemas de Saúde – RISS e a Linha de Cuidados em Saúde Mental em Ciudad del Este (PY).

Na estrutura organizacional de assistência em saúde, Ciudad del Este corresponde a 10ª Região Sanitária, junto com os demais 21 distritos que compõem o Alto Paraná, responsável pelo atendimento de aproximadamente 773.303 habitantes em uma área de 14.895 km². A população dessa região é composta por 51 % de homens e 49% de mulheres e possui uma ampla diversidade de culturas que convivem em um mesmo território; paraguaios, povos indígenas, imigrantes estrangeiros e, apesar de ser uma das zonas mais produtivas do país, a má distribuição da riqueza ocasiona um perfil social caracterizado por um alto número de lugares que não atendem necessidades básicas de saúde, elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, alta porcentagem de pessoas sem acesso a serviços de saúde e outros indicadores que colocam a população residente nessa região em risco social (PARAGUAY, 2016b)

Na gestão das ações em saúde, a composição da organização governamental para esta área está a cargo do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social, Congresso Nacional, Organizações Não Governamentais e Agências de Cooperação e Itaipu Binacional, que pode apoiar a implementação de ações e serviços. A nível departamental a *Gobernación* do Alto Paraná lidera as políticas nacionais de desenvolvimento e articula recursos para o seu financiamento. A Secretaria de Saúde da *Gobernación* é a instância responsável das políticas de saúde e preside o Conselho de Saúde, espaço formal de participação de conselhos locais responsáveis pelo recebimento e administração de recursos financeiros. A 10ª Região Sanitária do Alto Paraná é a autoridade departamental do Ministério da Saúde e Bem Estar Social responsável pela administração e coordenação, a nível departamental e as Universidades, que contam com programas de especialização para as necessidades do departamento (PARAGUAY, 2016b).

Atualmente a rede de atenção em saúde mental é constituída de um Ambulatório de Saúde Mental, na atenção especializada, e 14 Unidades de Saúde da Família. Na atenção especializada, não identificamos em Ciudad del Este o Centro Comunitário de Saúde Mental e o Centro Ambulatório de Especialidades,

assim como na atenção a Urgência/Emergência e Hospitalar não existem os serviços especificados na Política de Saúde Mental do Paraguai.

Não é possível precisar exatamente o período que marca a atenção em saúde mental em Ciudad del Este, porém, a partir das informações obtidas na coleta de dados, podemos referenciar a década de 1980 como o início das primeiras ações envolvendo o atendimento de pessoas com transtorno mental, inicialmente realizada por um médico, sem especialização em psiquiatria que gostava de estudar comportamento humano e atendia na rede pública do município padecedores de enfermidades mentais “ *por su autoconocimiento, era el único que entendía algo de salud mental en Ciudad del Este y pasó a ser el psiquiatra de referencia*”(PYS2).

A primeira contratação oficial do Ministério da Saúde e Bem Estar de médico com especialidade em psiquiatria para Ciudad del Este, que na época contava com apenas 60 psiquiatras em todo o país, ocorreu nos anos de 1986, sendo que nessa região não havia nenhum serviço público de referência em saúde mental nesse período.

Y cuando yo me presenté en el Ministerio con mi título de especialista, porque acá todavía había muy pocos especialistas, cuando yo vine había 60 especialistas para todo el país. Les dije que iba venir a trabajar aquí, a Ciudad del Este; todo el mundo me aplaudió y felicitó porque acá no había nada (PYS2)

A profissional, formada na Argentina e com atuação clínica na área de psiquiatria há dez anos naquele país, foi contratada inicialmente como clínica e o início das atividades laborais foi marcado por muitas adversidades, sobretudo pelos escassos recursos financeiros e a falta de um espaço físico para realizar atendimento aos pacientes com transtorno mental, consultados naquele momento, de maneira voluntária pela médica na guarita de entrada do Hospital Itaipu, hoje Hospital Regional, que atualmente acomoda o Ambulatório Especializado de Saúde Mental em Ciudad del Este.

Él lo que hizo acá en el hospital era a voluntad; después llegué yo a trabajar para lo que en ese entonces era Hospital de Itaipu, no tenían ellos tampoco un Programa de Salud Mental y como ya sabía que yo era Psiquiatra me contrataron como clínico; pero en realidad todos los casos de psiquiatría los empecé a atender yo, empezaron a derivarme todos los casos. En 1997 vine al hospital, porque quien era Directora del hospital en ese momento me conocía, fuimos compañeras de facultad y yo le dije que yo quería trabajar para el hospital. Yo estaba a un ritmo de trabajo acelerado allá y acá no pasaba mucha cosa. Entonces ella me dijo si, pero no había rubro, que si yo quería venir sin problemas podía pero no había rubro. Bueno, me dijo veni acomodate porque lugar tampoco hay; entonces yo venia los sabados a la

guardia y en la guardia el portero del hospital me empezó a derivar pacientes. Todo ese año 1997, trabajé ad honorem los sábados con los pacientes que se fueron armando, pacientes siempre hay el tema es quien los atiende (PYS2).

Nos anos de 1998, houve mudanças positivas na assistência em saúde mental, com a nomeação da profissional como psiquiatra, a cedência de espaço físico na estrutura do Hospital Regional e a criação de um serviço de referência em saúde mental no município vizinho – Pedro Juan Caballero, dependendo, para seu funcionamento da vinda de uma equipe de médicos psiquiatras itinerantes, procedentes de Assunção, em datas pré-determinadas para atender a população.

En ese momento no había nada estructurado, para mitad del año 1998 la Secretaría de Salud Mental de Asunción, que sabían que yo estaba acá. Habían ya formado la Unidad de Salud Mental en Pedro Juan Caballero, sin psiquiatras porque no había psiquiatras; había un cuerpo de médicos psiquiatras itinerante que iba y le entregaba a Pedro Juan Caballero, había un asistente social y un cura que quisieron generar eso. Entonces se formó en Pedro Juan Caballero y de ahí vinieron para acá, seguía siendo el Dr. Aristibo el director y como yo estaba acá, ahí se gestionó mi nombramiento. A fines de 1998 yo fui nombrada y me dieron un espacio físico a lado de la morgue, me dieron una ayudante, una enfermera que empezó a ayudarme un poco (PYS2).

A partir dos anos 2000, iniciam-se no Paraguai, as cobranças da Organização Panamericana de Saúde no atendimento das diretrizes pactuadas na Declaração de Caracas nos anos 1990, para implementação de uma rede comunitária de saúde mental, o que ocasionou a elaboração do Primeiro Programa de Saúde Mental do país, tendo a participação de uma profissional de Ciudad del Este em alguns encontros de planejamento, ocorridos em Assunção. Até os anos de 2004, havia uma única profissional de referência de atenção em saúde mental em Ciudad del Este e municípios próximos, situação que perdurou até os anos de 2008, quando se realizou a contratação de outra profissional recém-formada, proveniente da primeira turma de medicina com especialidade em psiquiatria formada no Paraguai.

Essa precariedade na assistência em saúde mental confirma a secundarização que o tema ocupava na agenda governamental do país, que só passa a “*tener interés a partir de que la OPAS puso presión y desde que el gobierno cambió de política*” (PYS2) para o cumprimento das ações previstas. Ademais, só eram disponibilizadas em Ciudad del Este consultas psiquiátricas, em local precário e os pacientes tinham que comprar todas as medicações prescritas, pois o aparato governamental não fornecia, situação que se alterou somente nos últimos 6 anos.

A cedência de um espaço próprio para a instalação desse serviço só ocorreu nos anos 2017, evidenciando que a assistência psiquiátrica nesse local demorou longos anos até ter sua relevância reconhecida. Como já relatamos na exposição desse estudo, não foi relatado pelos entrevistados qualquer ação inovadora na saúde mental com a institucionalização da primeira política de saúde mental do país, nos anos de 2002.

Essa forma de assistência psiquiátrica foi desenvolvida até 2011 quando de fato é criada a Política Nacional de Saúde Mental do Paraguai (2011-2020), que institui a atenção em saúde mental através das Redes Integradas de Serviços de Saúde – RISS, que por sua vez conformam Rede de Atenção Primária em Saúde, Rede de Atenção Especializada Ambulatorial, Rede de Atenção as Urgências, Rede de Atenção Hospitalar e outras redes complementares, além da Linha de Cuidados em Saúde Mental. Cada nível de atenção prevê ações nessa área, sendo as Equipes de Saúde da Família responsáveis por essa linha de cuidados na atenção básica. Em Ciudad del Este, existem catorze Unidades de Saúde da Família em funcionamento.

No processo de coleta de dados nas Unidades de Saúde da Família, equipamentos responsáveis pela atenção primária em saúde mental, identificamos que os serviços estão localizados em diversas regiões da cidade, incluindo áreas de reassentamento urbano. A estrutura dos equipamentos de saúde em sua maioria é ruim ou precária, sobretudo nas regiões mais afastadas do centro urbano. As Unidades atendem entre 500 e 1500 famílias na sua abrangência territorial e os gestores dos serviços estão formados, em média há 06 anos.

Em relação a composição do quadro de recursos humanos, todas as unidades contam com médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem e apenas um dos serviços integram Agente Comunitário de Saúde. Em referência a demanda de transtorno psíquico e drogadição que procura as Unidades, as respostas variavam em identificar a situação, a maioria referenciando muitos e outras unidades nenhum caso.

Depresión y tenemos esquizofrenia, tenemos síndrome depresivo tenemos bastante. Justamente la ciudad está pasando por una crisis económica entonces muchas veces la gente tiene que cerrar negocios, tenemos cuadros depresivos importantes. Trabajamos con la gente del Hospital Regional, como somos vecinos al Hospital entonces tenemos esa facilidad, hacemos interconsulta con psiquiatría. Yo lo que hago más bien es el

seguimiento. Pregunto, te estas yendo a tu control, veo si hay que ajustar algún medicamento, si hay abandono y más también, como ya llevo tiempo ya acá en la unidad, porque prácticamente desde que empezó la unidad estoy yo. Me gané la confianza del barrio como tal entonces, por confianza me voy mucho a ver entonces es más seguimiento lo que yo hago, no es, tal vez hago hasta la detección y envío al Hospital para su interconsulta y ya después su seguimiento con es apersona. Tratamiento ya también, pero muy poco (PYS6).

Aquí, tengo. Existen personas sobre todo por abuso de sustancias, no se si por sustancias te referis a cualquier tipo de droga, existen pero no todos vienen aquí. Nosotros sabemos por lo que la gente nos informa y nos dice. Solamente tengo una persona, que es por el consumo de alcohol. De depresión sí, tengo dos casos lo que son con depresión, de los cuales un si ya viene con un tratamiento largo, un tratamiento anterior. Medicada, ya medicada, creo que era certalina si no me equivoque la medicación. Pero que ella sabe la depresión que tiene y que si esta con tratamiento (PYS7).

Es muy poco lo que viene por trastornos, para atención en salud mental. Nosotros le derivamos todo a la mayoría, a los que sospechamos que le está pasando sea síndrome de pánico, depresión o algo lo derivamos al Hospital Regional a la parte de Salud Mental. De drogodependencia habrán venido dos por pedido de los familiares. Uno vino para hacerse un testeo por que le iban a internar en Brasil y otro hacia Asunción. Pero no suele concurrir mucho la gente por esos problemas (PYS10).

En realidad diagnosticado mismo no tengo, por mí. Hay muchos casos que de repente hay que hacer seguimiento que una u otra vez vienen por consultas rápidas a veces no podemos hacer el interrogatorio. Más trastorno de ansiedad, uno que otra fobia y tengo diagnosticado con psiquiatra ya, con tratamiento dos con trastorno bipolar. Una que vienen a consultar acá, tres trastorno de depresión, tratado, medicado (PYS12).

Como característica geral, as Unidades de Saúde da Família realizam os seguintes serviços: atendem e medicam os casos leves, porém existe uma preferência em encaminhar os usuários ao Ambulatório de Saúde Mental para diagnóstico, tratamento e acompanhamento e, nas situações em que o usuário precise dar continuidade ao tratamento e sua consulta no ambulatório demore, os clínicos prescrevem o medicamento indicado pelo psiquiatra.

Con esas personas y generalmente lo que hace el doctor es bueno, aparte de primero por recepción le ficha todo el técnico de su situación todo, le completa toda la ficha, le revisa todo lo que sea tarjeta vacunación todo y después ya pasa con el médico. Y dependiendo de la situación el medico realiza su intervención pero en este caso si es por el tema Salud Mental derivamos. Tenemos allá nuestra cabecera que es el Hospital Regional, entonces contamos con el servicio y lo que hacemos es derivar y posterior a eso lo que hacemos es un seguimiento, para saber si está, si se va, si sigue. Ese es nuestro trabajo como USF, detectar, aparte de prevenir nosotros lo que hacemos es detectar y posterior a la detección si nosotros podemos solucionar acá se soluciona. Si no, se realiza un seguimiento o podría ser un seguimiento conjunto (PYS8).

As situações envolvendo uso de álcool e outras drogas também se destacam na coleta de dados, sendo identificados “ *muchísimos pacientes con dependencia de sustancias, viene de años*” (PYS11), especialmente entre os jovens.

Tenemos sobre todo en población adolescente, sobre todo drogas. Nosotros tenemos pacientes que acuden acompañados de sus padres sobre todo. Porque muchos y la gran mayoría es con conocimiento sus padres que consumen algún tipo de sustancia ilegales (PYS4).

Constatou-se que a procura por serviços nessas unidades dá-se por pessoas de diversas nacionalidades (uruguaio, boliviano, argentino, coreano, chinês, entre outros) e o atendimento é oferecido sem necessidade de comprovação de documentação paraguaia. Entre as ações de saúde mental desenvolvidas nas unidades, destacou-se as realizadas no acompanhamento pré-natal, sobretudo com relação a depressão pós- parto.

Depresión post parto sí. Justamente el 1 de diciembre tuvimos nuestro cierre de la psicoprofilaxis y ahí se trató, uno de los temas seria la depresión post parto, el rechazo la niño, el no querer dar de mamar, todos esos temas. Hace un mes nomas tuvimos nuestro cierre, se trató a grandes rasgos (PYS5).

Así como te digo, hacemos una entrevista. La licenciada ella se encarga la parte de planificación y embarazadas. Hacemos las entrevistas, tenemos un formulario que nos dieron en el Ministerio para saber si tuviste antecedentes después del parto de un cuadro depresivo, algo así. Es un test, si hay aparece algún signo, algo en la sumatori (PYS12).

Desde a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, nos anos de 2011, a Diretora de Saúde Mental do Ministério de Saúde e Bem Estar, vem promovendo capacitações junto as Equipes de Saúde da Família de todo o país, de maneira a publicizar o conteúdo da política, sobretudo o Manual de Manejo Clínico na Atenção Básica de Saúde. Constatou-se que nas nove unidades visitadas, cinco médicos realizaram a capacitação, sendo que os outros profissionais que não pertencem a área médica, referiram que o médico (a) da Unidade havia concluído o curso em saúde mental. Foi realizado uma convocatória para que os médicos das Unidades fossem os primeiros a realizar os cursos, e como essa atividade continua ocorrendo e abrindo vagas, aos poucos outros profissionais estão tendo a oportunidade de realizar o curso, que enfocou em um primeiro momento o manejo clínico, não tratando de questões referentes a reorientação psiquiátrica, referendada na Política de Saúde Mental.

Si, en mi caso yo llegué a, a ver estamos en 2017, en 2016 recibimos una capacitación que se realizaba, prácticamente 6 a 7 meses que realizamos una vez por mes. La capacitación con una doctora, no me acuerdo el nombre, una especialista. De Asunción, teníamos en el Hospital Tesai en el Área 2. En cada mes era un tema diferente de cómo abordar, casos de ansiedad, depresión, trastorno bipolar, todo eso. Manejo clínico (PYS6).

Si, la mayoría de los médicos estuvieron haciendo el curso de Salud Mental. Particularmente la doctora con la que yo estaba trabajando estaba haciendo un curso de Salud Mental y tengo entendido que el doctor también llegó a acudir, incluso hace poco yo le pregunté si él seguía con el tema del curso y me dijo que se fue unas 2 oportunidad o 3 y que luego quedaron en volver a avisar porque creo que se estaba desarrollando por módulos no sé, tenía entendido pero en mi caso particular nunca asistía ninguna capacitación de Salud Mental. No era tan exclusivo a los médicos, así en la primera, tuvieron en realidad 2 tipos de convocatoria, en la primera que acudieron solamente los médicos. Luego he visto que salía una lista con algunas compañeras licenciadas que acudieron a los cursos, pero en mi caso no fui convocada para ese tipo de capacitaciones (PYS9).

Prácticamente foran estudiados los temas más frecuentes que vamos a encontrar en la Unidades de Salud, el tema es saber identificar a tiempo las enfermedades para saber derivar a tiempo también, prácticamente eso. No tanto tratar, saber las urgencias en el caso de que vengan un caso así de crisis (PYS12).

Essa ausência de informações sobre o desenho mais geral da Política de Saúde Mental, sobretudo nos seus fundamentos orientativos do modelo de atenção nos processos de capacitação, impacta negativamente a implementação da nova proposta, que tende, nesse modelo atualmente empregado no país, a ser reduzida a orientações sobre o manejo clínico de usuários atendidos na atenção básica de saúde. Por outro lado, considerando a jovialidade da política, esse enfoque pode ser uma primeira etapa de implantação das ações programáticas previstas. Ainda assim, destacamos que as práticas dos agentes implementadores, ou denominados burocratas de nível de rua de médio escalão, são importantíssimas nos processos de implementação, considerando o seu fazer profissional é mediado pela discricionariedade, que por sua vez, é imbuída não só de vivências pessoais e profissionais, como também definidas de acordo com as atualizações de conhecimento no campo profissional. Essa situação, no Paraguai é reforçada em razão de as Universidades de referência em formação profissional em saúde do Paraguai, não contemplarem nos seus planos de formação as discussões que envolvem a Reforma Psiquiátrica.

Si, existen 2 lugares donde se forman psiquiatras, en la Universidad Nacional (Hospital de Clínicas) y en el Hospital Psiquiátrico, y los que se

forman en el Hospital Psiquiatrico tienen la visión solamente psiquiatrica y van a salir saliendo chicos jóvenes con una visión biologicista y sin saber nada de lo que son los procesos, el de la Universidad Nacional tiene un poco mas la formación, porque hay gente ahí que tiene el conocimiento entonces, también no porque este en un programa precisamente pero si la gente cuenta, como yo digo; yo enseñé psicopatología en psicología pero no es para hablar de la reforma, pero yo hablo de la reforma (PYS1).

En la carrera, nosotros tuvimos la materia de Introducción a la Psiquiatría pero fue muy teórico. Los que queríamos ir avanzando en eso teníamos que ir investigando o buscando alguna especialización.No absolutamente, no se tienen ningun componente que trata a Reforma Psiquiátrica y Política de Salud Mental, por lo menos en lo que respecta a la formación del psicólogo (PYS2).

Sob essa lógica, identificou-se profissionais atuando na rede de atenção básica de Ciudad del Este, sem conhecimento sobre a reorientação na assistência psiquiátrica em curso desde a Declaração de Caracas, tanto pela ausência de estudo dessa temática nos cursos de capacitação em curso, quanto pela inexistência desse conteúdo no processo de formação profissional. De todos os profissionais da atenção básica entrevistados, apenas dois relataram ter ouvido falar da Reforma Psiquiátrica, destacando que a formação, na área de psiquiatria, era voltada a conhecer as principais doenças e seu tratamento medicamentoso.

En my formación no hablaran sobre salud mental, apenas manejo clínico (PYS11).

Practicamenten no se hablo sobre salud mental en Universidad (PYS9).

He estudiado psicopatologías y farmacología en salud mental, pero la política de salud mental y la reforma psiquiatrica no (PYS6)

A rede de atenção básica, sobretudo as organizadas com a lógica de atendimento pelas Equipes de Saúde da Família, apresentam potencial de estabelecer, com um grande número de famílias da comunidade contato próximo, sendo capaz de promover a partir dessa proximidade vínculos que podem se tornar instrumentos de melhoria das condições de saúde da população, reforçando a importância da atuação dos agentes implementadores para a consolidação da Política de Saúde Mental de base comunitária.

Sobre a rede de atendimento proposta com a institucionalização da Política de Saúde Mental no Paraguai – RISS, constatou-se um desconhecimento por parte dos profissionais das Equipes de Saúde da Família sobre as ações e serviços previstos no seu conteúdo, sobretudo a Linha de Cuidados em Saúde Mental, e a única instituição de referência para o encaminhamento de situações envolvendo

transtornos psíquicos e drogadição continua, embora tenham decorridos sete anos da implementação da política, é o Ambulatório de Saúde Mental, anexo ao Hospital Regional.

Servicios de referencia para encaminarlos es con psiquiatra no Hospital Regional, en ambulatorio (PYS7).

Aquí nuestro hospital cabecera es el Hospital Regional y ahí una o dos psiquiatras y ese es nuestro cabecera (PYS12).

Y nos outros derivamos ao Hospital Regional (PYS5).

Y prácticamente pouco o nada tenemos de conocimiento con relación a eso e derivamos ao Hospital Regional (PYS9).

A questão do preconceito e estigma, tanto com as pessoas sofredoras de enfermidades mentais quanto por usuários de álcool e outras drogas foi averiguada, indicando a necessidade de medidas de educação continuada junto aos profissionais, familiares e sociedade em geral, para seja promovida o que está previsto como ação na Política de Saúde Mental do Paraguai - “*desmanicomializar la cultura*”.

Exactamente, porque un cuadro depresivo para que yo logre una interconsulta, cuadro depresivo leve a moderado, para que yo consiga interconsulta con el hospital cuesta mucho porque el paciente no se siente enfermo entonces tiene ese preconceito (PYS6).

Sí, hay mucho preconceito, mucho, mucho. Más todavía por los, por los propios familiares, ellos vienen a la consulta cuando ellos no saben más que hacer con el paciente. Es tipo, ya hicimos todo, no sabemos más que hacer y le dejamos a su cargo, eso es lo más frecuente. No sabemos qué hacer, la gente mismo no sabe qué hacer cuando tiene un paciente que esta con depresión o que esta con un problema, una crisis del momento (PYS12).

As questões culturais no trato a saúde e sobretudo a saúde mental são reforçadas no país pelas de ordem espiritual, tanto no que se refere ao entendimento da doença mental quanto no encaminhamento para tratamento. Em Ciudad del Leste há um considerável número de retiros da igreja católica e evangélicas, largamente utilizados pela população, tanto no alívio e melhora dos sintomas, quanto na cura das enfermidades mentais e dependencia química. Tal situação foi “*mucho, muy incidente. En una época fue muy incidente, ahora un poco menos pero todavía sigue siendo asi (PYS2).*”

[...] personas justamente que frecuenta la iglesia que frecuenta ese tipo de retiros espirituales y que vuelven totalmente descompensados, y que de hecho son pacientes que lo que debieran haber recibido es una atención

psiquiátrica y los familiares, porque muchas veces sí tuve casos que no son de acá de mi comunidad, pero son familiares de mis pacientes que necesitan una atención psiquiátrica pero la familia, la mamá se niega a aceptar que su hija está con una necesidad de atención psiquiátrica, entonces la está reteniendo ahí y yo me entero por el familiar, entonces a veces hay una necesidad, una gran demanda sobre todo de educar a nuestra población. Educar a nuestra población y sobre todo a la población mayor de aceptar también que es una patología muy común y que es como cualquier otra patología. Porque muchas veces, específicamente este caso que te estoy hablando es de la hermana de un familiar y es la mamá la que no afecta de su hija en términos y directamente ya dice, mi hija no está loca, ella no está loca; así textualmente dice no está loca y yo no acepto de que ella tenga que asistir a una psiquiatra. Y le está teniendo así nivel de psicóloga, retiros espirituales y la paciente está bastante deprimida y son pacientes potencialmente para que llegue a un suicidio obviamente, porque hace prácticamente un año que está arrastrando entre psicólogo y retiros espirituales. Y nosotros no podemos intervenir porque está en otra ciudad y obviamente nos enteramos a través de la paciente nomás de su caso, y son muchos esos casos que existen en la comunidad. A veces ya se nota muy a legua de que necesita atención especializada y son los familiares los que frenan ese proceso (PYS11).

Específicamente na atenção aos usuários de substância psicoativa, a situação é muito grave, considerando que existe um alto índice de uso de álcool e outras drogas em Ciudad del Este, consumido por crianças, jovens e adultos em situação de/na rua, expostas a um contexto de vulnerabilidade para o agravamento da situação, sobretudo sendo esse espaço um território linha de fronteira, que convive com um amplo número de população flutuante.

Sobre a percepção com relação aos serviços de assistência em saúde mental no município, constatou-se que o único serviço especializado em saúde mental atende acima do seu limite de capacidade, com recursos humanos e financeiros insuficientes, havendo ainda a necessidade de ampliar programas de capacitação e divulgar informações sobre saúde mental e dependência química para a população, orientando-a a procurar tratamento médico para as enfermidades mentais e drogadição.

No, no es suficiente. Hay una red que podes usar, tenes atención primaria, tenes atención que ser el hospital. Pero de que sea suficiente no, porque los psiquiatras del hospital no dan abasto y hay mucha resistencia todavía en las unidades de salud. Las unidades en general cubren solamente el 13 % del total de la población. Entonces queda un amplio campo, en Ciudad del Este por ejemplo, sin recibir atención. No conozco las Riss tampoco la línea de cuidado em salud mental (PYS6)

Sobre el servicio de Salud Mental, yo la verdad que por mi parte me gustaría que haya más, no sé en cuanto a las redes y todo eso como te dije que haya más información. Se haga más publicidad para esas cosas lo que es importante, para que puedan saber ellos mismos dónde acudir, publicidad lo que hace falta ya sea en televisión ya sea radio porque es muy importante.

Hay mucha gente que por desconocimiento mismo no realiza su tratamiento, eso es muy importante. Porque acceder ahora mismo a un psicólogo es carísimo. Yo te digo porque tengo compañeros que entraron en depresión y nosotros mismos salimos y buscamos ayuda, le estamos ayudando a full con esa persona y nos fuimos a averiguar si había un seguro médico que te cubre psicólogo y no te cubren, máximo te cubren una consulta dos consultas, imagínate pagas mensual y vos para que te funcione cuántas consultas tenes que ir en un mes ponele, las consultas son muy costosas, son muy caras. Y acceder al Hospital Regional sabemos también que ahí está sobre saturadísimo esta, saturadísimo esta. Entonces esas son las dificultades que yo veo, hace falta más profesionales que se dediquen a esto (PYS8).

Yo creo que faltaría más, sería estupendo a poder contar con un profesional incluso por lo menos distritalmente hablando. En mi caso por ejemplo si recibo o si llega una persona con este tipo de trastorno me ser difícil, no sabría específicamente como llegar, actuar hablar y todo eso con esa persona; Sería bastante bueno incluso que los tres del equipo pudiéramos recibir ese tipo de capacitaciones por lo menos para tener una idea mínima de cómo tiene que llegar a tratar un paciente especial por ejemplo como en estos casos (PYS9).

Muchísimo falta, muchísimo no sólo acá en Ciudad del Este sino que en toda la frontera me imagino verdad. Yo creo que es demasiado pocos psiquiatras tenemos para la población en si (PYS11).

Sobre a proximidade territorial das cidades gêmeas e o trânsito transfronteiras para o desenvolvimento do transtorno psíquico e da dependência química, bem como o impacto nos sistemas locais de saúde mental, apurou-se que o risco e vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtorno psíquico e dependência química é um elemento definidor para o desenvolvimento desses transtornos entre os residentes na linha de fronteira de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este.

Como ciudades hermanas pero con costumbres distintas a veces hay diseminación, hay personas que por cuestiones laborales salir de una ciudad a otra y por más que sea ahí a la vuelta nomas, están con vecinos nuevos, familia nueva, viviendo en casa nueva en un mundo nuevo. Eso también ayuda. Si. No todos toleran bien salir de una casa para ir a un lugar nuevo, entonces son factores que ayudan a que se desencadenen cuadros psiquiátricos. Acá en Ciudad del Este tenemos muchísimas personas que vienen a estudiar del Brasil, yo soy docente de una universidad. Y hay gente que viene de allá lejos, están solos, lejos de su familia y no tienen a nadie más por acá y terminan sin saber dónde ir a consultar, a veces no es que no tienen deseos, no saben dónde ir (PYS6).

Sí, claro que sí. Influye muchísimo, un punto muy importante. Mejor dicho es uno de los factores, afecta en todas las comunidades por lo menos acá en Ciudad del Este en toda la comunidad. Hay muito adoecimento pelo trabajo informal, violencia, criminalidad, e muchas, muchísimas situaciones de drogadicción nessa região de fronteira (PYS9).

Impacta, impacta muchísimo. Impacta en la familia, sabemos que afecta a todos, a nosotros también por ejemplo el tema de las adicciones no es solamente al paciente que le afecta, a todo su entorno. Nosotros no

trabajamos solamente en la patología y ya, nosotros nuestra función es atender a la familia en su casa, atender a la familia acá entonces, el hecho de que cada vez vemos más el tema de las adicciones na región de frontera. . Más que nada vamos a enfocar en el tema de las adicciones, con el tema de que no hay trabajo, tenemos adicciones, el tema de violencia abarca todo. Violencia intrafamiliar, impacta muchísimo, para todos (PYS10).

De hecho que si impacta bastante. Por más que yo en mi comunidad no tenga muchos casos, si impacta porque hay una exposición, sobre todo en la población adolescente al tráfico, a la prostitución, al abandono familiar. Y hay muchos pacientes con alto riesgo a padecer trastornos mentales por toda esta situación que se da y por toda está exposición que tenemos acá en la frontera (PYS11).

También, ahora en esta época del año vos ves que todo mundo trabaja na frontera, pero después no hay nada. Entonces todo eso también genera un trastorno de ansiedad que es un punto de inicio para otras enfermedades, para otros trastornos. (PYS12).

A questão da drogadição e do abuso de álcool foram identificadas como um grave e crescente problema em Ciudad del Este, intensificado pela inexistência de serviços especializados para tratamento. Constatou-se que as Unidades de Saúde atendem os agravos clínicos decorrentes do uso/abuso de drogas/álcool, porém a maior intervenção adotada é o encaminhamento para o Ambulatório de Saúde Mental. Identificou-se ainda a existência de uma recém-inaugurada Clínica de Desintoxicação em Ciudad del Este

A *Clínica de Desintoxicación Programada* foi inaugurada há um ano a partir da iniciativa de um sacerdote da igreja católica que se mostrava preocupado com a situação, sobretudo, em razão de Ciudad del Este apresentar um grande número de usuários dependentes e não haver um serviço que oferecesse tratamento nessa região. O fundador viajou para o Uruguai, Honduras e Brasil para conhecer os modelos de atenção e criou um projeto que apresentou a congregação, autoridades nacionais e Ministério da Saúde e Bem Estar.

O terreno onde está a Clínica foi doado pela igreja e a estrutura física é constituída de duas unidades separadas, uma destinada a internação para desintoxicação, com capacidade para 20 pessoas e outra já em funcionamento há um ano que atende as situações em regime ambulatorial. A ala destinada a internação ainda em construção, com previsão de entrega para meados de abril, não está em funcionamento e, portanto, não se discutiu sobre como se dará o seu funcionamento, se será destinado leitos a homens e mulheres, tempo de internação e outros aspectos referentes a organização e estruturação do serviço.

Seu horário de funcionamento inicia as 06:00 e vai até as 15:00 horas e todos os seus serviços são gratuitos. A instituição atende por demanda espontânea, ou através de encaminhamentos, oferecendo atendimento ambulatorial para tratamento da dependência por drogas e/ou álcool a crianças, jovens e adultos. Os usuários e, em alguns casos, os familiares frequentam a instituição uma vez por semana para acompanhamento. Seu quadro de recursos humanos é constituído por uma recepcionista, três psicólogos, uma médica clínica e dois advogados que acompanham as situações de determinação judicial para tratamento da drogadição. Quando necessários, os usuários são encaminhados para avaliação no Ambulatório de Saúde Mental. O entrevistado, de nacionalidade paraguaia, estabeleceu quase toda a conversação na língua portuguesa, utilizando em alguns momentos o espanhol, e sua transcrição foi realizada na íntegra, dessa forma, seus relatos serão registrados em sua maioria, em português.

Por enquanto, é muito importante mencionar que a atenção é ambulatoria ainda, que vem o usuário ou o familiar, seja o familiar é atendido aqui num circuito de primeiro passa pela recepção. Ali tem a companheira que faz o cadastro com os dados do paciente e também do familiar. Daí passa com a enfermeira, ela dá uma consejería, faz uma orientação sobre tudo da atenção, também a enfermeira toma os signos vitais, a pressão e tudo isso faz e registra, vai preenchendo a ficha da pessoa. Depois já passa com a doutora ou com o psicólogo começando assim o tratamento ambulatorio. A medica basicamente o que faz é uma avaliação clínica médica, solicita estudos laboratoriais de rotina e também uma avaliação psicológica para saber e no caso de ser necessário passa por uma orientação jurídica. Assim é o circuito, também o sacerdote, o padre vem aqui uma vez na semana, também dae atenção, ajuda espiritual. Mas a mais forte é a terapia psicológica, eles vêm cada 8 dias (PYS13).

A forma de financiamento da instituição é mista, recebendo recursos da *Governación*, da Igreja, da 10ª Região Sanitária, do Ministério da Saúde e Bem Estar e da Municipalidade, o que ocasiona uma série de dificuldades em sua implementação.

O Ministério da Saúde seu compromisso é no convenio foi contratar funcionários da saúde, somos 5 aqui contratados pelo Ministério. Outros, os advogados e a companheira que está ali na recepção, são pagados pela Governação, a instituição paga embora não estava no convenio mais voluntariamente pagaram esses colegas. Depois a parte mobiliária que está ainda postergado pelo Município, os moveis são prestados. Agora ficou de novo a cargo da Governação para o equipamento do mobiliário, equipes de escritório e tudo mais. A construção fez a Governação, ele tem orçamento anual que recebe do governo, então a parte dele é a construção. O local é um terreno doado pela igreja, era parte do Colégio San Jose que fica aqui perto que também é propriedade do padre, e tem que passar para o Ministério, está em processo essa documentação. Mais nós dependemos da

Decima Region Sanitária administrativamente. Mais a manutenção é o problema, ninguém assume a manutenção. Nós estamos fazendo auto-gestão, esse ventilador eu comprei. Estamos trabalhando muito para que os números falem e para que alguém deles (PY13).

Chamou atenção o fato de uma instituição de natureza religiosa utilizar como modelo de atenção a proposta da Redução de Danos, e do sacerdote valorizar a capacitação dos profissionais para o atendimento da drogadição dentro de propostas inovadoras de atenção, inclusive tentado criar uma especialização em Ciudad del Este para capacitar os profissionais, podendo, ao longo do desenvolvimento dessa proposta, se reverter em uma conquista na reorientação da assistência aos usuários de álcool e outras drogas nessa região

Nós trabalhamos com essa perspectiva de redução de danos. Agora, os serviços de saúde em geral não têm a formação para abordar a problemática. Na atenção, o médico poderá atender uma intoxicação mais, coisas básicas depois já derivam aqui. Porque não sabem como lidar, justamente por isso o padre pensou. Mas para mim a missão é fazer especialização, estamos nisso agora. Falta profissionais especialistas, nós estamos em capacitação constantemente com o Centro de Adição que está direcionado pelo Ministério com o psiquiatra dali que tem muita experiência (PYS13).

No seu primeiro ano de funcionamento, foram cadastradas 2000 pessoas, a maioria do sexo masculino, destacando-se o uso de maconha como primeira causa de procura de tratamento entre os jovens e o álcool entre usuários na faixa dos 40 anos. O serviço atende, em média 15 pessoas por dia e buscam estabelecer parcerias com os grupos de autoajuda Alcoólicos e Narcóticos Anônimos para fortalecer suas ações. Todos os profissionais da área de saúde, atuantes na Clínica possuem especialização ou longa experiência com o tratamento da dependência química, se configurando em um importante elemento para o avanço no campo da assistência a esse segmento populacional em Ciudad del Este.

Na Rede de Atenção Especializada, existe a previsão legal de Centros Comunitários de Saúde Mental, funcionando preferencialmente junto ao Centro Ambulatório de Especialidades, podendo ainda estar integrado em hospitais gerais ou distritais de acordo com a disponibilidade de espaço físico. Não existe em Ciudad del Este Centros Comunitários de Saúde Mental, como também não existem Centros Ambulatório de Especialidade.

A indicação registrada na Política de Saúde Mental 2011-2020 é de que exista um Centro Comunitário de Saúde Mental e um Centro Ambulatório de

Especialidades, inclusive para atender situações que envolvam a dependência química, a cada 15 Unidades de Saúde da Família. Ciudad del Este possui 14 Unidades de Saúde da Família, sendo apenas 12 em funcionamento, constatando-se que para o atendimento da população de Ciudad del Este, deveria haver no mínimo 20 Equipes de Saúde da Família, conforme a previsão legal e, pelo menos, um Centro Comunitário de Saúde Mental e um Centro Ambulatório de Especialidades, portando a não existência desses serviços demonstra que no eixo de cuidado especializado não está sendo implementado conforme a previsão legal que consta na Política de Saúde Mental do Paraguai.

O único serviço de referência especializada é o Ambulatório de Saúde Mental, em funcionamento desde 1988. Inicialmente o serviço funcionava em uma única sala dentro do prédio do Hospital Regional e por muito tempo apenas uma psiquiatra e uma profissional de enfermagem integravam a equipe. No mês de maio do ano de 2017 a unidade foi transferida para uma casa aos fundos do Hospital Regional e atualmente conta com uma equipe de três psiquiatras e uma psicóloga, atendendo uma média diária 70 pacientes por dia, em um espaço físico que comporta três salas de atendimento e uma varanda coberta que serve de sala de espera.

A própria localização do Ambulatório em Ciudad del Este, anterior e posterior a mudança de local, não favorece a proposta de reorientação psiquiátrica, considerando que o serviço continua vinculado e reconhecido pela comunidade como parte integrante do Hospital Regional, ainda que não sejam realizadas internações nem atendimento emergencial psiquiátrico por essa instituição. As consultas são realizadas mediante agendamento direto com os psiquiatras. Em razão da dificuldade em conseguir consultas, muitos pacientes se dirigem ao serviço para serem encaixados, caso alguém agendado falte.

Verificou-se que a prática dos profissionais do Ambulatório de Saúde Mental está em consonância com as proposições da Política Nacional de Saúde Mental, visto que o encaminhamento para internação psiquiátrica é o último recurso utilizado pelos profissionais desse serviço. Ademais, foi identificado que o processo para internação, quando realmente a situação demandar é permeado de dificuldades, desde a disponibilização do transporte até a sedação do paciente para a viagem.

El transporte es otro problema, es muy difícil, porque acá tenemos creo que dos o tres ambulancias, no todas funcionan; cuando los pacientes son psiquiátricos y están agresivos nadie quiere llevarlos. O sea el ambulanciero

y los camilleros, todos vienen a cuestionar porque tienen que llevarlos. Bueno, tratamos de medicarlos y se van ya medicados, pero en realidad yo lo que hago es internación domiciliaria. Vino mal, lo atendemos aquí, lo medicamos, lo mandamos a su casa, si está muy mal venga la próxima de nuevo sino teléfono. Bueno, teniendo en cuenta la Política de desmanicomialización yo trato de no internar, solo en casos extremadamente graves que no podemos manejar acá. Telefono y como yo enseñó en la facultad de acá, la mayoría de los chicos que están en la guardia son mis alumnos, entonces ellos también tienen mi teléfono y cuando no saben que hacer me llaman (PYS2).

Identificamos que houve participação de profissionais do nível de atenção especializada de Ciudad del Este na formulação das Políticas de Saúde Mental dos anos de 2002 e 2011, porém verificou-se que os processos de desenho da Política tiveram sua base de decisões concentradas na capital do país, o que inviabilizou a população usuária ou seus familiares de participarem como agentes protagonistas na construção das propostas nas duas políticas. As reuniões para o planejamento e discussão das políticas ocorria em Assunção, limitando inclusive a participação dos profissionais de saúde que estavam lotados em regiões mais afastadas da capital. Em Ciudad del Este chegou a ser criada uma Associação de Familiares, Amigos e Pacientes de Saúde Mental – AFAPASAM, porém ela não vem desenvolvendo nenhum tipo de atividade pela ausência de espaço físico para os encontros.

Yo enseñó en la facultad de psicología de la Universidad Católica y siempre estimulo a los alumnos que vengan, que vean y que hagan algo. En Foz había una asociación familiares y amigos del enfermo mental, yo fui y conocí a la gente y yo dije nosotros tenemos que hacer lo mismo. Pero hay otras asociaciones en el país, en las ciudades mas chicas funcionan mejor que acá. Porque bueno si yo estoy al frente pero no tengo tiempo, entonces dos alumnas que hicieron una tesis sobre psicoeducación para familiares de pacientes esquizofrénicos, ellas dos iniciaron con el AFAPASAM, que yo les estimulé mucho y hacemos reuniones de psicoeducación con la gente que viene y espera. Antes cuando estábamos allá usábamos las aulas, pero ahora no tenemos mas espacio físico, ni tenemos quien nos ayude con algo. Estamos tratando de darle un marco legal a eso (PYS2).

Na atenção psiquiátrica infanto juvenil a situação é preocupante, considerando que em Ciudad del Este não existe profissional especialista nessa faixa etária, sendo constatada uma crescente demanda por assistência psiquiátrica, constituída por crianças com diagnóstico de autismo, problemas de desenvolvimento escolar, hiperatividade e deficit de atenção. O único serviço que apresenta em seu quadro de recursos humanos esse profissional especializado, é um hospital infantil, localizado em Assunção, que não dispõe de leitos para internação psiquiátrica

infanto juvenil, só realizada mediante solicitação judicial e ainda assim, com resistência por parte da instituição em atender crianças e adolescentes em situações de crises, devido a uma perspectiva discriminante.

No hay, hay un hospital especializado que es el hospital pediátrico, que es hospital de mas alto nivel dentro de lo que es pediátrico, y yo le digo a ellos que son unos discriminadores, porque que ellos den un buen servicio, pero no tienen una miserable cama para un niño con cuadro psiquiátrico severo que tenga crisis (PYS1).

Verificou-se ainda que a credibilidade da psiquiatria enquanto ciência médica no Paraguai também é um fato a ser ponderado no processo de implementação da Política de Saúde Mental em Ciudad del Este, desdobrando-se em duas situações; a primeira vinculada a própria imagem da psiquiatria entre os profissionais de saúde em relação a outras especialidades médicas, que remete a uma certa desimportância e descredibilidade; e a segunda a partir da associação histórica da psiquiatria com a loucura, e desta com questões ligadas ao contexto religioso, que ainda persiste no senso comum atual, sendo produzida e reproduzida na sociedade como um fenômeno espiritual, especialmente nos locais em que a religião ocupa centralidade nas relações sociais.

No, todavía es vista como la cenicienta (cinderela) de la medicina. Hay mas aceptación, mucha mas aceptación, porque hay mucha mas publicaciones. Pero no, la gente va al psiquiatra por que no tiene mas remedio, primero fue al curandero, al cura, al neurólogo. Los neurólogos se meten muchísimo en esto. Es así. Casi nadie viene por referencia, casi todos vienen por: me siento mal, me dijeron que tengo que consultar; ningún clínico le dice a su paciente: Ud tiene que consultar con un psiquiatra". Porque tienen miedo que el paciente se enoje, porque si lo deriva al psiquiatra quiere decir que esta loco. Entonces le dan muchas vueltas para decir que tienen que ir al psiquiatra, lo mandan al neurólogo, lo mandan al psicólogo. Psiquiatra, cuando llega acá es cuando no tuvo mas oportunidad de nada. A no ser que tenga una autoformación, un propio interés y alguien le haya contado: no a mi me ayudó fulanita, menganita (S2PY)

Falta trabajar más en todas las áreas contra la fuerte discriminación en salud mental, falta socializar, involucrar a las otras personas para que puedan entender la necesidad, para que puedan sentirse también parte de eso, porque todos podemos ser pacientes de salud mental, nadie esta excepto a eso. Entonces tomarlo desde ese punto de vista, desde esa perspectiva y aceptarlos a ellos como uno mas de nosotros. Así como el lema del año pasado de salud mental "soy como tu aunque aun no lo creas", entonces eso debería ser. Sentía importantísimo esa socialización, pero trabajar realmente en una campaña de lo que es salud mental en el país. (S3PY).

O Paraguai é o quinto país mais católico da América Latina, e essa característica se manifesta através da maneira com que a população entende o processo de adoecimento, seja ele físico ou mental. Ciudad del Este possui inúmeros retiros espirituais, com vinculação a igreja católica e evangélica, que prometem melhora na situação financeira, pessoal, conjugal, de trabalho e ainda curas rápidas e milagrosas na saúde, mediante a permanência de três ou mais dias nesses locais.

Constatou-se que a procura por conselhos religiosos ou ainda a internação em retiros espirituais costuma ser a primeira iniciativa, especialmente entre as mulheres frente a um problema de saúde, e no caso de saúde mental e/ou dependência química essa opção é potencializada pela idéia disseminada no senso comum, de uma forte associação das doenças mentais com possessões demoníacas e problemas espirituais. As questões de gênero e violência contra as mulheres e dependência de álcool dos companheiros também aparecem com preocupação nos relatos.

La iglesia no controla eso, cualquiera hace un retiro. Aquí existen casas de retiro, donde juntan 100 a 200 personas a orar, a no dormir y si estas medicado tenes que sacarte todo y no hay una evaluación previa de si ese paciente, de si esa persona puede o no puede estar ahí. Siempre las mujeres son mas sensibles y además son las que mas concurren a los retiros. Por eso es que hay mas mujeres, porque la mujer también va mas a la iglesia. Y pretenden corregir conductas que no son patológicas a veces, pero conductas de adicciones o de maltrato, con el retiro, que te caiga el espíritu y tu te reformes. Se llevan a los maridos. (PYS2).

Apurou-se que esteve em funcionamento, em Ciudad del Este durante cinco anos, entre os anos de 2009 a 2014, um retiro espiritual chamado Árvore da Vida, que atuava como uma instituição psiquiátrica sob a coordenação e supervisão de um pastor da igreja evangélica, destinado a atender todos os casos de dependência química e transtorno psíquico, desde os mais simples até os mais graves como esquizofrenia, mediante ao pagamento de mensalidades, com a promessa de saírem dali curados.

Mesmo após várias denúncias realizadas por familiares de ex internos e profissionais de saúde, a instituição só foi fechada após a manifestação de um funcionário do Poder Judiciário, que foi internado contra a sua vontade, e ao recuperar seu senso de realidade, pode observar todo o tipo de mau trato ocorrido

naquele local e denunciou a instituição aos órgãos de fiscalização. Sua representação enquanto autoridade judicial foi a única capaz de fazer as denúncias serem levadas a sério e a instituição ser fechada nos anos de 2014.

Si, se llamaba Arbol de vida y toda persona que andaba molestando por la calle o que tenia alguna psicosis o que molestaba por ahí; él los aceptaba, los encerraba, los tenia a pan y agua unos cuantos días. Y después los integraba al resto y estaban ahí, porque la familia pagaba por que la persona este ahí. Mucho tiempo funcionó, a pesar de que yo dije muchas veces en la Fiscalía. Hoy ya no funciona. Porque un empleado del Poder Judicial, de la Fiscalía, ebrio fue tomado por la policía y llevado ahí, cuando él se despertó y vio donde estaba, que se yo, la cabeza empezó a trabajarle. hí él denunció. Y de ahí mucho tiempo después todavía llevó para que la denuncia sea efectivizada en forma (PYS2).

As questões de cunho religioso e cultural impactam cotidianamente a assistência em saúde mental em Ciudad del Este, seja no âmbito familiar e comunitário, seja no âmbito profissional. Desde o reconhecimento do transtorno mental pela família e a forma de encaminhamento dada a partir dessa constatação, que pode a opção de encaminhamento a um serviço de saúde, e, de forma concomitante ou não a uma instituição religiosa, quanto não mantido em domicílio amarrado para contenção; e em um segundo momento, quando esse indivíduo chega ao serviço de saúde, podendo ou não ser realizado o seu acolhimento por ser sofredor de um transtorno psíquico, sendo comum, ainda que o paciente tenha algum problema clínico, que os profissionais de saúde referenciem o Ambulatório de Saúde Mental para tratamento de qualquer problema de saúde em razão dessa característica.

[...] eso sigue siendo asi, por ejemplo, este último paciente que ustedes vieron que yo atendí, que estaba tan flaco yo le pregunté ¿que te paso?“. Bueno, él es mal atendido, porque es un paciente psiquiatrico y el padre, es un padre limitado, aburrido de su hijo; ese chico estaba atado en su casa y porque una señora conocida del señor le dijo, no que me conocía a mí, no me acuerdo ni como ni cuando; lo convenció y lo trajeron, hace como 5 años que él es mi paciente, mejoró muchísimo. Pero el señor tiene recursos limitados propios, entonces él se enoja con el paciente porque se cansa, pero bueno, por lo menos ya no está mas encerrado (PYS2).

Na Rede de Atenção a Urgências não existe o Centro Regulador com médico capacitado em saúde mental como prevê a política. O mesmo ocorre com a Atenção Hospitalar, segundo a normativa legal, deveria ter disponíveis leitos em hospital geral, e no caso de Ciudad del Este, o Hospital Regional, referência no município não realiza atendimento para emergência psiquiátrica no pronto socorro, assim como

não destina leitos de internação psiquiátrica, estando em desconformidade com o que prevê a Política Nacional de Saúde Mental do Paraguai.

Na atenção em dependência química, o Centro de Desintoxicação, recém-inaugurado terá vagas para a internação para usuários de substância psicoativa, porém não há previsão concreta de término da obra, o que acaba deixando sem atendimento pessoas necessitam de internação nas situações de crise, sendo necessário encaminhar para Assunção tanto os usuários com problemas decorrentes do uso/abuso de substâncias psicoativas, quanto os com transtorno mental nas situações de crise, cabendo sobretudo a família o enfrentamento de inúmeros obstáculos, já relatados nessa exposição para conseguir a internação.

No Instituto de Previdência Social – IPS, que também integra a rede de atendimento pública de saúde aos trabalhadores formais de Ciudad del Este, não existe psiquiatra no seu quadro funcional e apenas uma psicóloga realiza o acompanhamento das situações envolvendo transtornos mentais ou dependência química. Os casos que necessitam de avaliação são encaminhados para o Ambulatório de Saúde Mental, com quem a instituição mantém uma boa relação.

Si es de la Décima Región aquí, pero el departamento de psiquiatría entiendo que esta conformados por 4 o 5 psiquiatras, acá en la Décima Región, el Hospital Regional. Yo por ejemplo, cualquier caso que amerite un tratamiento o una revisión psiquiátrica, medica psiquiátrica enseguida derivo y normalmente hacemos un buen trabajo en el sentido de que tenemos devoluciones, tanto, o sea el paciente trae las informaciones y vuelve a devolver. O sea hay un flujo de comunicación (PYS14).

As situações envolvendo problemas de transtorno psíquico, atendidas no IPS, atualmente se concentram, sobretudo, entre os docentes que trabalham com crianças e estão sendo readaptados para executar ações administrativas, já que as normativas legais do IPS impossibilitam o afastamento para tratamento de saúde em casos relacionados a enfermidades mentais, sendo concedido especialmente em situações que se comprove uma deficiência física incapacitante.

No tenemos una estadística pero yo por ejemplo estoy tratando de trabajar en esa estadística. No tenemos una estadística y lo que yo veo en mi servicio especialmente el mayor problema que está incapacitando al trabajador es el síndrome de burnout, especialmente en docentes. Son los docentes que tienen ahora mayor movilidad en el sentido de que, están solicitando de estar en aula pasar en áreas administrativas. Hay depresiones, pero habría que afinar muy bien el diagnóstico, porque últimamente la depresión se está confundiendo con un tristeza inclusive, porque el propio paciente no está tolerando estar mal, estar deprimido o la

sociedad misma le dice tienes que estar bien, tienes que superar ya, ya es suficiente, ya tenes que ir a trabajar, tenes que hacer tus cosas, entonces es un empujón de la sociedad misma (PYS14).

Também vem crescendo o número de pessoas que sofrem com síndrome do pânico e ansiedade, que são igualmente encaminhadas ao Ambulatório de Saúde Mental. Em relação ao atendimento do IPS para usuários de substância psicoativa, contatou-se uma baixa procura, e também não é oportunizado aos segurados o afastamento para o tratamento dessa enfermidade.

[...] acá hay en esta institución, en mi servicio hay pocos usuarios con este tema de las drogas. Atendí un caso en el que el chico nunca trabajó, nunca pudo insertarse al trabajo y él mismo reconoce hoy día eso. El muchacho vino porque quería alejarse de las drogas, por una opción personal y lo logró. En gran medida lo logra, con la reducción. O sea muy esporádicamente ya consume y como nunca trabajó, porque hubo un ambiente familiar propicio para eso, porque hay que ver también si hay como una depresión y ese es un pasaje al acto para olvidarse o que es. Porque hay otros que ingieren para divertirse, simplemente para divertirse, para estar en la franja etaria de sus amigos, para pertenecer al grupo. Hay muchos motivos, entonces en esa diferenciación. Y últimamente si tuve un paciente que vino, pero no vino para el tratamiento, vino detrás de que podía encontrar en mi alguien que le recete una medicación que pueda ir supliendo la drogas, no vino para el tratamiento. Y el muchacho de 22 años que terminó ahora, tiene que hacer su tesis, va terminar su carrera universitaria, trabaja. O sea que aparentemente, pareciera todo bien estructurado (PYS14).

Apresentadas as informações sobre a implementação e funcionamento da rede de atenção em saúde mental em Ciudad del Este, podemos concluir, que a institucionalização da Política de Saúde Mental nesse território, precisa ser entendida especialmente na sua jovialidade, e todos os apontamentos evidenciados no seu processo de implantação a colocam como um fenômeno dinâmico, vivo, pulsante, em constante processo de construção e reconstrução tanto no que se refere a constituição dos seus serviços e ações, quanto da representação social atribuída as pessoas com transtorno psíquico e aos dependentes de substância psicoativa, tem frente a sociedade, a família e os profissionais de saúde nesse espaço local. Há interesse do Ministério da Saúde e Bem Estar, para realizar a avaliação da implementação da rede de assistência psiquiátrica em todo o país, incluindo Ciudad del Este porém não existe, no momento, recurso financeiro ou previsão de tempo para tal ação.

Considerando o fato de a Política de Saúde Mental estar em processo de implementação há apenas 07 anos, identificou-se na sua trajetória de

institucionalização em Ciudad del Este que foram realizadas pequenas conquistas, como a disponibilização de um espaço físico para o Ambulatório de Saúde Mental; a garantia de medicação disponibilizada pelo aparelho estatal; a realização de capacitações na atenção básica de saúde e a criação de uma Clínica de Desintoxicação.

Ainda assim, muitos desafios na efetivação de um modelo de saúde mental de base comunitária, que não decorrem somente da falta de equipamentos públicos que estejam em conformidade com o que prevê a política, existem ainda questões graves no que se refere a centralização dos níveis decisórios de poder e de serviços e profissionais especializados, como ainda a necessidade de criação de normativas legais que detalhem o funcionamento da rede de atenção em saúde mental, nos seus diferentes níveis de atenção, assim como também é imprescindível o desenvolvimento de estratégias de educação continuada destinadas a comunidade e aos profissionais de saúde, a fim de desmanicomializar a cultura local dos temas envolvendo a atenção em saúde mental e o trato a dependência química.

Verificou-se ainda que os agentes implementadores/burocratas em nível de rua, apesar de figurarem como elementos de extrema importância no processo de implementação da Política de Saúde Mental em Ciudad del Este, esse ciclo da política está comprometido pela ausência de conteúdos imprescindíveis para o desenvolvimento da reorientação na assistência em saúde mental, tanto nos processos de formação profissional, quanto na capacitação oferecida pela gestão nacional, em nível local.

Em linhas gerais, a partir da proposição de DI GIOVANNI (2009), a implementação da Política de Saúde Mental em Ciudad del Este na sua estrutura formal é caracterizada pela ausência de equipamentos na atenção especializada; pela falta de detalhamento no conteúdo da política, prejudicando sobremaneira a implantação das ações e serviços; e ainda pela falta de capacitação profissional que possibilite a incorporação dos princípios de Reforma Psiquiátrica nas práticas profissionais, não reduzindo-as ao repasse de procedimentos que envolvam o manejo clínico dos transtornos e/ou da dependência química.

Na estrutura substantiva verifica-se que os temas referentes a atenção em saúde mental, de uma maneira geral não são apreendidas como relevantes pelos agentes implementadores na atual proposta de implementação do modelo comunitário, visto que as demandas atendidas na atenção básica continuam a ser

encaminhadas para o Ambulatório de Saúde Mental, não havendo até o momento qualquer mobilização, nem dos profissionais, nem da sociedade civil para reivindicar a criação do Centro Ambulatório de Saúde Mental em Ciudad del Este. A única Associação de Familiares, Amigos e Usuários de Saúde Mental, atualmente desativada em razão da inexistência de espaço físico para a realização dos encontros.

Na estrutura material a situação é ainda pior, visto que entre todos os componentes previstos na Linha de Cuidados da Política de Saúde Mental, em Ciudad del Este só existem implantadas as Unidades Básica de Saúde da Família, sem previsão para a criação dos demais serviços previstos na RISS – Linha de Cuidados em Saúde Mental. Por fim, na estrutura simbólica evidencia-se que as pessoas com transtornos psíquicos e/ou dependentes de álcool e drogas continuam a ser estigmatizadas, tanto pela comunidade quanto pelos profissionais de saúde. As questões envolvendo o processo saúde/doença estão fortemente atreladas e relacionadas com perspectivas de cunho espiritual.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esse trabalho cuja tese se fundamenta na assertiva que o processo de implementação da Política de Saúde Mental, nos sistemas locais de saúde das cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este perpassou e perpassa por processos e fases distintas que incidem sobre o impacto no desenho de atenção e nos serviços ofertados a população residente nos respectivos municípios, que tecemos as considerações finais do estudo.

Partiu-se do suposto que as análises e reflexões apresentadas até aqui talvez não consigam expressar toda a complexidade que envolve a apresentação do processo de implementação das Políticas de Saúde Mental do Brasil e Paraguai, nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, porém se constituíram para a autora da tese um caminho importante na busca de aportes que possibilitassem, durante a construção, sucessivas aproximações com o objeto.

O que se desenhava como indagações ao longo do estudo tomou forma e se evidenciaram indicativos importantes para o entendimento do processo de implementação da Política de Saúde Mental no Brasil e Paraguai, constatando-se que estas políticas, respectivamente apresentam simetrias no que se refere a sua implementação. As simetrias são: a adoção da Declaração de Caracas como eixo central na construção da Política de Saúde Mental nos dois países, incorporando o modelo comunitário de tratamento na assistência em saúde mental; a realização de dois Termos de Cooperação Técnica nos anos de 2009 e 2011 entre os países, solicitado pelo Paraguai especificamente para conhecer a estrutura organizativa e a forma de funcionamento da Política de Saúde Mental institucionalizada no Brasil; a institucionalização das Políticas de Saúde Mental do Brasil e Paraguai se deu sob as lógicas de Redes de Atenção em Saúde Mental; e, por fim, devido ao histórico de segregação, isolamento e estigmatização e da forte associação entre os problemas mentais com questões de cunho espiritual.

Essas características comuns indicam que a implementação da Política de Saúde Mental nos dois países tem como elemento central unificador a institucionalização da política no plano jurídico-formal da incorporação da reorientação da assistência psiquiátrica na América Latina. Por outro lado, devido as diferentes trajetórias de desenvolvimento, econômico, político, cultural e social de

cada país, foram constatadas assimetrias na implementação das políticas, constituindo particularidades nesse processo.

Os aspectos distintos no processo de implementação da Política de Saúde Mental nos países pesquisados, foram identificadas e apresentadas a partir das etapas do processo de implementação de políticas públicas em ciclos, denominada *Policy Cycle*, desenvolvida a partir das teorias de DYE (1984) e FREY (2000), constatando-se que a identificação do problema e a conformação na agenda governamental, no caso do Brasil, ocorreu sob a via da mobilização da sociedade civil, sobretudo com os Movimentos de Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, sendo fortalecidos nas Conferências, Encontros e outros eventos de ampla participação popular, tendo como pano de fundo o processo de redemocratização do país a partir dos anos de 1980.

No Paraguai, devido ao longo período de ditadura militar, associado a outras questões na sua trajetória de constituição do seu sistema de proteção social, a questão da Saúde Mental só foi reconhecida como um problema e incorporada na agenda de prioridades do país a partir dos anos 2000, devido aos processos de intervenções, seguidos de aplicação de Medida Cautelar impostos pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos ao país devido as precárias condições do Hospital Psiquiátrico, cuja notícia foi amplamente noticiada e polemizada pelos meios de comunicação do país, impulsionando o governo a tomar medidas para reverter esse quadro.

Essas diferenças nas duas primeiras etapas do processo de implementação acabam repercutindo em dois outros aspectos na sua institucionalização jurídico-formal; o primeiro remetendo a distinção no tempo em que são implantadas, considerando que no Brasil foi criada nos anos de 2001, e no Paraguai, uma década depois, nos anos de 2011, revelando que no caso do Brasil, o papel dos atores políticos e dos movimentos sociais, atrelados ao processo de redemocratização do país, foi decisivo tanto para o desenvolvimento quanto na gradativa implementação da Política de Saúde Mental.

No Paraguai, tais processos se colocam de maneira completamente adversa, visto que a institucionalização da Política Nacional de Saúde Mental só ocorreu devido a sanções sofridas pelo país da Comissão Interamericana de Direitos Humanos. No seu processo de formulação, a participação atores políticos foi em sua maioria representada por profissionais de saúde, sobretudo médicos psiquiatras,

revertendo-se em uma proposta, que embora adote a perspectiva multidisciplinar, vem se implementado sob o modelo medicocêntrico. Para fins dessa análise, está se considerando a segunda Política de Saúde Mental, visto que foi identificado que a primeira, criada nos anos de 2002, não chegou a ser implementada.

O segundo aspecto se relaciona com o fato de no Brasil a Lei e a Política de Saúde Mental terem sido aprovadas conjuntamente, garantindo a assistência psiquiátrica, enquanto no Paraguai a Lei de Saúde Mental ainda tramita atualmente no congresso, sem previsão de aprovação e apenas a Política Nacional de Saúde Mental está em vigência, não se constando nenhuma movimento social ou político reivindicando tal medida, evidenciando que os temas envolvendo saúde mental no país estão sobremaneira despolitizados pelos agentes políticos, atores institucionais, sociedade civil e implementadores da política.

Na etapa de formulação das Políticas de Saúde Mental também não encontramos semelhanças, derivadas em grande parte pelas peculiaridades nos processos de identificação do problema e conformação da agenda em cada país. No Brasil houve ampla participação popular e a formulação da Política de Saúde Mental se deu a partir da realização de conferências e encontros entre trabalhadores, familiares e usuários de saúde mental, destacando-se o protagonismo da sociedade civil nessa etapa. No Paraguai, constatou-se que no processo de formulação da Política de Saúde Mental, foram realizados três Fóruns, e embora haja registro da participação de alguns segmentos da sociedade civil, majoritariamente participaram dessa etapa profissionais de saúde, sobretudo psiquiatras, não se evidenciando destaque da participação da sociedade civil.

Constatou-se ainda nessa etapa que a formulação da Política de Saúde Mental no Brasil não ficou restrita ao conteúdo inicial, sendo gradativamente ampliada devido ao aprofundamento das necessidades e complexificação no atendimento as demandas, por normas, portarias, decretos, resoluções e outros documentos, que acabam atualmente por conformar um amplo arcabouço legal que detalha a assistência em saúde mental nos seus diferentes níveis de atenção, direcionando de maneira clara e minuciosa as ações, serviços e integração entre os componentes das redes de saúde.

No Paraguai os documentos que orientam a atenção em saúde mental estão registrados na Política de Saúde Mental; nas Normas e Procedimentos na Atenção em Saúde Mental (2011); no Manejo Clínico de Transtornos Mentais na Atenção

Primária em Saúde (2011) e na Guia de Critérios de Admissão de Pessoas com Transtornos Mentais (2013). Os conteúdos dos manuais e da guia pouco se relacionam com a macro-proposta da política, e prejudicam a incorporação nas práticas profissionais, ocorrendo uma fragmentação do eixo central da política, desencadeando a naturalização e reprodução de um modelo medicocêntrico, distinto do proposto na Política de Saúde Mental. Essa constatação, aliada ao fato de a Política de Saúde Mental, não detalhar com clareza as ações e serviços a serem implementados, deixam muitas lacunas sobre o processo de desenvolvimento da atenção em saúde mental no país, identificado pela autora como preocupantes, que pode vir a impactar nos rumos que possa tomar a assistência em saúde mental no país.

Essas simetrias e assimetrias identificadas na implementação das Políticas de Saúde Mental no Brasil e Paraguai nas etapas de Identificação de Problema, Conformação da Agenda e Formulação da Política de Saúde Mental são incorporadas no conjunto de normativas legais e acabam por materializar-se em convergências e divergências nos seus conteúdos, evidenciadas ainda na etapa de formulação, através da adoção pelos países estudados, da lógica da implementação da atenção em saúde por Redes de Saúde, incorporadas de maneira distinta em seus conteúdos.

No Paraguai, as Redes Integradas de Sistemas de Saúde – RISS, a atenção em psiquiatria é apresentada como uma Linha de Cuidados em Saúde Mental, organização diferente da adotada no Brasil, na qual a Rede de Atenção em Saúde – Ras, estabelece a Rede de Atenção Psicossocial – Raps como uma área temática, junto com outras consideradas de relevância. A identificação da atenção em saúde mental no Paraguai prevista na Riss, a caracteriza como uma Linha de Cuidados em Saúde Mental, indicando que as questões sobre a área vem sendo tratada no âmbito governamental de forma secundarizada, se convertendo na necessidade de buscar mecanismos que destaquem sua importância frente a progressão dos transtornos psíquicos e da dependência química em nível mundial, nacional e local, como ainda a proposição de um processo de revisão de todo o seu conteúdo de modo a detalhar as ações de saúde mental, tanto nos instrumentos normativos da Rede Integrada de Sistemas de Saúde- RISS- Linha de Cuidados em Saúde Mental, quanto no conteúdo da Política de Saúde Mental.

A necessidade de tornar mais organizado e detalhado o conteúdo da Política de Saúde Mental é ainda mais expressivo se nos determos a analisar a previsão de cuidados para o usuário de substância psicoativa no Paraguai, considerando que o país possui uma alta incidência de consumo de álcool e drogas, especialmente entre os jovens. A descrição da assistência a esse segmento, é registrada em pouquíssimas linhas, e associada as características sociais e culturais do país, essa situação pode vir a se constituir-se um problema de saúde pública ainda maior do que já é, impactando nos índices de violência, criminalidade, associação com o narcotráfico e outras mazelas decorrentes da drogadição, assim como se reverter em agravos em saúde como o aumento por mortes no trânsito, desenvolvimento de doenças crônicas, nascimento de crianças em situação de abstinência e com múltiplas deficiências, sendo necessárias medidas urgentes para a incorporação da discussão dessa temática em âmbito governamental.

Averigou-se, no trato a dependência química, que se constitui como um grave e crescente problema no país, que o Ministério da Saúde e Bem-Estar está atualmente elaborando um Manual com Normas Mínimas para a Atenção dos Usuários de Drogas, porém ele deverá regulamentar apenas as ações no atendimento realizado pelas Comunidades Terapêuticas, em sua maioria ligadas a igrejas, não se constituindo em um instrumento que consiga transformar o quadro atual no que se refere a atenção aos usuários de drogas/álcool.

Verificou-se ainda que o Instituto de Previdência Social - IPS do Paraguai não reconhece o transtorno psíquico nem a dependência química como agravos de saúde, visto que não há psiquiatra entre os especialistas da instituição, bem como previsão legal de afastamento para tratamento e reabilitação dos usuários. A única medida permitida para melhorar a condição de saúde do segurado é a sua transferência para serviços administrativos. Essa situação se configura como um grande problema que tende a aumentar devido ao aumento no número de indivíduos com problemas de saúde mental e dependência de álcool e drogas, se configurando como mais um desafio na assistência em saúde mental.

Na atenção em saúde mental especializada no Brasil, os CAPS continuam a ser referência na Raps, se constituindo em equipamentos públicos reconhecidos mundialmente como meios imprescindíveis para a implantação do modelo comunitário, repercutindo inclusive no processo de reversão da estigmatização da pessoa com transtorno psíquico e do usuário de substância psicoativa. A tendência,

a partir da Cooperação Técnica realizada entre Brasil e Paraguai na área de saúde mental, seria a de institucionalizar esse modelo no país, porém devido à ausência de informações sobre a constituição dos Centros Comunitários de Saúde Mental, não nos é possível verificar se esta é uma convergência ou divergência com relação ao conteúdo da política. De toda forma, mais uma vez identifica-se a ausência de minuciosidade da Política, indicando sua necessária revisão e ampliação de texto de forma a orientar as ações em saúde mental.

No processo de institucionalização da Política de Saúde Mental, na implementação, em nível de gestão também identificamos distinções nos respectivos municípios. Constatou-se que no Brasil, o Sistema Único de Saúde já nasce sob uma proposta descentralizada, posteriormente incorporada a Política de Saúde Mental desde a sua criação, distribuindo o poder e a responsabilidade da gestão entre os três níveis de governo. No seu desenho político, organizacional, e administrativo, o Paraguai desenvolveu um sistema altamente centralizado, aglutinando os níveis decisórios de poder no alto escalão governamental, com sede na capital do país, materializado, no caso da saúde mental na alta concentração de serviços e de profissionais especializados em Assunção, se constituindo como um elemento dificultador na implementação da Política de Saúde Mental no País, especialmente entre os usuários moradores em regiões mais afastadas. O governo paraguaio já identificou que a adoção desse modelo vem prejudicando o desenvolvimento e implementação de políticas públicas no país e vem tomando medidas para transformar em um modelo descentralizado.

Ainda como característica da etapa de implementação em curso no Paraguai, a capacitação dos profissionais de saúde tem sido adotada como estratégia para a incorporação das propostas nas práticas dos profissionais de saúde, sendo apresentados os conteúdos da política e dos manuais e guias de orientação.

O Brasil também aderiu a capacitação permanente em saúde mental como mecanismo para levar aos profissionais informações sobre a atenção em saúde mental. Tal medida, nesse país, conseguiu alcançar em maior medida os profissionais já atuantes no nível especializado, deixando descoberta a atenção básica e hospitalar, se revertendo na atualidade em conflitos na sua integração, sobretudo com a lógica das Redes.

No Paraguai, esse processo está invertido, já que existe uma parca rede de atenção especializada, e a capacitação tem sido voltada inicialmente para a atenção

básica, em especial as Equipes de Saúde da Família e pode vir a ter resultados positivos, considerando que esses profissionais estabelecem seu exercício profissional muito próximos a comunidade, podendo ter como resultante uma boa atenção em saúde mental nesse nível de atenção.

Ademais, as concepções e práticas em saúde mental, sobretudo na atenção básica de saúde nem sempre condizem com o esperado por parte dos que formulam, gerando questionamentos quanto à sua real contribuição no sentido de avançar na reinserção social do portador de transtorno psíquico e na desestigmatização e cuidado efetivo dessas pessoas. O despreparo dos profissionais da rede de atenção primária para lidar com questões referentes ao transtorno mental e a dependência química, associadas as necessidades subjetivas no cotidiano de assistência em saúde mental, podem levar a uma medicalização dos sintomas descontextualizada da multiplicidade de questões que envolvem o sofrimento psíquico.

Retomando o processo de implementação no Brasil, em nível local, identificou-se que a integração entre a rede especializada e os outros componentes da rede foi melhorada com a assessoria do Ministério da Saúde na implementação da Raps em Foz do Iguaçu, sobretudo através da proposta de Matriciamento em Saúde Mental, na qual se propõe uma integração entre todos os componentes, se revelando em um importante instrumento no aprimoramento da assistência psiquiátrica e na desestigmatização da pessoa com transtorno psíquico e/ou usuária de substância psicoativa, podendo ser adotada pelo país vizinho no fortalecimento da Linha de Cuidados em Saúde Mental, prevista na Riss.

O desenvolvimento da assistência psiquiátrica no Paraguai está fortemente atrelado a violação de direitos humanos, em decorrência da intervenção da Comissão Interamericana de Direitos Humanos no Hospital Psiquiátrico. Decorridos dez anos desse processo, o país ainda não sancionou uma Lei de Saúde Mental, que permitiria a criação de mecanismos de controle das internações psiquiátricas, algo que a Política de Saúde Mental não é capaz de fazer, pois existe apenas uma indicação de internação no prazo de 45 dias prevista, de forma a evitar que a internação de longa permanência volte a se perpetuar no país. Dessa forma, também se apresenta como indicativo nesse estudo, a urgência na aprovação da Lei de Saúde Mental, atualmente em trâmite no Congresso Nacional do Paraguai.

No que se refere a avaliação das Políticas de Saúde Mental, os dois países realizam coleta de dados em saúde mental nos serviços em todo o país, apresentado peculiaridades. No Paraguai, a informação chega ao Ministério de Salud e Bem Estar por meio de boletins preenchidos por profissionais de saúde, diferenciando-se o processo nas unidades que já foi implantado o sistema eletrônico, permitindo a alimentação das informações online. A apresentação das estatísticas está disponível no site do Ministério de Saúde e Bem Estar, porém essas informações não são comparadas anualmente nem analisadas, de forma que podemos inferir que o Paraguai não realiza atualmente avaliação da Política de Saúde Mental, embora haja por parte da gestão em saúde mental no procedimento, mesmo não há orçamento disponível no momento.

O sistema de alimentação de dados no Brasil é todo informatizado e, especificamente na área de saúde mental, o Saúde Mental em Dados, emitido pelo Ministério de Saúde, realizava anualmente avaliação da assistência em saúde mental no país, apresentando a constituição e ampliação da rede, orçamento e as principais dificuldades. A última emissão do Saúde Mental em Dados ocorreu nos anos de 2015, e atualmente o Brasil se encontra na mesma situação que o Paraguai: sem avaliação da política de saúde mental.

A Política Nacional de Saúde Mental, implementada em nível local em Ciudad del Este se desenvolve atualmente apenas nos níveis de atenção básica e especializada, considerando que não foram identificados serviços na atenção de urgência/emergência e hospitalar em sua composição, estando incompatível com a previsão de serviços estabelecidas pela política na atenção especializada, de urgência/emergência e hospitalar, embora na atenção especializada os atendimentos sejam realizados pelo Ambulatório de Saúde Mental, que não figura como um componente na Linha de Cuidados em Saúde Mental prevista nas Redes Integradas de Atenção em Saúde Mental - Riss mas se instituiu, desde o final dos anos de 1980 como referência na atenção especializada, não só de Ciudad del Este, mas de todo o seu entorno.

Na atenção básica as Equipes de Saúde da Família deveriam, conforme prevê a política realizar ações de promoção, prevenção e tratamento em saúde mental, as situações consideradas leves. O que ocorre na prática é o encaminhamento das demandas de saúde mental ao Ambulatório de Saúde Mental. As ações em saúde mental se resumem a orientações sobre depressão pós-parto,

muitas vezes sequer reconhecida como uma ação nessa área, atribuída ao conteúdo geral do Pré-natal.

As Equipes de Saúde da Família, todas coordenadas por profissionais médicos foram convocados a realizar a capacitação em saúde mental promovida pelo Ministério da Saúde e Bem Estar. Inicialmente essa convocatória foi dirigida apenas aos profissionais médicos, evidenciando uma estrutura hierarquizada sob a hegemonia deste saber profissional, demonstrando que o modelo de saúde mental que vem sendo implementado no Paraguai estabelece discrepância com a linha de cuidado de base comunitária, por centrar apenas na figura do médico, logo na doença, o modelo biologicista, reforçando a metodologia empregada na formação profissional médica no país.

Com relação ao processo de capacitação, seu conteúdo foi organizado de forma a orientar os profissionais sobre o manejo clínico das situações envolvendo transtorno psíquico e dependência química, não sendo tratados os elementos base que levaram as mudanças na atenção em saúde mental, podendo se reverter na sua apreensão de conteúdo pelos profissionais, em processos fragmentados e descontextualizados da proposta de criação de um modelo de saúde mental de base comunitária. Tal situação se torna ainda mais preocupante devido ao fato de os profissionais não terem recebido nos seus processos de formação profissional, informações sobre o histórico de abusos e violação de direitos humanos sofridos historicamente pelas pessoas com enfermidades mentais, não podendo assim reconhecer a importância da Reforma Psiquiátrica, tão pouco incorporá-la na orientação da sua prática profissional, tendendo a naturalizar e reproduzir o modelo médico-cêntrico, impactando de forma negativa, o processo de reorientação psiquiátrica que o país vivencia.

Os processos de saúde e doença no Paraguai estão estreitamente ligados a questões culturais e de cunho espiritual, constatando-se de maneira concreta em Ciudad del Este, através da identificação da ampla procura de instituições religiosas para tratar as enfermidades mentais e a dependência de álcool e/ou drogas. A estigmatização dessas pessoas, também foi identificada na prática dos profissionais de saúde da atenção básica, quando ocorre o encaminhamento indiscriminado para o Ambulatório de Saúde Mental, ainda que o seu problema seja clínico, sobrepondo-se a lógica de criar uma linha de cuidados em saúde mental em todos os seus níveis de atenção, que especialmente ouça a demanda do usuário, sem que se coloque

como primeira impressão o fato de ele ser uma pessoa sofredora de transtorno psíquico ou usuário de drogas e álcool. Tais constatações indicam a necessidade de medidas que visem, como a própria Política de Saúde Mental do Paraguai registra, *desmanicomializar la cultura*, sendo necessário o desenvolvimento de ações educativas no espaço local.

Em linhas gerais, o processo de implementação da Política de Saúde Mental no Paraguai, está apenas no seu início, considerando como já afirmado anteriormente devido a jovialidade na sua institucionalização e seus limites se colocam tão grandes quanto suas possibilidades de sucesso com relação aos seus objetivos, embora, de forma emergencial seja necessário a reformulação de seus conteúdos de forma a orientar a implantação e funcionamento dos Centros Comunitários de Saúde Mental e a aprovação de uma Lei de Saúde Mental que possa, além de regulamentar e controlar as internações psiquiátricas, imprima obrigatoriedade governamental na implementação de um modelo comunitário de assistência em saúde mental.

No Brasil, a implementação da Política de Saúde Mental, em nível local na cidade de Foz do Iguaçu não está em conformidade com o previsto em termos de equipamentos públicos na Rede de Atenção Psicossocial – Raps, constatando-se a inexistência na Atenção Básica dos componentes de Consultórios de Rua, Centros de Convivência e Cultura e Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; na Rede de Atenção de Urgência/Emergência o município não dispõe de Sala de Estabilização; Na Rede de Atenção Residencial de Caráter Transitório, a Unidade de Acolhimento tem sido objeto de intervenção do Ministério Público para a sua implementação, porém foi institucionalizada no município, e o Serviço de Atenção em Regime Residencial (Comunidade Terapêutica), embora existam instituições em Foz do Iguaçu atendendo nessa modalidade, nenhuma é conveniado com a Secretaria de Saúde e/ou Assistência Social, não se constituindo um componente da Raps. Por fim, na Rede de Atenção Hospitalar não existe Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no entanto a Central de Leitos encaminha para Curitiba as situações que demandem esse tipo de atenção.

A inexistência desses serviços prejudica a assistência em saúde mental, porém a atual composição da rede é constituída pelos componentes básicos em

todos os níveis de atenção e complementados ainda por dois serviços não previstos na Raps – Ambulatório de Saúde Mental e Ambulatório de Saúde Mental Infante Juvenil e tem capacidade para oferecer uma boa assistência em saúde mental caso sejam resolvidos os problemas de integração com os demais componentes da rede, sobretudo na Rede de Atenção Básica, Rede de Atenção de Urgências/Emergências e Atenção Hospitalar.

Os componentes existentes, especialmente na atenção especializada necessitam de financiamento para o custeio das alimentações de forma a garantir a aderência e permanência dos usuários nos serviços, assim como devem ser realizadas as reformas e adaptações de seus espaços para garantir uma assistência em saúde mental de qualidade. Indica-se ainda que os processos de Matriciamento em Saúde Mental sejam retomados de forma a garantir a integração da Raps. Como elemento de inovação e fortalecimento da Raps, a Câmara Técnica recentemente instituída no município pode se tornar o meio de resolução para os conflitos que se colocam entre os níveis de atenção em saúde mental no município de Foz do Iguaçu.

Apesar de o Brasil ter construído ao longo dos anos, uma Política de Saúde Mental que serviu de inspiração para inúmeros países que vieram conhecer o modelo de atenção comunitária implementado, sua manutenção e ampliação está em risco pelas recentes alterações na sua estrutura jurídico-formal, podendo causar um enorme retrocesso na assistência em saúde mental, com a volta das internações psiquiátricas como primeira medida de intervenção, ainda mais se considerarmos o atual momento político do país, caracterizado por um enorme retrocesso na proteção social em todo o seu sistema.

Nos dois processos de implementação da Política de Saúde no Brasil e Paraguai, no âmbito local das cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, a discricionariedade dos burocratas de nível de rua tem se colocado como um elemento definidor no desenvolvimento da política. Sobretudo no que se refere ao cumprimento do conteúdo das políticas. Em Ciudad del Este, constatou-se que os profissionais, além de não receberem informações sobre o tema saúde mental e sua importância no processo de formação profissional, as capacitações em saúde mental não vem possibilitando a apreensão desse conteúdo, se revertendo na reprodução de práticas medicocêntricas, ausente de ações de cobrança governamental para a implantação dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Em Foz do Iguaçu, particularmente a rede de atenção especializada buscou, além da especialização acadêmica, a assessoria do Ministério da Saúde na implementação da Política de Saúde Mental, estando atualmente sobremaneira capacitada para identificar situações que estão se desenvolvendo em conformidade ou desconformidade com o previsto na política, criando mecanismos de resistência e de cobrança junto a gestão municipal de saúde mental. Apesar de a qualificação se constituir como um elemento positivo para o aprimoramento da política, por si só não consegue alterar situações que estão acima do seu alcance de resolução, dependendo de ações e aporte financiamento da gestão em todos os seus níveis. As recentes alterações na Política de Saúde Mental no Brasil podem se colocar como um grande obstáculo para a continuidade do desenvolvimento da proposta de reorientação psiquiátrica já em curso em Foz do Iguaçu.

A constatação dessa situação, materializada de modo adverso nos dois sistemas locais de saúde mental, confirma a importância dos agentes implementadores no processo de desenvolvimento da política como elemento definidor, entre o sucesso e o fracasso dos objetivos na política pública em todas as etapas da sua implementação, embora seu êxito também esteja associado a questões de gestão e aporte financeiro para a realização das ações.

Constatou-se ainda que a proximidade territorial das cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este impacta diretamente, tanto na constituição da demanda, devido as vulnerabilidades sociais apresentadas nesse território, quanto na rede de atenção local de saúde e assistência social, demandando a criação de serviços que atendam as necessidades de proteção social do usuário, independente da nacionalidade dos sujeitos demandatários de proteção social, considerando a mobilidade transfronteiriça que caracteriza essa região. Por fim, e reiterando que esse estudo não teve a intenção de comparar os sistemas nacionais de saúde mental em nível local, nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu, os achados da pesquisa, embora mostrem simetrias e assimetrias nos seus processos de implementação, vem sendo desenvolvidos considerando as particularidades de desenvolvimento político, econômico e social de cada país, sobretudo na constituição dos seus sistemas de proteção social, constituindo suas Políticas de Saúde Mental com vistas a institucionalização de um sistema comunitário de saúde, que busca romper com o histórico de segregação e violação de direitos humanos, as pessoas com transtorno psíquico, as análises realizadas no decorrer da pesquisa

se mostram como um ponto de partida para as mudanças ainda necessárias na consolidação dessa proposta nos dois países.

REFERÊNCIAS

ABERBACH, J.; ROCKMAN, B.; PUTNAM, R. **Bureaucrats and politicians in Western democracies**. Cambridge: Harvard University Press, 1981.

ACYOLI, Y. **Reforma Psiquiátrica: Construção de um outro lugar social para a cura?** Anais do I Seminário de Sociologia & Política da Universidade Federal do Paraná, 2009. Disponível em <http://www.humanas.ufpr.br/site/evento/SociologiaPolitica/GTs-ONLINE/GT4/EixoIII/reforma-psiquiatrica-YanneAcioly.pdf> Acesso em set/2017.

ADELANTADO, J., NOGUERA, J.A., y RAMBLA, X. : “**El marco de análisis: Las relaciones complejas entre estructura social y políticas sociales**”; en J. Adelantado (coord.): Cambios en el Estado del Bienestar. Políticas sociales y desigualdades en España. Barcelona. Icària-UAB, 2000.

ALEXANDER, F. G.; SELESNICK, S. T. **História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente**. 2. ed. São Paulo: IBRASA, 1980.

ALVAREZ, C. **Antecedentes del Manicomio Nacional**. Universidade Nacional de Assunción. MIMEO, 1960.

ALVES, C. F de O. **Uma breve historia da reforma psiquiátrica**. Neurobiologia, 72 (1), jan/mar, 2009. Disponível em: http://www.neurobiologia.org/ex_2009/Microsoft%20Word%20-%202011_Ribas_Fred_et_al_Rev_OK_.pdf Acesso em out/2017.

AMARANTE, P. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica**. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1995.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ANDRADE, F. D de. **Regimes de Proteção Social na América Latina: modelos e tendências recentes**. Revista Emancipação, Ponta Grossa, vol. 01/2012. DOI: 10.5212. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/2676> Acesso em jul 2017

ARAÚJO, L. ; RODRIGUES, M. de L. **Modelos de Análise das Políticas Públicas**. Revista Sociologia, Problemas e Práticas , Rio de Janeiro, 2016. Disponível em <https://spp.revues.org/2662> Acesso em set/2017.

ARNAU, A. ; PIERANTON, C. R. **Paraguai: situação da formação e mercado de trabalho na área da saúde**. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANADA SAÚDE. Recursos humanos em saúde no Mercosul. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/wcdsj/pdf/organizacao-9788575413982-06.pdf>. Acesso em 2 maio 2014.

BANCO MUNDIAL – BM (2012). **Relatório Econômico 2012**. Washington, D.C. 2012. Disponível em: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTANNREP/EXTANNREP>

[2012/0,,contentMDK:23278367~menuPK:8833388~pagePK:64168445~piPK:64168309~theSitePK:8784409,00.html](#)>. Acesso em: 28 jun. 2014.

----- BM (2017) Relatório Economico. Washington, D.C. 2017. Disponível em: <http://www.worldbank.org/pt/country/brazil> Acesso em nov/2017.

BACHRACH, P.; BARATZ, M. S. **Power and Poverty: theory and practice**. Oxford University Press, 1970.

BAPTISTA, T.W.F.; REZENDE, M. **A ideia de ciclo na análise de políticas públicas**. In MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org). Caminhos para análise das políticas de saúde, 1.ed.– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. Disponível em <http://site.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?p=432> Acesso em set/2017.

BARRET, S. **Implementation Studies: Time for a Revival? Personal Reflections on 20 Years of Implementation Studies**. Public Administration 82 (2). BARRIENTOS, A., 2004. Latin America: Towards a liberal-informal Welfare Regime. In I. Gough & G. Wood, eds. Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

BARRET, R. **El dolor paraguayo**. Edictora Guarani, Assunción, 1911. Disponível em: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/211601.pdf> Acesso em dez/2017.

BARROS, L. E. P. **O processo que resultou na construção de Itaipu e as consequências para os Ava-Guarani**. Revista UEL, 2006. Disponível em: http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sites/anais/anais14/arquivos/textos/Poster/Trabalhos_Completos/Luiz_Barros.pdf Acesso em jan 2018.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Graal, Rio de Janeiro, 1985.

BATISTA, G. **Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo**. Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.cress-ms.org.br/noticia/mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-mais-uma-ameaca-do-governo-ilegitimo/374> Acesso em dez/2017

BAUMGARTNER, F. ; JONES, B. **Agendas and Instability in American Politics** . Chicago: University of Chicago Press, 1993.

BEHRING, E. R. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

BIRCH, M.H. **El legado económico en los años de Stroessner y el desafío por la democracia**. In: BRUN, D. Abente (Ed.) Paraguay en transición. CADEP: Asunción, 1993. Disponível em: <http://web.isanet.org/Web/Conferencias/FLACSO-ISA%20BuenosAires%202014/Archive/9e94d2a8-7194-4840-83e4-48b5be283652.pdf> Acesso em: 18 jun. 2014.

BONIS, D. ; PACHECO, R. **Nem político, nem burocrata: o debate sobre o dirigente público**. In Burocracia e política no Brasil; desafios para o Estado democrático no século XXI. Editora FGV, Rio de Janeiro, 2010.

BOSCHETTI, I. **Seguridade Social na América Latina após o dilúvio neoliberal**. Observatório da Cidadania, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em <http://www.ibase.br/userimages/seguridade1.pdf> Acesso em jul 2017.

BREWER, G. **The policy sciences emerge: to nurture and structure a discipline.** Policy Sciences, 1974.

BRASIL. (1994). **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Ministério da Saúde, Brasília, 1994.

_____ (2004) **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** . Ministério da Saúde ,Brasília: 2004.

_____ (2005) **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso em nov/2017

_____ (2006) **Saúde Mental em Dados.** . Ministério da Saúde, Brasília, 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1220.pdf> Acesso em nov/2017.

_____ (2008) **Saúde Mental em Dados.** . Ministério da Saúde, Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf Acesso em nov/2017.

_____ (2009) **Relatório Brasileiro sobre Drogas.** Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília, 2009. Disponível em: <http://justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/relatorios-politicas-sobre-drogas/relatoriobrasileirosobredrogas-2010.pdf> Acesso em nov/2017

_____ (2010a) **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** . Ministério da Saúde, Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html . Acesso em nov/2017

_____ (2010b) **MERCOSUL social e participativo - construindo o Mercosul dos povos com democracia e cidadania.** Ministério das Relações Exteriores. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Brasília, 2010. Disponível em http://ismercosur.org/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Mercosul_Social-e-Participativo-2010.pdf Acesso em jan/2018.

_____ (2011a) **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** . Ministério da Saúde, Brasília, 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteiras_reforma_psiquiatrica.pdf Acesso em nov/2017.

_____ (2011b) **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.** Ministério da Saúde, Brasília, 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf Acesso em nov/2017.

_____ (2012) **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.** . Ministério da Saúde, Brasília, 2012 Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2921879/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%202-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf Acesso em nov/2017.

_____ (2015a) **Implantação das Redes de Atenção a Saúde e Outras Estratégias da SAS.** . Ministério da Saúde, Brasília, 2015. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf Acesso em nov/2017.

_____ (2015b) **Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12.** . Ministério da Saúde , Brasília, 2015 Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental Acesso em fev./ 2016.

_____ (2017). **Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade – Adoecimento Mental e Trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais.** Ministério da Fazenda Brasília, 2017. Disponível em : <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf> Acesso em nov/2017.

CANTU, R. **Depois das reformas: os regimes de proteção social latino americanas na década de 2000.** Revista de Sociologia e Política, 2015. ISSN: 0104-4478

CAPELLA, A. C. **Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas.** In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M. & MARQUES, E. Políticas publicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva.** Paidós Iberica, Espanha, 1996

CARDIN, E, G. **Globalização e desenvolvimento regional na Tríplice Fronteira.** Revista de Ciências Sociais Unisinos. Volume 45, número 2, mai/ago 2009 maio/agosto de 2009.

_____ E. G. **Sociedade e indivíduos: convivendo com a violência na fronteira.** In: As múltiplas faces da fronteira. Curitiba: Editora CRV, 2013.

CARINHATO, P. H. **Neoliberalismo, Reforma do Estado e políticas sociais nas últimas décadas do século XX no Brasil.** Revista Aurora, ano 11, número 3, dezembro de 2008. Disponível em <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/aurora/article/view/1192/1060> Acesso em jan/2018.

CARNEIRO, N. G de O. **Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial – haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental?** Revista Latinoamericana de . Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 11, n. 2, junho 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n2/a03v11n2> Acesso em out/2017.

CARVALHO, M. L. **Implementação de política pública: uma abordagem teórica e crítica.** In: X Colóquio internacional sobre Gestion Universitaria en America del Sur. Mar del Platta, Dez. de 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/97020/IMPLEMENTA%C3%87%C3%83O%20DE%20POL%C3%8DTICA%20P%C3%9ABLICA%20UMA%20ABORDAGEM%20TE%C3%93RICA%20E%20CR.pdf?sequence=1> acesso em abr 2016.

CASTRO, Nivalde J. de et al. (2014), **“Importância e Dificuldades da Integração Elétrica na América Do Sul”.** In: Perspectivas para a Integração da América Latina, Letras, Brasília, 2014.

CATTA, L. E. **O cotidiano de uma fronteira: a perversidade da modernidade.** EDUUNIOESTE. Cascavel, 2002.

CEGLA, I; FRANCO, F. J. **Historia de la psiquiatria em el Paraguai**. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidade Nacional de Assuncion. Vol XVI; nr. 01-01. Assunción, 1984.

CLINE, K. **Defining the implementation problem: organizational management versus cooperation**. Journal of Public Administration Research and Theory , v. 10, n. 3, 2000.

COHEN, E. ; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

COHEN, M. D.; MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. **A Garbage Can Model of Organizational Choice** . Administrative Science Quarterly , v. 17, n.1, p. 1-25, mar. 1972.
 COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE — CEPAL (1994) ILPES- Instituto Latino Americano y del Caribe de **Planificación Económica y social. Reforma y Modernización del Estado. Santiago de Chile**: Comissão Económica para America latina y el Caribe- Naciones Unidas, 1994.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE — CEPAL (2000), **Panorama social da América Latina** — 1999-2000 Santiago do Chile. Disponível em <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1211-panorama-social-america-latina-2000-2001> Acesso em fev/2016.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE- CEPAL (2006) **Estudio Económico del America Latina y el Caribe 2005-2006**. Disponível em: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/26135/lcg2314e.pdf>. Acesso em: 2jul. 2014.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE- CEPAL (2013) **Estudio Económico del America Latina y el Caribe 2013**. 2006. Disponível em: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1252/S2013870_pt.pdf?sequence=1 Acesso em: 20 jan. 2015.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE — CEPAL (2015), **Panorama Social de América Latina 2015**. Disponível em: http://www.cepal.org/sites/default/files/presentation/files/220321_ps_2015_ppt.pdf Acesso em jul 2017.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE — CEPAL (2016), **Panorama Social de América Latina 2016**. Disponível em: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41738/S1700509_pt.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em jul 2017

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE — CEPAL (2017), **Proteção Social na América Latina**, 2017. Disponível em: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/41105> Acesso em jul 2017

COGIOLLA, O. **Governos Militares na América Latina**. Contexto: São Paulo, 2001. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/114570/mod_resource/content/1/Coggiola%20-%20Governos%20Militares%20na%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf Acesso em ago/2017.

CONCEIÇÃO, M. C. G. da, **Pobreza, Política Social e Saúde na América Latina**. Revista Diálogos Possíveis, V. 01, nr 02, 2012. Disponível em <http://www.faculdadesocial.edu.br/revistas/index.php/dialogospossiveis/article/view/7/5> Acesso em jul 2017

COOPER, H., HEDGES, L. (2009). **Research Synthesis as a Scientific Process**. in: H. Cooper, L. Hedges J. Valentine (Edts.). *The Handbook of Research Synthesis and Meta-Analysis*, 2 ed.. New York, NY: Russel Sage Foundation.

CORLETTTO, A. P. **Elementos orientadores das reformas da proteção social na América Latina**. Revista Argumentum, Vitória Volume 02, jan/jun 2010. Disponível em <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/337> Acesso em ago/2017.

COSTA, L. C. **Integração regional e mudanças no estado de bem-estar: reflexões sobre a União Europeia e o Mercosul**. In : A política social na América do Sul: perspectivas e desafios no século XXI. UEPG, Ponta Grossa, 2013.

COSTA, T. C. M.; FERREIRA, M. D. M. **Os sistemas de proteção social e suas influências na configuração da seguridade social e da assistência social no Brasil**. Revista Faculdade Santo Agostinho, Teresina, v. 10, n. 3, art. 14. Jul/Set. 2013. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/190/116> Acesso em jul/017.

COUTINHO, N. C. **Marxismo e Política: a dualidade de poderes**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

CURY, M. J. F; FRAGA, N. C. **Conurbação Transfronteiriça e o Turismo na Tríplice Fronteira: Foz do Iguaçu (Br), Ciudad del Este (Py) e Puerto Iguazú (Ar)**. Revista Rosa dos Ventos nr. 05, 2013 Disponível em <http://www.uces.br/etc/revistas/index.php/rosadosventos/article/view/2253> Acesso em jan 2018

DANIEL, J. M. **Discricionariade Administrativa em matéria de Políticas Públicas**. Dissertação de Mestrado da Universidade de São Paulo. Faculdade de Direito. Departamento de Processo Civil, 2015. Disponível em http://www.veirano.com.br/upload/content_attachments/16/Discricionariadeh_Administrativa_em_Materia_de_Politicas_Publicas_2011_original.pdf Acesso em set/2017.

DI GIOVANNI, G. **Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual**. In: Oliveira, Marco Antonio de (Org.). Reformas do estado e políticas de emprego no Brasil. Campinas (SP): UNICAMP. IE, 1998.

_____. **As estruturas elementares das políticas públicas**. NEPP. *Cadernos de pesquisa*, n. 82, UNICAMP, 2009.

DOMINGUES, J. **Antecedentes e Desdobramentos da Política de Saúde Mental em Blumenau- SC**. Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Pública da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, 2005.

DOMINGUES, J.; NOGUEIRA, V. M. R. **Política de Saúde Mental no Paraguai: avanços e desafios no campo da atenção e direitos humanos**. Seminário América Latina: Cultura, Histórica e Política. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2015. Disponível em : <http://seminarioamericalatina.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Pol%C3%ADtica-de-Sa%C3%BAdede-Mental-no-Paraguai-avan%C3%A7os-e-desafios-no-campo-da-aten%C3%A7%C3%A3o-e-respeito-aos-Direitos-Humanos-Juliana-Domingues-e-Vera-Maria-Rib.pdf> Acesso em: mar 2016.

DOMINGUES, J.; GONÇALVES, J. A. ; NOGUEIRA, V. M R. **A institucionalização da Política de Saúde Mental no Paraguai: antecedentes, conteúdos e desafios atuais**. Revista Políticas Públicas Maranhão, v 21, n1 01, 2017. Disponível em

<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/7336> Acesso em jul/2017.

DRAIBE, S. M. **Estado de Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea.** In: HOCHMAM, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Orgs.). *Políticas Públicas no Brasil.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

DULLAK, R.; RIVEROS, M. I. R.; BURSZTYN, I.; BERJANRANO, M. S. C.; RUOTI, M.; PAREDES, M. E.; WILDBERGER, C.; MOLINAS; F. **Atención Primaria em Salud em Paraguay: panorámica y perspectiva.** In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (6): 2865-2875, 2011.

DURKHEIM, É. **As regras do método sociológico.** In: *Durkheim.* 2ª ed. Trad. de Margarida Garrido Esteves. São Paulo, Abril Cultural, 1983.

DYE, T. R. **Policy Analysis: what governments do, why they do it, and what difference it makes.** Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1984

_____. **Understanding Public Policy.** Upper Saddle, NJ: Prentice Hall, 2005.
ESPING-ANDERSEN. **As três economias políticas do Welfare State.** In: *Lua Nova.* Rio de Janeiro, nr. 24, 1991.

_____. **Los fundamentos sociales de las economias pos-industriales.** Barcelona: Ariel, 2000.

FALEIROS, V. P. **A política Social no Estado Capitalista.** Cortez: Rio de Janeiro, 1980.

FARIA, C. A. P. **A Política de Avaliação de Políticas Públicas.** *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, V. 20, nr. 59, 2005 Disponível em <http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper44.pdf> Acesso em set/2005.

_____. (org). **Implementação de Políticas Públicas: teoria e prática.** Belo Horizonte: Ed PUC Minas, 2012.

FILGUEIRA F. **Tipos de Welfare y reformas sociales en Amerila Latina. Eficiencia, Residualismo y ciudadanía estratificada.** Version revisada y modificada del documento presentado en el marco proyecto "Social Policy Citizenship in Central America. Social Science Research Council. Guadalajara, 1997.

_____. **Modelos de desarrollo, matriz del Estado social y herramientas de las políticas sociales latinoamericanas.** In: Cecchini S, Filgueira F, Martínez R, Rossel C, editores. *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización.* Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2015.

FILHO, T. P. A. **Burocratas do Nível de Rua: uma análise interacionista sobre a atuação dos burocratas na linha de frente do Estado.** *Áskesis*, v. 3, n. 1 |, janeiro/junho – 2014. Disponível em https://revistaaskesis.files.wordpress.com/2014/07/04_dossie_askesis2014_tarcic3acc281sio_perdigac3acc692o.pdf Acesso em out/2017.

FLEURY, S.; MOLINA, C. G. **Modelos de protección social.** In: *Diseño y gerencia de políticas y programas sociales.* Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (Indes), 2002.

FLORA, P. ALBER, J. **Modernization, democratization, and the development of Welfare State.** In: FLORA, P; HEIDENHEIMER, A. The development of Welfare States in Europe and America. New Brunswick (EUA) / London (UK)

FLORES, J. H. **La reinvenção de los derechos humanos.** Andalucía: Atrapasuenos, 2007.

FONTE, E. M. M da. **Da institucionalização da loucura a reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil.** Estudos de Sociologia, v. 01, n. 18, 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48> Acesso em nov/2017.

FRANZONI, J. M. **Regímenes del bienestar en America Latina.** Fundación Carolina, Madrid – Espanha, 2007. Disponível em <https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2014/08/DT11.pdf> Acesso em jul 2017.

FREY, K. **Análise de Políticas Públicas: algumas releções conceituais e suas implicações para a situação brasileira.** PPGSP/UFSC, Cadernos de Pesquisa , n. 18, p. 1-36, set. 1999.

_____. **Políticas Públicas: um debate conceitual e releções referentes à pratica da análise de políticas públicas no Brasil.** Planejamento e Políticas Públicas , n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

GEMELLI, V. **As redes do tráfico: drogas ilícitas na fronteira Brasil e Paraguai.** Dissertação de Mestrado em Geografia. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Francisco Beltrão, 2013. Disponível em <http://tede.unioeste.br/handle/tede/1096> Acesso em jan 2018.

GIOVANELLA, L. et al. **Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23, Sup 2: S251-S266, 2007.

GOIRIS, F. A. J. **Autoritarismo e democracia no Paraguai contemporâneo.** Curitiba: UFPR, 2000.

GONÇALVES, L.M.S.R. **Saúde Mental e trabalho Social** – São Paulo Cortez, 1983.

GONÇALVES, R. W ; VIEIRA, F. S. ; DELGADO, P. G. G. **Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009.** Rev. Saúde Pública vol.46 no.1 São Paulo Feb. 2012 Epub Dec 20, 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000085> Acesso em mar 2016.

GRINDLE, S. M. **Bureaucrats, politicians, and peasants in Mexico : a case study in public policy.** California: University of California Press, 1977.

GRUPPI, L. **Tudo começou com Maquiavel: As concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci.** Porto Alegre: L & PM, 198

GUINMARÃES, M. C. L. **O debate sobre a descentralização de políticas públicas: um balanço bibliográfico.** Organizações & Sociedade, 2002 – SciELO- Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/osoc/v9n23/03.pdf> Acesso em nov/2017.

GUIMARÃES, A. N.; BORBA, L. O. ; LAROCCA L M. , ; MAFTUN, M. A. **Tratamento em Saúde Mental no modelo manicomial (1600 a 2000): histórias narradas por**

profissionais de Enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf> Acesso em out/2017.

HAESBAERT, R. **Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade.** Anais do I Congresso Nacional sobre múltiplas Territorialidades, Porto Alegre UFRGR, 2004

HERNANDEZ, L. O.; MORENO, S. L.; BORGES, G. . **Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana.**In: Cad. Saúde Pública vol.23 no.6 Rio de Janeiro June 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&HYPERLINK=http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600002pid=S0102-311X2007000600002 Acesso em set/2017__

HILL, H. **Understanding implementation : street -levelbureaucrats' resources for reform.** Journal of Public Administration Research and Theory , v.13, , 2003. Disponível em https://www.bop.gov/resources/research_projects/published_reports/gen_program_eval/oreprrreform_b.pdf Acesso em set/2017.

HILMANN, Alison A. **Los derechos humanos y la exclaustación: un triunfo para el continente americano.** Revista Panamericana de Salud Pública. v.18, n.4-5, Washington, oct/nov. 2005. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900018. Acesso em: 21 jun. 2014.

HÖFLING, E. de M. **Estado Políticas (Públicas) Sociais.** In: Caderno Cedes, ano XXI, nr. 55, novembro/2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0101-32622001000300003&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em ago/2017.

HOWLETT, M. ; RAMESH, M. **Studying Public Policy: policy cycles and policy subsystems.** Canadá: Oxford University Press, 1995.

HOWLETT, M. **A dialética da opinião pública: efeitos recíprocos da política pública e da opinião pública em sociedades democráticas contemporâneas.** Opinião Pública, Campinas, v. 6, n. 2, p. 167-186, Out. 2000.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IBGE – Instituto Nacional de Geografia e Estatística (2016). **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão,** Brasília, 2016. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em nov/2017.

INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION, **O que é redução de danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA),** 2010. Disponível em https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_IR_Portuguese.pdf Acesso em out/2017.

JORGE, I. V. M. **A importância da burocracia do “Nível de Rua” em processo de mudança organizacional: o caso do Hospital Municipal Menino Jesus.** Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2012.

KINGDON, J. W. **Agendas, Alternatives, and Public Policies.** 2. ed. Boston: Little, Brown, 1984.

KLEINSCHMITT, S. C.; AZEVEDO, P. R.; CARDIN, E. **A tríplice fronteira internacional entre Brasil, Paraguai e Argentina: contexto histórico, econômico e social de um espaço conhecido pela violência e pelas práticas ilegais.** Revista Perspectiva Geográfica, vl 09, nr 09, 2013. Disponível em <http://e-revista.unioeste.br/index.php/pgeografica/article/view/9383> Acesso em jan 2018

KOHN, L. I., CALDAS A. JM, VICENTE B, A. L, CCARAVEO- A. JJ, SAXENA S, Saraceno B. **Los trastornos mentales em America Latina y El Caribe: asunto prioritário para La salud pública.** In Revista Panamericana Salud Publica. 2005. Disponível em <https://scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n4-5/229-240/es/> Acesso em abr 2016

LA CUADRA, F. M. **Os desafios da política social na América Latina.** Cadernos Gestão Pública e Cidadania. São Paulo, v. 19, nr. 64 jan/jun 2014. Disponível em http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BHSpOpEA_iMJ:bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/download/10382/25692%26lang%3Des+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br Acesso em ag/2017.

LAKATOS, E. M. ; MARCONI, M. A. **Técnica de Pesquisa.** 3 edição. São Paulo: Atlas, 1996.

LASSWELL, H. D. **“The Policy Orientation.”** In Lerner Daniel and Lasswell Harold D (eds.). The Policy Sciences: Recent Developments in Scope and Method. Stanford: Stanford University Press, 1951.

LERNER D.; LASSWELL , H. D (eds.). **The Policy Sciences:** Recent Developments in Scope and Method. Stanford: Stanford University Press, 1951.

LIMA, L. L. D’ASCENZI, L. **Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas.** Revista de Sociologia V. 21, n. 48., 2013.

LINDBLOM, C. E. **The Science of ‘Muddling Through’**, in Public Administration Review, Vol. 19, 1959.

LIPSKY, M. **Street level bureaucracy : dilemmas of the individual in public service.** New York: Russell Sage Foundation, 1980.

LOPES, C. **Nos subterrâneos da mente.** São Paulo: Atlas, 1999.

LOPES, L. M; SANTOS, B. C. N. **Tríplice Fronteira: diferentes aspectos de uma região instável.** Anais do XVI Congresso Internacional FoMerco – Integração em tempos de Crise: desafios políticos e dilemas teóricos, Salvador, 2017. Disponível em http://www.congresso2017.fomerco.com.br/resources/anais/8/1503942499_ARQUIVO_ArtigoFomercoTripliceFronteiraLucasMLopesBarbaraNunes.pdf Acesso em jan 2018

LÓPEZ, C. **Médico critica la “manicomialización” de institutos psiquiátricos.** Diario ABC Color, Asunción, 26 jun. 2011. Disponível em: <http://www.abc.com.py/edicion-impresa/locales/medico-critica-la-manicomializacion-de-institutos-psiquiatricos-275932.html>. Acesso em: 01 ago. 2014.

LOTTA, G. S. **Saber e Poder: agentes comunitários de saúde a proximando saberes locais e políticas públicas.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Administração Pública e Governo da EAESP/FGV, 2006.

_____. **O papel das burocracias do nível de rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade.** In: Implementação de Políticas Públicas/ Org Carlos Aurélio Pimenta de Faria. Belo Horizonte. Ed. PUC Minas, 2012.

_____. **Agentes de implementação: uma forma de análise de políticas públicas.** Cadernos Gestão Pública e Cidadania, São Paulo, v. 19, n. 65, Jul./Dez. 2014. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/10870/40890> Acesso em set/2017.

MANZINI, E. J. **Entrevista Semi-Estruturada: Análise de Objetivos e Roteiros.** Departamento de Educação Especial do Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Estadual de São Paulo – UNESP, Marília, SP, 2004, Disponível em https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf Acesso em jan/2018

MANDEL, E. **O capitalismo tardio. Coleção “Os Economistas”.** São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARAZINA, I. V. **A saúde mental pública na América Latina: estudo comparativo dos sistemas de saúde Mental Brasil e Argentina.** Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública na Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública, 2011. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis Acesso em fev 2016

MARCA, L. A. **Atenção a saúde mental na região de fronteira do Brasil com o Paraguai: políticas, redes de atenção e percepção de profissionais e gestores.** Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Florianópolis, 2007.

MARINUCCI, R. **Brasileiros e brasileiras no exterior - apresentação de dados recentes do Ministério das Relações Exterior.** Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em http://www.csem.org.br/2008/roberto_marinucci_brasileiros_e_brasileiras_no_exterior_segundo_dados_do_mre_junho2008.pdf Acesso em nov/2017

MARSHALL, t. h. **Cidadania, classe social e status.** Rio de Janeiro: Zahar, 1963.

MATLAND, R. **Synthesizing the implementation literature: the ambiguity conflict model of policy implementation.** Journal of Public Administration Research and Theory, v. 5, n. 2, 1995.

MATTAR, F. N. **Pesquisa: metodologia e planejamento.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1993. v. 1

MENDONÇA, L. J. V. P. **América Latina: da desigualdade social à desigualdade econômica.** Argumentum, Vitória, v. 1, n. 1, p. 78-91, jul./dez. 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Juliana/Downloads/Dialnet-AmericaLatinaDaDesigualdadeSocialADesigualdadeEcon-3987442.pdf> Acesso em jul 2017.

MESA-LAGO, C. **Social security in Latin America: pressure groups, stratification and inequality.** University of Pittsburg, 1978.

_____. **Models of Development, Social Policy and Reform in Latin America.** In: MKANDAWIRE, T. (Ed.). Social Policy in a Development Context. Basingstoke: Unrisd/Palgrave Macmillan, 2004.

MIDAGLIA, C. **Un balance crítico de los programas sociales em America Latina. Entre el liberalismo y el retorno do Estado.** Nueva Sociedad n. 239, mai/junho de 2012. Disponível em: <http://nuso.org/articulo/un-balance-critico-de-los-programas-sociales-en-america-latina-entre-el-liberalismo-y-el-retorno-del-estado/> Acesso em ago/2017

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde.** 5. Ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. **Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional.** Rev. Katálysis vol.16, Florianópolis 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802013000300005 Acesso em jul/2017.

MINCATO, R. **Políticas públicas e sociais: uma abordagem crítica e processual.** In: Políticas públicas [recurso eletrônico]: definições, interlocuções e experiências / org. Mara de Oliveira, Sandro Trescastro Bergue. – Dados eletrônicos. Caxias do Sul, RS : EducS, 2012. Disponível em: http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/institucional/esqc/biblioteca_eletronica/livros/POLITICAS_PUBLICAS_EDUCS_EBOOK_2.pdf Acesso em abr 2016

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social; crítica ao padrão emergente de intervenção social.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MORAES, A. C. R. **Bases da Formação Territorial do Brasil: O território colonial brasileiro no "longo" século XVI.** São Paulo: Hucitec, 2000.

MOUJAN, M. C. A. **Presente y futuro de los servicios de salud mental en Paraguay. Centro de Documentación, Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología. Universidad Católica Nuestra Señora de Asunción,** 2011. Disponível em: <http://www.psicoeureka.com.py/publicacion/8-2/articulo/10>. Acesso em: jul. 2014.

MULLER, P. **Les Politiques Publiques.** Paris, Presses Universitaires de France (8.^a edição), 2010.

MULLER, K. K. **Espaços urbanos de fronteiras nacionais: leituras de jornais locais. Revista Eletrônica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul,** ed 12. V. 02, 2005/02. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/26570> Acesso em: mar 2016

NETTO, J.P. **Desigualdade, pobreza e serviço social.** Revista Em Pauta. Nr. 19. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/190/213> Acesso em: mar. 2016.

NOGUEIRA, V. M. R.; SILVA, M. G. **Direitos, Fronteiras e Desigualdades em Saúde.** Revista Em Pauta, Vol. 06, nr. 24, 2009. Disponível em: http://www.e-publicacoes_teste.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/521/581 Acesso em dez/2017. Acesso em jan/2018

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES. H. S; BOMTEMPO, C. G. C. **Políticas Sociais e as perspectivas de ampliação de direitos no Mercosul e em áreas fronteiriças – inovações e tendências.** In: A política social na América do Sul: perspectivas e desafios do século XXI.UFPG, Ponta Grossa, 2013.

OCAMPO, J. A. **Las concepciones de la política social: universalismo versus focalización.** Revista Nueva Sociedad n. 215, mayo-junho 2008. Disponível em http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/17052/original/Equidad_macroeconomia_y_politica_social.pdf Acesso em jul/2017.

OLIC, N. B. **Geopolítica da América Latina.** São Paulo: Moderna, 1992.
OLIVEIRA, A. **Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas.** Rev. Adm. Pública — Rio de Janeiro 46(6):1551-73, nov./dez. 2012 Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7136/5686> Acesso em set/2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS (2001) **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança.** Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf> Acesso em ou/2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS (2004) **Prevención de los trastornos mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas.** Disponível em http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf Acesso em out/2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS (2005) **Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica.** Disponível em http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf Acesso em out/2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS (2008) **Programa de Acción para superar las brechas en salud mental – Mejora y ampliación de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias 2008-2012.** Disponível em: http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf Acesso em out/2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS (2017). **Depressão e outros distúrbios mentais comuns: estimativas globais de saúde.** Disponível em: <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsId=56230#.Wgdgs9CnHIW> Acesso em nov/2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE OMS/OPAS (1990) **Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS).** 1990 nov 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OPAS/OMS (2006) **Informe WHO – AIMS sobre el sistema de Salud Mental en Paraguay. Asunción, 2006.** Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/paraguay_who_aims_report_spanish.pdf. Acesso em: jul. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE OMS/OPAS (2007). **Agenda de Salud para las Americas,** Panamá, 2017. Disponível em http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf Acesso em nov/2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OPAS/OMS (2010) **Consenso do Panamá.** Conferencia Regional de Salud Mental, Panamá, 2010. Disponível em <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf> Acesso em out/2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OPAS/OMS (2013) **Informe de la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS), 2013**. Disponível em : <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf> Acesso em mar 2016

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OPAS/OMS (2014a). **Mortalidad por Suicidio en las Américas – Informe Regional**, Washington, 2014. Disponível em <https://nacoesunidas.org/mais-de-sete-pessoas-por-hora-cometem-suicidio-nas-americas-afirma-opasoms/> Acesso em nov/2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OPAS/OMS (2014b). **Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020**, Washington, 2014. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf Acesso em nov/2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OPAS/OMS (2015). **Atlas Regional de Salud Mental en Las Américas**, Washington, 2015 Disponível em http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28450/9789275319000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y Disponível em nov/2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OPAS/OMS (2017a). **Plano de Ação sobre Saúde Mental. 29º Conferencia Sanitária Pan Americana**, Washington, 2017. Disponível em http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13497&Itemid=es&lang=pt Acesso em out/2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OPAS/OMS (2017b). **Salud en las Americas**, Washington, 2017. Acesso em nov/2017. Disponível em <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?lang=es> Acesso em nov/2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS (2009a) **Estrategia y plan de acción sobre salud mental, 2009**. Disponível em: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf Acesso em mar 2016

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS (2009b) **Epidemiologia de los trastornos mentales en America Latina y Caribe. 2009**. Disponível em: http://www.paho.org/COL/index.php?option=com_content&view=article&id=355:epidemiologia-de-los-trastornos-mentales-en-america-latina-y-el-caribe&catid=698&HYPERLINK=http://www.paho.org/COL/index.php?option=com_content&view=article&id=355:epidemiologia-de-los-trastornos-mentales-en-america-latina-y-el-caribe&catid=698&Itemid=361 Acesso em: jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS (2013). **Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2013. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/3145acbce74222e09c33ac1c895786251eff328a.PDF> Acesso em nov/2017.

PÁDUA, El. M. M. de. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico prática**. 2. ed. Campinas: Papiros, 1997.

PARAGUAY (1967). **Constitución de la República del Paraguay**, Asunción, 1967.

_____ (1992). **Constitución de la República del Paraguay**, Asunción, 1992.

_____ (1997) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Departamento de Salud Mental. Organización Panamericana de Saúde. Unidad de Salud Mental Regional – **Una alternativa en la Atención de Salud Mental y de la Asistencia Psiquiátrica Descentralizada**. Asunción, 1997.

_____ (2002). Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Programas de Salud. Dirección de Salud Mental. **Política Nacional de Salud Mental 2002-2006**. – Asunción, 2002.

_____. (2008) Alianza Patriótica para el Cambio. **2008. República del Paraguay. Gobierno de Unidad Nacional. Asunción**, setiembre de 2008. Disponible em: <http://informe21.com/alianza-patriotica-cambio>. Acceso em: jun. 2014.

_____ (2011a) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Mental. **Política Nacional de Salud Mental 2011-2020**. – Asunción, 2011. Disponible em http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pubblicaciones-con-contrapartes&alias=333-politica-de-salud-mental&Itemid=253 Acceso em set/2014.

_____ (2011b) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social **Sistemas de Salud en Sudamerica: desafíos hacia la integridad y equidad**. Ministerio de Salud e Bienestar Social, 2011. Disponible em: <http://www.mspps.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/07/SSS-PARAGUAY-2011.pdf> Acceso em abr 2016.

_____ (2011c) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Manejo clínico de trastornos mentales en atención primaria de la salud**. Ministerio de Salud e Bienestar Social, 2011. Disponible em: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pubblicaciones-con-contrapartes&alias=191-protocolo-4-manejo-clinico-de-trastornos-mentales-en-aps&Itemid=253 Acceso em dez/2017.

_____ (2011d) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Normas y procedimientos en la atención de salud mental**. Ministerio de Salud e Bienestar Social, 2011. Disponible em: <https://pt.scribd.com/document/103219641/Manual-de-Normas-y-Procedimientos-de-Salud-Mental> Acceso em dez/2017.

_____ (2012) Ministerio de la Salud Pública. **Notas sobre la descentralización en el sector salud del Paraguay**. Asunción, 2012. Disponible em <http://desarrollo.org.py/admin/app/webroot/pdf/publications/12-10-2015-11-23-50-1935705183.pdf> Acceso em nov/2017.

_____ (2013) Ministerio de la Salud Pública. **Guía de Criterios de admisión y manejo de personas con trastornos mentales**. Asunción, 2013 Disponible em <http://www.mspps.gov.py/saludmental/wp-content/uploads/2014/06/Gu%C3%ADa-de-Criterios-PICU.pdf> Acceso em dez/2017.

_____ (2014) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social **Paraguay: resumen de la analices de situación y tendencias de salud.2008**. Disponible em: <http://www.paho.org>. Acceso em: jun. 2014.

_____ (2015) Ministerio de la Salud Pública. **Directorio de Servicios de Atención a la salud mental em la Red Integrada de Servicios de Salud.** Asuncion, 2015 Disponível em <http://media.ultimahora.com/adjuntos/161/imagenes/007/469/0007469582.pdf> Acesso em nov/2017

_____ (2016a) Ministerio de la Salud Pública. **Protocolo a ser aplicado en las Unidades de Salud para La Familia para la evaluación de las habilidades en Personas con diagnóstico de discapacidad pesicossocial.** Asuncion, 2016.

_____ (2016b) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Gobernación Alto Paraná. **Plan Departamental de Salud Alto Parana. Programa de Inversión 2016-2018.** Disponível em: http://www.cird.org.py/salud/docs/Plan_Regional_Salud_AltoParana.pdf Acesso em jan 2018.

_____ (2017). Dirección General de Estadísticas Escuestas y Censos. DGEEC – **Censo de población 2014.** Disponível em: <<http://www.dgeec.gov.py>>. Acesso em: 19 jul 2014.

PARSONS, , D. W. **Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis.** Cheltenham, UK; Northampton, MA, USA, 1995.

PATRÍCIO, M. G. L. **O processo de integração do MERCOSUL: particularidades e atualidade.** Direito e Justiça, v. 39, n.01. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fadir/article/view/12571/9062> Acesso em jan/2018.

PEITER. P. C. **Geografia da Saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio.** Tese de doutorado em geografia apresentado para a Universidade Federal do Rio de Janeiro. UFRJ/IGEO/PPGG. Rio de Janeiro, 2003.

PEREIRA-PEREIRA, P. **Políticas Públicas e Necessidades Humanas com enfoque no gênero.** Sociedade em Debate, Pelotas , 2006. Disponível em: <http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/morena.marques/disciplina-servico-social-e-processos-de-trabalho/bibliografia/livro-completo-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais-2009/view> Acesso em ago/2017

_____ **Política Social: Temas & Questões.** São Paulo: Cortez, 2008a.

_____ **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania.** In: Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. Ivanete Bosquetti (org), São Paulo: Cortez, 2008b.

_____ **Estado, Sociedade e Esfera Pública.** In: Direitos Sociais e Competências Profissionais. CRESS/ABEPSS, 2009. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/130594862/Texto-5-Estado-Sociedade-e-Esfera-Publica> Acesso em ago/2017

_____. **Proteção Social contemporânea: cui prodest?.** In: Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 116, out/dez 2013.

PHINEL, P. **Tratado filosófico sobre a alienação** Editora da UFRGS, Porto Alegre, 2007.

PINHEIRO, V. C. **Modelos de Desenvolvimento e Políticas Sociais na América Latina em uma perspectiva histórica.** Revista Planejamento e Políticas Públicas n. 12 –

Jun/Dez.,1995. Disponível em http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4017/4/PPP_n12_Modelos.pdf Acesso em out/2017.

PRESSMAN, J. L; WILDAVSKY, A. B. **Implementation : how great expectations in Washington are dashed in Oakland: or, why it's amazing that Federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes.** 1. ed. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1973.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO – PNUD (2014) **Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-2014. Seguridad Ciudadana con rostro humano: diagnóstico y propuestas para la America Latina, 2013.** Disponível em: <http://www.latinamerica.undp.org/content/dam/rblac/img/IDH/IDH-AL%20Informe%20completo.pdf>. Acesso em: jun. 2014.

RABOSSI, F. **Nas ruas de Ciudad del Este: vidas e vendas num mercado de fronteira.** Tese de doutorado em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/262950/mod_resource/content/1/Rabossi.Nas%20ruas%20de%20Ciudad%20del%20Este.pdf Acesso em jan 2018

RAMOS, C. **Características epidemiológicas de los trastornos mentales tratados en la Cátedra de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de Asunción.** Anales de la facultade de ciencias medicas. V. 46. Assuncion, Junho de 2013. Disponível em : http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492013000100003&lng=pt&nrm=iso

REPETTO, F. **Protección social en América Latina: la búsqueda de una integralidad com enfoque de derechos.** Revista del CLAD Reforma y Democracia. Nr 47, junho 2010, Caracas. Disponível em: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-181.pdf> Acesso em set/2017

RIBEIRO, P. R. M. **Saúde mental: dimensão histórica e campos de atuação.** São Paulo: EPU, 1996.

RIPPEL, R. **Migração e desenvolvimento econômico no Oeste do Paraná: uma análise de 1950 a 2000.** Tese de Doutorado em Demografia na Universidade Estadual de Campinas: Campinas, SP, 2005. Disponível em: http://www.repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/280464/1/Rippel_Ricardo_D.pdf Acesso em jan 2018

RODRIGUES, J. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** 3. ed. Petrópolis, 1974.

RODRIGUES, R. C; MARINHO, T. P. C. **Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho.** *Ciência saúde coletiva* , vol.15, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700073 Acesso em set/2017.

RODRIGUES, A. L. **Fronteira e Território: considerações conceituais para a compreensão da dinâmica do espaço geográfico.** Revista Produção Acadêmica – Núcleo de Estudos Urbanos Regionais e Agrários/NURBA, nr. 02, dez, 2015.
ROSE, Richard. **Comparing Public Policy. European .** Journal of Political Research v. 1, n. 1, abr. 1973

RUA, M. das G. **Análise de políticas públicas: conceitos básicos**, in RUA, Maria das Graças, CARVALHO, Maria Izabel Valadão de (orgs.). O Estudo da Política: tópicos selecionados. Brasília, Paralelo 15, 1998.

_____ **Políticas Públicas – Aula 02**. Instituto de Gestão, Economia e Políticas Públicas- IGEP, São Paulo, 2015. Disponível em http://igepp.com.br/uploads/videos/videoaula_2.5a_discricionariedade_da_burocracia_segundo_a_teorias_das_organizacoes.pdf Acesso em set/2017.

RUA, M. das G.; ROMANINI, R. **Para Aprender Políticas Públicas**. Volume I: Conceitos e Teorias. Brasília. IGEP, 2013. Disponível em: < http://igepp.com.br/uploads/ebook/ebook-para_aprender_politicas_publicas-2013.pdf>. Acesso em set. 2017

RUSSO, J. (Org.). **Duzentos anos de psiquiatria: coletânea de trabalhos apresentados na jornada de psiquiatria do Rio de Janeiro**. Petrópolis, Rio de Janeiro, 1996.

SABATIER, P. ; JENKINS-SMITH, H. C. (Eds.). **Policy Change and Learning : an advocacy coalition approach**. Boulder, CO: Westview, 1993

SANTOS, N. G. **Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. 5 ed. São Paulo: Studio Nobel, 2007

SAQUET, M. A.; SOUZA, E. B. C. **Leituras do conceito de território e de processos espaciais**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

SARAVIA, E. **Introdução a Teoria da Política Pública**. In: Políticas Públicas, Brasília: ENAP, 2006. Disponível em: http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1254/1/cppv1_0101_saravia.pdf Acesso em set/2017.

SCARCELLI, M.; COSTA, D. **A integralidade nas ações de saúde mental**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SCHWARTZMAN, S. **Os desafios das políticas sociais para a América Latina**. Texto preparado para apresentação no Fórum Latinoamericano de Políticas Sociais: abordagens e desafios. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 2007. Disponível <http://www.schwartzman.org.br/simon/polsoc.pdf> Acesso em ago/2017

SECCHI, L. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análises, casos práticos**. São Paulo: CENGAGE Learning, 2012.

SERAFIM, M. P.; DIAS, R. de B. **Análise de Política: uma revisão de literatura**. Cadernos Gestão Social, v. 3 nr. 01 jan/junho 2012. Disponível em <http://www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/cgs/article/viewArticle/213> Acesso em set 2017.

SHIRAKAWA, I. **O ajustamento social na esquizofrenia**. Campo Grande: Lemos, 1992.

SILVA, M. G. **O local e o global na atenção as necessidades de saúde dos brasiguaios: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2006a.

SILVA, R. C. M. e. **Reconstrução de identidades de imigrantes árabes em Foz do Iguaçu, desafios analíticos.** In: Reunião da Associação Brasileira de Antropologia (ABA), 25., 2006, Goiânia, GO. Caderno de resumos... Goiânia, 2006b. Disponível em: <http://unbral.nuvem.ufrgs.br/base/items/show/8011> Acesso em jan 2018

_____. **A Atenção a Saúde dos discentes estrangeiros nas Universidade com vocação internacional** – demandas, políticas e práticas e perspectivas para fruição e acesso ao direito a saúde aos ingressantes não nacionais na Unila e Unilab. Projeto de Pesquisa CAPES, UNILA, Foz do Iguaçu 2015a.

SILVA, M. L. L. da, **Estado e Política Social na América Latina: as tendências da Previdência Social.** Katális, Florianópolis, v. 18, nr. 02. jul/dez 2015b.

SILVA, P. L. B. MELLO, Marcus A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos.** Campinas: NEPP/ Unicamp, 2000.

SILVA E SILVA. M. O. da. **Avaliação de Políticas e Programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos.** In: SILVA E SILVA, Maria Ozanira (org.) Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática. São Paulo: Veras, editora, 2008.

_____. **A Pobreza enquanto categoria teórica de fundamentação e foco de intervenção dos Programas de Transferência de Renda na América Latina.** VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. Anais de congresso, São Luis, 2015. Disponível em http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/mesas/programas-de-transferencia-de-renda-na-america-latina_contextualizacao.pdf Acesso em set/2017

SILVA FILHO, J. F. **A medicina, a psiquiatria e a doença mental.** Em Tundis, S. A. & Costa, N. R. (Orgs.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2001.

SIQUEIRA, S. **O Poder da Inquisição e a Inquisição como poder.** Revista Brasileira de História das Religiões – Ano I , no. 1 – Dossiê Identidades Religiosas e História, 2009. Disponível em <http://www.dhi.uem.br/gtreligiao/pdf/09%20Sonia%20Siqueira.pdf> Acesso em set/2017.

SIMON, H. A. **Administrative Behavior: a study of decision-making processes in administrative organization.** 1 ed. New York: Macmillan, 1947. Reeditado em 1976.
SOTO, S. F.; LIMA, V. F. S. de A.; TRIPIANA, J. D. **Transformações dos sistemas de proteção social no contexto latino-americano e antecedentes políticos e institucionais dos Programa de Transferência de Renda Condicionada (PTRC).** In: O mito e a realidade no enfrentamento à pobreza na América Latina: Estudo comparado de Programas de Transferência de Renda no Brasil, Argentina e Uruguai. Cortez: São Paulo, 2016.

SOTTOLI, S. **La política social en America Latina: diez dimensiones para el análisis y el diseño de políticas.** Ponencia apresentada en el encuentro Perspectivas de la política social em America Latina, celebrado em Washington D. C. Del 17 a 19 abril de 2012.

SOUCHAUD, Sylvain. **A visão do Paraguai no Brasil.** In: Revista Contexto Internacional – vol 33, nr. 01, janeiro/junho 2011.

SOUZA, C. **Políticas públicas: uma revisão de literatura.** Sociologia, Porto Alegre, ano 08, ano 16, julh/dez 2006.

SPOSATI, A. **Tendências latino-americanas da política social pública no século 21.** Revista Katálisis., Florianópolis, v. 14, n. jan/jun./2011

SUS/CNS (2010). Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IV da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial.** Brasília, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_final_ivcnsmi_cns.pdf Acesso em nov/2017.

TAVARES, M. C. e FIORI, J. L. **(Des)ajuste global e modernização conservadora.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

TEIXEIRA, S. F. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: ABRASCO. 1989.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade.** Cadernos da AATR –BA, Bahia, 2002. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf. Acesso em ago/2015.

TONET, I. **A Questão dos fundamentos.** In: TONET, I. Educação, cidadania e emancipação humana, Ijuí: UNIJUI, 2005.

TORRES, F. G. **Marginalización de los niños en situación de calles en Ciudad del Este.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Instituto Latino Americano de Economia e Política da Universidade Federal da Integração Latino Americana, UNILA, 2017. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/3073/VERSION%20FINAL%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em jan/2018

TRAPÉ, T. L.; CAMPOS, R. O. **Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação.** Revista Saúde Pública Universidade São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006059.pdf Acesso em nov/2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

TUDE, J. **Conceitos gerais de Políticas Públicas.** 1. ed. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2010. Disponível em <http://www2.videolivros.com.br/pdfs/24132.pdf> Acesso em set/2017.

TUMELERO, S. M. **Estado, Produção do Espaço e Intersectorialidade. Crítica e criação na implementação de políticas públicas.** Tese de doutoramento submetida ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, área de concentração Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social, Florianópolis, 2015. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/160623/338083.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em jul 2017

VALVERDE, D. L. D. **Reforma Psiquiátrica: Panorama Sócio-histórico, Político e Assistencial.** Revista Rede Psi, V. 01, 2010. Disponível em <http://www.redepsi.com.br/2010/11/21/reforma-psiqui-trica-panorama-s-cio-hist-rico-pol-tico-e-assistencial/> Acesso em out/2017.

VIANA, A.L.D.; FONSECA, A. M. M; SILVA, H. P. **Proteção Social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites.** Cadernos de Saúde Pública, 2017. Disponível em: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/public_site/arquivo/1678-4464-csp-33-s2-e00216516.pdf Acesso em jul 2017

VIANNA, M. L. T. W. **Em torno do conceito de política Social: notas introdutórias.** Rio de Janeiro, dezembro de 2002. Disponível em <http://antigo.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf> Acesso em ago 2016.

VILLAGRA, Luis Rojas (Org.). **Processo histórico de La economia paraguaya.** Asunción: Secretaria Nacional da Cultura el Paraguay, 2012.

WASELFSZ, J. J. **Mapa da violência: os jovens da América Latina.** Distrito Federal: RITLA, 2008. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/publicacoes/Mapa_2008_al.pdf . Acesso em: 18 jan 2018

WEBER, M. **The theory of social and economic organizations.** New York: Free Press, 1947.

WEISS, C. H. **Evaluation: methods for studying programs and policies.** New Jersey: Prentice Hall, 1998. Reedição da versão de 1972.

YASBEK, M. C. **Estado e Políticas Sociais.** Revista Praia Vermelha. 18. ed. UFRJ. Rio de Janeiro, segundo semestre 2005.

ZERO, M. **O Mercosul e os Processos de Integração da América do Sul e da América Latina (Integração pela Cidadania ou Desintegração pelas Assimetrias?).** Revista Brasil no Muid, vol 02, 2014. Disponível em: <http://brasilnomundo.org.br/analises-e-opinio/o-merc-sul-e-os-processos-de-integracao-da-america-do-sul-e-da-america-latina-integracao-pela-cidadania-ou-desintegracao-pelas-assimetrias/#.Wk66Cd-nHIU> Acesso em: jan/2018.