SAÚDE MENTAL NA REGIÃO DE FRONTEIRA: APRESENTANDO A ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA POLÍTICA NA ARGENTINA, BRASILE PARAGUAI.

Ariane Pinheiro De Quadros[1]
Rebecca Cañete de Farias[2]
Maria Geusina da Silva[3]

RESUMO

A saúde mental na Argentina, Brasil e Paraguai, reflete desafios comuns e particularidades regionais. Apesar das diferenças nos sistemas de saúde e políticas públicas em especial no ambito da saúde mental, os três países fronteiriços, compartilham a necessidade de melhoria do acesso aos cuidados especializados e combate ao estigma social promovendo o bem-estar psicológico das populações. O objetivo do trabalho é apresentar a organização e funcionamento da saúde mental nesses países. Este estudo revisou a literatura disponível entre 2010 e 2020 em bases de dados como Scielo e Google Acadêmico, além de sites governamentais e leis, para analisar a organização e funcionamento das políticas de saúde mental nos três países. A pesquisa, que focou em termos como "Políticas públicas de saúde mental" e "tríplice fronteira", "organização e funcionamento" , "Brasil", "Paraguai" e "Argentina", Revelou que, embora os três países tenham legislações e regulamentações ativas em saúde mental, todos enfrentam desafios relacionados à falta de suporte governamental para tornar as políticas mais abrangentes e eficazes..

Palavras-chave: Saúde Mental, Políticas Públicas, Tríplice fronteira.

INTRODUÇÃO

Em 2022, a Organização Mundial de Saúde divulgou um relatório abrangente sobre saúde mental intitulado *World Mental Healt Report: Transforming mental health for all*, do qual esse relatório destacou que em 2019, aproximadamente um bilhão de pessoas, incluindo 14% dos adolescentes, viviam com transtornos mentais, sendo o suicídio uma das principais causas de morte morte, especialmente entre os que têm menos de 50 anos. (OPAS, 2022)

Nesse mesmo relatório, foi destacado a piora da saúde mental durante a pandemia de COVID-19 ocorrida principalmente durante os anos de 2020 e 2021, na qual se teve o isolamento social de grande parte da população, a diminuição de atividades físicas, do convívio social e o aumento das desigualdades sociais, sendo esses vistos como alguns dos motivos para o maior declínio da saúde mental e aumento dos casos de ansiedade e depressão

[1] Graduada em Ciências Sociais (UFPA), Pós-Graduada em Docência do Ensino Superior (Faculdade META) e Mestranda em Políticas Públicas e Desenvolvimento (UNILA) – Email: ap.quadros.2024@aluno.unila.edu.br
[2] Graduada em EnfermageM (UNIOESTE) e Mestranda em Políticas Públicas e Desenvolvimento (UNILA) – Email: rc.farias.2024@aluno.unila.edu.br
[3] Graduada em Serviço Social (UNIOESTE), Mestre em Serviço Social (UFSC) e Doutora em Serviço Social (PUC-RS) – Email: maria.silva@unila.edu.br

dos últimos anos. Corroborando com esse mesmo pensamento, a Organização Pan-America de Saúde (OPAS) em união com a Organização Mundial da Saúde (OMS) pedem para que líderes políticos coloquem a saúde mental da população como um dos itens principais nas agendas políticas. (OPAS, 2022; OMS, 2020)

Além disso, transtornos mentais são a principal causa de incapacidade global, diminuindo consideravelmente a expectativa de vida de indivíduos afetados, exacerbados por fatores como abuso infantil e *bullying*, que desempenham papéis significativos na depressão. (OPAS, 2022)

Diante desses dados mundiais e do crescente aumento de pessoas com a saúde mental estremecida, decidimos traçar uma panorama sobre as políticas de saúde mental na região da Tríplice Fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai, que demonstram variações diversas, as quais são reflexo das peculiaridades históricas, culturais, socioeconômicas e políticas de cada país.

POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NA TRIPLICE FRONTEIRAS: BREVES APROXIMAÇÕES.

De acordo com Henao Et. Al. 2016, As Políticas públicas de saúde mental em vigor na América do Sul, apresentam tanto avanços quanto suas limitações.

Os resultados revelaram que de um lado, países como Colômbia, Argentina, Paraguai, Brasil,Peru, Equador e Uruguai possuem legislações específicas e regulamentações ativas em saúde mental. Por outro lado, Chile, Bolívia e Venezuela baseiam suas políticas em mecanismos administrativos, refletindo abordagens diferentes para lidar com os desafios em saúde mental.

Os autores concluem que as políticas públicas de saúde mental na América do Sul enfatizam a promoção da saúde e a prevenção de doenças, porém estão predominantemente baseadas em um modelo biomédico que prioriza o diagnóstico e tratamento de transtornos mentais. Segundo eles, esta abordagem, pode limitar a eficácia das políticas na abordagem integral dos problemas de saúde mental, sugerindo a necessidade de maior integração de práticas comunitárias e uma abordagem mais holística no cuidado aos indivíduos afetados. (Henao Et. Al. 2016)

Na mesma direção do pensamento de Henao Et. Al. 2016, sobre políticas de saúde mental na America Latina, uma matéria divulgada pelo site do Poder 360, de um estudo

realizado pela Pontifícia Universidade Católica do Chile, publicado no Lancet, revelou que o Brasil apresentaas maiores taxas de depressão na América Latina. A pesquisa aponta que aproximadamente 17% dos brasileiros desenvolverão depressão ao longo de suas vidas, em comparação com uma média de 12% para toda a região, a Argentina, apresenta um índice de aproximadamente 8%, infelizmente o Paraguai não foi citado na matéria. Nos últimos 12 meses, 8,11% dos brasileiros tiveram diagnósticos de depressão confirmados, enquanto a média latino- americana foi de 5,3%.(Site Poder 360, 2023).

Os dados apresentados pela PUC do Chile, nos despertou a preocupação de conferir se existem políticas públicas com legislações vigentes nos países da tríplice fronteira (Brasil, Argentina e Paraguai), por meio do levantamento, verificou-se que no Brasil, as políticas de saúde mental deram um grande passo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, e a subsequente criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que estabeleceu diversos princípiose diretrizes fundamentais para orientar o funcionamento do sistema em todo o país, visando atender de maneira eficaz às necessidades de saúde de toda a população. Um de seus princípios mais importantes é a universalidade, que visa o atendimento a todos que necessitam desse direito, além da equidade, que é o atendimento de acordo com as necessidades de cada indivíduo. É válido destacar que o financiamento funciona no modelo tripartite , no qual o município tem responsabilidade na execução e organização dos serviços.

Antes da reforma psiquiátrica, o tratamento predominante era nos hospitais psiquiátricos, com a implementação da reforma psiquiátrica a partir dos anos 1970, graças aos movimentos anti-manicomiais, começou a possibilitar o tratamento humanizado e cientifico para os que necessitavam de cuidados para a saúde mental. A partir da criação do SUS em 1988, e da criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir da Lei n° 10.216 de6 de abril de 2001, que é a lei que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, começou a ser promovido nacionalmente o sistema de práticas de cuidado em liberdade, sendo um atendimento psicossocial de base comunitária, essa lei também previa os direitos a pessoas portadoras de transtornos mentais e dos fundamentos terapêuticos utilizados nos CAPS (Ribeiro, 1999; Pereira, 2021).

De acordo com os autores De Camargo et. al. (2018), no Brasil, o serviço de saúde mental é garantido pelo SUS, os CAPS são categorizados de acordo com o porte da cidade e população alvo, podendo ser separados como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, e CAPS I ou Infantil; nesses ambientes é oferecido atenção diária, integração social,

e suporte médico e psicológico, além do atendimento com assistentes sociais, enfermeiros, educadores físicos e terapeutas ocupacionais. Outros serviços como os Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento e atenção integral em Hospitais Gerais complementam a rede de assistência. (De Camargo et. al., 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

É importante ressaltar, que após a criação dos CAPS, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria n° 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, que estabeleceu o cuidado e atendimento a pessoas com transtorno ou sofrimento mental e com necessidade decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito do SUS; logo se teve a integração do sistema para o atendimento dessa população em todo o território brasileiro, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento e atendimentos de urgência e emergênciaa população alvo em seus diferentes níveis de complexidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Já na Argentina, a lei em vigor é a Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657/2010, de acordo com o dispositivo legal, o objetivo desta lei é garantir o direito à proteção da saúde mental de todas as pessoas e o pleno gozo dos direitos humanos das pessoas com doença mental que se encontram no território nacional, reconhecidos em instrumentos internacionais de direitos humanos, com hierarquia constitucional, sem prejuízo das normas mais benéficas que possam ser estabelecidas para a proteção desses direitos pelas províncias e pela Cidade Autônoma de Buenos Aires. (Argentina, 2010). A Declaração de Caracas foi instrumento orientador importante para a criação da Lei.

Para Camargo et. al., 2018, as politicas de saúde mental na argentina passaram por distintas fases históricas e estruturas federativas. O sistema de saúde argentino é dividido em setores público, de seguridade social e privado, com o setor público focando em políticas, normativas e regulamentações, enquanto as províncias administram a prestação de serviços hospitalares e de atenção primária.

Sobre o modelo de saúde mental na Argentina, a política evoluiu significativamente desde a transformação das internações hospitalares após a sanção da lei em 2010. Ainda, conforme o o Plano Nacional de Saúde Mental de 2013, os autores reforçam a ideia de que as políticas concentram-se na superação dos métodos tradicionais de tratamento, priorizando a inclusão social dos indivíduos com transtornos mentais. O financiamento descentralizado, com 10% do orçamento total destinado à saúde pelo poder executivo, garante acesso gratuito aos serviços, promovendo a preservação da saúde de maneira integral e

humanizada. (De Camargo et. al., 2018)

Em relação as redes de atendimento em saúde mental na Argentina, delineadas pelo documento "Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental" de 2013, De Camargo Et. Al. Citam que a rede abrange diversas estruturas como Casas de Convivência, Hospitais Dia, Centros de Saúde, Hospitais Gerais, Centros de Integração Comunitária, entre outras instituições polivalentes, operando em diferentes níveis de atenção. Essas redes formais colaboram com redes informais de saúde, facilitando cuidados comunitários que alcançam residências, locais de trabalho e escolas. As equipes interdisciplinares incluem psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais. Vale ressaltar que a Argentina é uma república federativa composta por 23 províncias e a Cidade Autônoma de Buenos Aires, onde a organização da saúde mental varia de acordo com as autonomias regionais e estruturas administrativas locais específicas. (De Camargo et. al., 2018)

No Paraguai, a lei que norteia os direitos da saúde mental é a Ley de Salud Mental nº 7.018/2013 que tem como objetivo garantir o direito à proteção da saúde mental de todas as pessoas; atendimento humanizado centrado na pessoa e em seu contexto psicossocial, que não isole o usuário de seu meio; o pleno gozo dos direitos humanos reconhecidos em instrumentos internacionais e legislação nacional, daquelas pessoas com transtorno mental que se encontram no território nacional, além de promover a saúde mental como direito fundamental,. a declaração de Caracas tambem foi um documento norteador paraa elaboração da lei.

A política de saúde mental no Paraguai ainda enfrenta lacunas significativas, carecendo de detalhamento e direcionamento claro nas ações. As Redes Integradas de Sistemas de Saúde/Linha de Cuidados em Saúde Mental (RISS) representam a estrutura paraguaia de atenção, buscando estabelecer uma rede funcional que ainda está em fase inicial de desenvolvimento. (Domingues *et. al.*, 2018) Organizada em três níveis de atendimento, primário, especializado e hospitalar, além de incluir serviços complementares, como Centros Comunitários de Saúde Mental e espaços de integração, a estrutura também abrange redes de apoio e diagnóstico, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, e serviços de informação, transporte e reabilitação. Esses componentes trabalham de forma interdisciplinar para efetivar as ações em saúde mental. (Paraguay, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar como a Declaração de Caracas refletiu na reformulação da assistência psiquiátrica na América Latina, inclusive nos países citados Argentina e Paraguai, o documento foi um marco importante nas mudanças e desafios enfrentados pelos países na busca por sistemas de saúde mental mais eficazes e humanizados. A implementação das políticas de saúde mental nesses países revela desafios comuns, como a necessidade de investimento e capacitação adequados, além da importância da coordenação entre instituições e profissionais.

As políticas públicas de saúde mental são uma área crítica e complexa, e variam significativamente entre os países, refletindo suas necessidades específicas, contextos históricos e estruturas de saúde. Os países Brasil, Argentina, e Paraguai possuem legislações específicas e regulamentações ativas em saúde mental, mas que carecem de um maior suporte governamental para que as políticas de saúde mental sejam mais efetivas.

As diferenças entre os sistemas são baseadas na legislação. No Brasil, a Constituição de 1988 e a criação do SUS estabeleceram princípios como universalidade e equidade. A reforma psiquiátrica e a Lei nº 10.216 de 2001 promoveram a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oferecendo um sistema de cuidados integrado e interdisciplinar. Na Argentina, A Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657/2010 e o Plano Nacional de Saúde Mental de 2013 destacam a inclusão social e o atendimento descentralizado, que inclui Casas de Convivência e Hospitais Dia, colaborando com redes informais para um atendimento integral e humanizado. E no Paraguai com a Ley de Salud Mental nº 7.018/2013, que organiza a estrutura de saúde mental por meio da RISS, em níveis primário, especializado e hospitalar, focando em um atendimento humanizado e na proteção dos direitos humanos, mas enfrenta desafios na implementação e detalhamento das políticas.

No Brasil, a política de saúde mental é integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e é guiada pela Lei nº 10.216/2001, com foco na desinstitucionalização e na criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que substitui hospitais psiquiátricos por serviços comunitários, embora haja desafios na equidade e recursos. Na Argentina, a Ley Nacional de Salud Mental de 2010 também prioriza a desinstitucionalização e serviços comunitários, com um sistema descentralizado que pode variar em implementação entre províncias e a cidade de Buenos Aires, enfrentando desafios de coordenação e acesso. O Paraguai, ainda em estágio

inicial, tem políticas e planos nacionais, mas enfrenta dificuldades significativas na implementação, dependência de hospitais psiquiátricos e falta de recursos e infraestrutura, embora esteja começando a desenvolver serviços comunitários.

A compreensão detalhada das políticas e práticas de saúde mental nos três países pode ajudar a identificar lacunas e desafios comuns, levando a melhorias nas políticas públicas. A análise das abordagens adotadas pode servir como base para a formulação de estratégias mais eficazes e integradas que considerem as particularidades regionais.

A análise dos desafios enfrentados por cada país pode levar a iniciativas que melhorem o acesso aos serviços de saúde mental, especialmente em áreas remotas ou menos atendidas. Isso é crucial para garantir que todas as pessoas, independentemente de sua localização, recebam o suporte necessário.

A revisão bibliográfica e os achados do estudo podem servir como base para futuras pesquisas e para a formação de profissionais de saúde mental. Compreender as práticas e regulamentações em diferentes contextos pode aprimorar a formação acadêmica e profissional na área.

Em resumo, esse conhecimento é fundamental para fortalecer a saúde mental na região, promovendo políticas mais eficazes, integração regional e um maior acesso aos cuidados, além de contribuir para a redução do estigma e apoiar a formação de profissionais na área. É importante destacar que Brasil e Argentina têm políticas mais avançadas e uma abordagem mais estabelecida em relação à desinstitucionalização e à criação de serviços comunitários para a saúde mental. Ambos os países estão comprometidos com a integração do cuidado à saúde mental na comunidade e a promoção dos direitos dos pacientes. O Paraguai, embora também tenha a intenção de avançar nessa direção, ainda está enfrentando desafios maiores relacionados à implementação e recursos. A troca de experiências e práticas entre esses países pode ser benéfica para aprimorar os sistemas de saúde mental e promover melhores cuidados para as pessoas com transtornos mentais em toda a região.

REFERÊNCIAS

Argentina, **Ley Nacional de Salud Mental, Nº 26.657/2010**. Disponível:https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto

Biblioteca Virtual em Saúde. **OMS divulga Informe Mundial de Saúde Mental: transformar a saúde mentalpara todos. Brasil, 2022**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/oms-divulga-informe-mundial-de-saude-mental-transformar-a-

saude-mental-para-todos/#:~:text=Em%202019%2C%20quase%20um%20bilh%C3%A3o,dos%2050%20anos%20de%20idade.

Brasil, **Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

De Camargo, Juliane Cristine; Preuss, Lislei Teresinha; Lacerda, Marcos Koczur. **A Política De Saúde Mental No Brasil E Argentina: Uma Breve Caracterização**. Anais do XVI Encontro Nacional De Pesquisadores Em Serviço Social, V. 1, N. 1, 2018.

Domingues, J., Silva, M. G. da, Nogueira, V. M. R., & Neri, F. S. (2018). **Mental Health Policy in Brazil and Paraguay: symmetries and asymmetries / Política de saúde mental no Brasil e no Paraguai: simetrias e assimetrias**. *Argumentum, 10*(3), 63–78. https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.23047

Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S. **Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte**. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016;34 (2): 184-192. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde (org.). Saúde Mental No SUS: os centros de atenção psicossocial. Série F. ed. Brasília – DF: MS, 2004. 12-13, 17-18, 22-24 p. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [*S. l.*], 23 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

OPAS (org.). OMS (Washington D.C.).Saúde mental deve estar no topo da agenda política pós-COVID-19, diz relatório da OPAS. [S. l.], 9 jun. 2023. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/9-6-2023-saude-mental-deve-estar-no-topo-da-agenda-politica-pos-covid-19-diz-relatorio-da.

PARAGUAY,**Ley de Salud Mental Nº 7018/2013**. Disponível https://silpy.congreso.gov.py/web/descarga/ley-144004?preview

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Mental. Política Nacional de Salud Mental 2011-2020. Assunción: OPS, 2011.

PEREIRA, Manuela Rached. Uma breve e recente história da Reforma Psiquiátrica brasileira. *In*: DESINSTITUTE (Brasil) (org.). **Notícias e publicações**. Brasil, 8 jul. 2021. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/uma-breve-e-recente-historia-da-reforma-psiquiatrica-brasileira/?gclid=Cj0KCQjw852XBhC6ARIsAJsFPN0CJlkn-6ecjf7BG8IqxiKejwndjLB2znHD4yCG9lZmzsRYhjOSxkwaAsIKEALw_wcB.

PODER 360. **Brasil tem os piores índices de depressão da América Latina.** 14 de Outubro de 2023. Disponível em: https://www.poder360.com.br/poder-saude/saude/brasil-tem-os-piores-indices-de-depressao-da-america-latina/

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. Saúde mental no Brasil: esboço histórico. In: RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Arte Ciência, 1999. cap. 1, p. 15-52.

WHO. CAMARGO, Edina Maria de; AÑEZ, Ciro Romelio Rodriguez. Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: Num piscar de olhos. [S. l.], 2020. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf.