

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE – CELS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA – NÍVEL MESTRADO

CARLA DA ROCHA

**Políticas de Saúde Mental na Região de Fronteira Internacional Brasil – Argentina:
Os desafios na produção do cuidado em saúde mental**

FOZ DO IGUAÇU – PARANÁ

2020

CARLA DA ROCHA

**Políticas de Saúde Mental na Região de Fronteira Internacional Brasil – Argentina:
Os desafios na produção do cuidado em saúde mental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Enfermagem. Linha de pesquisa: Políticas de saúde em região de fronteira.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Manoela de Carvalho

FOZ DO IGUAÇU - PARANÁ

2020

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Rocha, Carla da

Políticas de saúde mental na região de fronteira internacional Brasil - Argentina : os desafios na produção do cuidado em saúde mental / Carla da Rocha; orientador(a), Manoela de Carvalho, 2020.

136 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu, Centro de Educação, Letras e Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2020.

1. saúde mental. 2. fronteira. 3. produção do cuidado em saúde . 4. desinstitucionalização. I. Carvalho, Manoela de. II. Título.

ROCHA, C. **Políticas de saúde mental na região de fronteira internacional Brasil- Argentina: O desafio na produção de cuidado em saúde mental.** 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Manoela de Carvalho. Foz do Iguaçu, 2020. CARLA DA ROCHA.

Aprovado em 11 de março de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Manoela de Carvalho

Prof.^a Dr.^a Manoela de Carvalho Universidade
Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste

Gicelle Galvan Machineski

Prof.^a Dr.^a Gicelle Galvan Machineski
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste

Sirlei Cetolin

Prof.^a Dr.^a Sirlei Cetolin Universidade do
Oeste de Santa Catarina - Unoesc

Dedico este trabalho às minhas filhas, Sara e Geovana, melhor parte de mim!
Aos meus pais, João e Juana, pelo apoio incondicional e por sonharem comigo!

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos encontros e desencontros da vida, pois foram eles que me trouxeram até aqui.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Manoela de Carvalho, que com bom humor e disposição me apoiou e amparou nesse processo de aprendizagem e crescimento.

A universidade, professores e colegas do mestrado, pela oportunidade de crescer ainda mais

Aos bons amigos, que estão nesses escritos de alguma forma.

Aos usuários e trabalhadores de saúde, que compartilharam suas histórias de dor e superação.

A vida, que por meio de seus mistérios e movimentos me fizeram aprender e crescer.

Meus sinceros agradecimentos

A felicidade está na consciência de estar no caminho certo e poder continuar sempre e sempre nesse caminho certo. Isso é vida eterna!

(Tao te Ching)

ROCHA, C. **Políticas de saúde mental na região de fronteira internacional Brasil-Argentina**: Os desafios na produção de cuidado em saúde mental. 134 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Manoela de Carvalho. Foz do Iguaçu, 2020.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar o processo de reestruturação da atenção em saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina, fomentado pelos movimentos de reforma psiquiátrica e firmado pela Declaração de Caracas. Trata-se de um estudo descritivo-analítico, com abordagem qualitativa. A coleta de dados deu-se através de entrevista semiestruturada, com usuários e trabalhadores de saúde, posteriormente examinadas por meio da Análise de Conteúdo. De acordo com os objetivos desta pesquisa, a coleta de dados foi realizada em dois momentos: 1) entrevistas com as equipes de trabalhadores de saúde (11 participantes) que atuam nos seguintes serviços: Centro de Atenção Psicossocial I – Dionísio Cerqueira (Santa Catarina), Núcleo Ampliado de Saúde da Família 1 - Barracão (Paraná) e Hospital Público de Autogestión – Bernardo de Irigoyen (Misiones – Argentina), a fim de identificar os demais serviços e/ou estratégias de atenção em saúde mental no território do estudo, bem como compreender, por meio de suas percepções, como o cuidado em saúde mental vem sendo produzido na região fronteira; 2) entrevistas com usuários de saúde mental (23 participantes), com intuito de compreender suas vivências e percepções a respeito da política de saúde mental. Os resultados e as discussões apresentam-se por meio de três artigos: Artigo 1) Serviços de saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina; Artigo 2) Considerações sobre a produção do cuidado em saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina; 3) “Quando começou o tratamento, começou a loucura!”. Verifica-se que o processo de reestruturação da assistência psicossocial em saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina, se dá de forma bastante heterogênea e não integrada, sendo marcada por contradições, impasses, tensões e muitos desafios.

Palavras-chave: Saúde Mental; Fronteira; Produção do Cuidado em Saúde Mental; Desinstitucionalização.

ROCHA, C. **Mental health policies in the Brazil - Argentina international border region: The challenge in the production of mental health care.** 134 f. Dissertation (Master in Public Health) – State University of Western Paraná Supervisor: Manoela de Carvalho. Foz do Iguaçu, 2020.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the process of restructuring mental health care in the Brazil - Argentina international border region, fostered by the psychiatric reform movements and signed by the Caracas Declaration. This is a descriptive-analytical study, with a qualitative approach. Data collection took place through a semi-structured interview, with users and health workers, subsequently examined through Content Analysis. According to the objectives of this research, data collection was carried out in two moments: 1) interviews with the teams of health workers (11 participants) who work in the following services: Psychosocial Care Center I - Dionísio Cerqueira (Santa Catarina) , Expanded Family Health Center 1 - Barracão (Paraná) and Autogestión Public Hospital - Bernardo de Irigoyen (Misiones - Argentina), in order to identify the other mental health care services and / or strategies in the study territory, as well as how to understand, through their perceptions, how mental health care has been produced in the border region; 2) interviews with mental health users (23 participants), in order to understand their experiences and perceptions regarding mental health policy. The results and discussions are presented through three articles: Article

1) Mental health services in the international border region Brazil - Argentina; Article 2) Considerations on the production of mental health care in the international border region Brazil - Argentina; 3) “When treatment started, madness started!”. It appears that the process of restructuring psychosocial care in mental health in the international border region Brazil - Argentina, takes place in a very heterogeneous and non-integrated manner, marked by contradictions, impasses, tensions and many challenges.

Keywords: Mental Health; Border; Production of Mental Health Care; Deinstitutionalization.

ROCHA, C. **Políticas de salud mental en la región fronteriza internacional Brasil - Argentina: Los desafíos en la producción de atención de salud mental.** 134 f. Dissertación (Maestría em Salud Publica) – Universidad del Estado del Oeste del Paraná. Lider: Manoela de Carvalho. Foz do Iguaçu, 2020.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo analizar el proceso de reestructuración de la atención en salud mental en la región fronteriza internacional Brasil - Argentina, impulsado por los movimientos de reforma psiquiátrica y suscrito por la Declaración de Caracas. Se trata de un estudio descriptivo-analítico, con enfoque cualitativo. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada, con usuarios y trabajadores de la salud, posteriormente examinada mediante Análisis de Contenido. De acuerdo con los objetivos de esta investigación, la recolección de datos se realizó en dos momentos: 1) entrevistas a los equipos de trabajadores de la salud (11 participantes) que laboran en los siguientes servicios: Centro de Atención Psicosocial I - Dionísio Cerqueira (Santa Catarina) , Centro de Salud Familiar Ampliado 1 - Barracão (Paraná) y Hospital Público Autogestión - Bernardo de Irigoyen (Misiones - Argentina), con el fin de identificar los demás servicios y / o estrategias de atención en salud mental en el territorio de estudio, así como cómo entender, a través de sus percepciones, cómo se ha producido la atención de salud mental en la región fronteriza; 2) entrevistas con usuarios de salud mental (23 participantes), con el fin de comprender sus experiencias y percepciones sobre la política de salud mental. Los resultados y discusiones se presentan a través de tres artículos: Artículo 1) Servicios de salud mental en la región fronteriza internacional Brasil - Argentina; Artículo 2) Consideraciones sobre la producción de atención de salud mental en la región fronteriza internacional Brasil - Argentina; 3) “¿Cuando empezó el tratamiento, empezó la locura!”. Parece que el proceso de reestructuración de la atención psicosocial en salud mental en la región fronteriza internacional Brasil - Argentina, se desarrolla de una manera muy heterogénea y no integrada, marcada por contradicciones, impasses, tensiones y muchos desafíos.

Palabras clave: Salud Mental; Frontera; Producción de atención a la Salud Mental; Desinstitucionalización.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Centros de Atención Primaria de la Salud
CAPS Ad	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
CIF	Consórcio Intermunicipal da Fronteira
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CTSM	Coordenadoria de Trabalhadores de Salud Mental
DC	Dionísio Cerqueira
ECT	Eletroconvulsoterapia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HMDC	Hospital Municipal de Dionísio Cerqueira
HPA	Hospital Público de Autogestión
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INSM	Instituto Nacional de Salud Mental
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASP	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PR	Paraná
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Santa Catarina
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento
TA	Trabalhador Argentino
TB	Trabalhador Brasileiro
UA	Usuário Argentino
UA/F	Usuário Argentino/Família
UB	Usuário Brasileiro
UB/F	Usuário Brasileiro/Família
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UNOESC	Universidade do Oeste de Santa Catarina

LISTRA DE FIGURAS

Figura 1 -Vista área do campo de pesquisa (Fronteira internacional Brasil - Argentina) 51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	30
Quadro 2 - Modalidades de CAPS e suas especificidades	32
Quadro 3 - Modalidade de NASF	35
Quadro 4 - Sistema de Saúde da Argentina - Subsistemas.....	41
Quadro 5 - Informações sobre os trabalhadores de saúde	53
Quadro 6 - Informações sobre os usuários participantes da pesquisa.....	54

LISTAS DE QUADROS ARTIGO 1

Quadro 1 - Serviços de saúde que prestam assistência em saúde mental aos usuários do Município de Dionísio Cerqueira (SC)	Error! Bookmark not defined.
Quadro 2 - Serviços de saúde que prestam assistência aos usuários de saúde mental no Município de Barracão (PR).....	65
Quadro 3 - Serviços de saúde que atendem os usuários de saúde mental no Município de Bernardo de Irigoyen (Misiones – AR).....	69

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos.....	18
CAPÍTULO TEÓRICO	19
3.1 Um breve histórico da loucura e da assistência psiquiátrica	19
3.2 Declaração de Caracas – Conferência para a reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina	24
3.3 Reforma Psiquiátrica brasileira.....	26
3.3.1 Política de Saúde Mental no Brasil: A Rede de Atenção Psicossocial	28
3.3.2“Nova” Política de Saúde Mental no Brasil: Nota Técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS	36
3.4 Política de saúde na Argentina.....	39
3.4.1 O Sistema de saúde argentino	39
3.4.2 Política de Saúde Mental na Argentina.....	41
3.5 Políticas públicas de saúde em região de fronteira	45
3.5.1 A fronteira seca Brasil e Argentina	47
MÉTODO.....	50
4.1 Tipo de pesquisa	50
4.2 Campo de pesquisa.....	50
4.3 Coleta dos dados	51
4.4 Participantes da pesquisa	52
4.5 Organização e análise dos dados.....	55
4.6 Aspectos éticos em pesquisas com seres humanos	56
ANÁLISE DOS DADOS	58
5.1 Breves considerações iniciais	58
ARTIGO 1	59
ARTIGO 2	78
ARTIGO 3	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115

REFERÊNCIAS.....	117
APÊNDICES.....	126
ANEXOS	134

INTRODUÇÃO

Os movimentos pela reforma psiquiátrica caracterizam-se por um processo político e social complexo, do qual participam instituições e forças de diferentes origens. Seus reflexos repercutem nas instâncias governamentais, na oferta de serviços de saúde mental, na formação de força de trabalho, nos movimentos sociais, no imaginário social, mas sobretudo nos usuários para os quais essas políticas são engendradas.

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) promoveram, na cidade de Caracas - Venezuela, a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Nesse evento, aprovou-se a Declaração de Caracas, documento que marca as reformas na atenção à saúde mental na América Latina, afirmando: *“A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva”* (OMS/OPAS, 1990, p. 01). E ainda: *“A reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços”* (OMS/OPAS, 1990, p. 01). Neste documento, fica legitimado o compromisso que o Brasil e a Argentina assumem no processo de reestruturação psicossocial da atenção em saúde mental.

Com referência nas legislações vigentes em saúde mental no Brasil e na Argentina, analisa-se como as políticas de saúde mental se desenvolvem no território de fronteira. Observa-se como marco legal para o direcionamento da Política de Saúde Mental no Brasil a Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001 e na Argentina tem-se à Ley Nacional de Salud Mental nº 26.675, de 02 de dezembro de 2010. Ambas as normativas evidenciam as recomendações da OMS e da OPAS, expressas na Declaração de Caracas.

Nas últimas décadas houve várias mudanças no campo da saúde mental, na busca da superação do modelo asilar e da necessidade de avanços nas práticas de saúde mental. Compreende-se que a reestruturação da atenção à saúde mental, além de um novo modelo assistencial e novos dispositivos para atendimento, implica também em uma postura social que desenvolva no cotidiano os princípios políticos, ideológicos e éticos que sustentam a reforma psiquiátrica. Desse modo, os movimentos de reforma psiquiátrica apontam para a construção de novos saberes e de novas práticas sociais, buscando superar o modelo

hospitalocêntrico e direcionando as políticas de saúde mental para um modelo de cuidado compatível com uma atenção comunitária.

No entanto, a partir do ano de 2016, a política de saúde mental brasileira sofre mudanças no seu direcionamento e são aprofundadas no atual governo (2019 – 2022), assim como outros segmentos da área da saúde e outras políticas sociais. Essas medidas incluem a redução do cadastramento dos CAPS e ampliando o financiamento do hospital psiquiátrico, inserindo-o novamente na rede como ponto de atenção em saúde mental.

Assim, realizou-se este estudo com o intuito de descrever e analisar o processo de reestruturação da atenção em saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina, a partir dos municípios de Dionísio Cerqueira (SC), Barracão (PR) e Bernardo de Irigoyen (Misiones – Argentina). Apresentamos as discussões e resultados por meio de três artigos:

No **Artigo 1**, identifica-se quais os serviços que prestam assistência em saúde mental e seus fluxos, assim, levantamos os serviços, ações ou estratégias que os municípios dispõem para atender os usuários de saúde mental, bem como, as percepções dos trabalhadores a respeito dos reflexos do território fronteiriço na produção de saúde mental dessa população.

No **Artigo 2**, apresenta-se considerações a partir dos discursos dos trabalhadores de saúde sobre a produção do cuidado em saúde mental nas cidades fronteiriças. Nesse, refletimos sobre os desafios para estruturar e produzir o cuidado compartilhado em rede e acerca dos impasses e contradições presentes no processo de desinstitucionalização.

No **Artigo 3**, retrata-se as vivências e percepções que os usuários têm a respeito da política de saúde mental, ou seja, as compreensões sobre o sofrimento psíquico, entendimentos sobre os atendimentos e/ou tratamentos realizados, seus benefícios e dificuldades, conhecimento a respeito das diretrizes da política pública de saúde mental (direitos dos sujeitos em sofrimentos psíquico, redirecionamento do modelo de assistência) e a percepção social sobre a “loucura”.

Nas considerações finais desse estudo, reconhecemos os movimentos da reforma psiquiátrica dentro da sociedade como um processo social extremamente complexo, com caráter transformador, o qual entrelaça várias dimensões simultâneas da vida, gerando contradições e tensões na busca do ideal de liberdade e cidadania.

OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo é analisar o processo de reestruturação da atenção em saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os serviços ou estratégias de atenção à saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina, composta pelos municípios de: Dionísio Cerqueira (SC), Barracão (PR) e Bernardo de Irigoyen (Misiones – Argentina);
- Descrever e compreender as percepções dos usuários e trabalhadores de saúde acerca da produção do cuidado e da política de saúde mental a partir de suas vivências;
- Discutir as potencialidades e fragilidades que a política de saúde mental apresenta na região de fronteira.

CAPÍTULO TEÓRICO

Alicerçada aos objetivos deste estudo, apresenta-se a seguir uma revisão teórica sobre a história da loucura, visto que corresponde a um elemento fundamental para pensar as práticas e saberes produzidos no campo da saúde mental. Posteriormente, traz-se a Declaração de Caracas, documento de referência para esse estudo, seguindo pela apresentação das Políticas de Saúde Mental instituídas no sistema público de saúde do Brasil e Argentina.

Finaliza-se com a contextualização do campo de estudo que é a fronteira entre o Brasil e Argentina, trazendo reflexões sobre os desdobramentos da saúde pública nessa região.

3.1 Um breve histórico da loucura e da assistência psiquiátrica

Com propósito de entender a construção do objeto deste estudo, é relevante realizar algumas reflexões a respeito do processo histórico da saúde mental, o que parece coincidir com a própria história da loucura. Michel Foucault, em sua obra *História da Loucura na Idade Clássica* (1978), apresenta as variações sobre as concepções da loucura ao longo do tempo e marca o nascimento da psiquiatria a partir da sua institucionalização, nomeada de doença mental (AMARANTE, 2007, p. 23).

Considerada um fenômeno social, a doença mental já foi concebida de diversas formas de acordo com a cultura de cada época. Na Antiguidade, os loucos eram vistos como “mensageiros dos deuses”. A loucura passava praticamente despercebida como doença e, quando notada, era integrada à sociedade por meio de significações religiosas ou mágicas - apenas os casos extremados ou compreendidos perigosos sofriam segregação social. As recomendações terapêuticas constituíam-se em contato com a natureza, viagens, repouso, passeio, retiro e o teatro, “[...] no qual se apresentava ao louco a comédia de sua própria loucura” (FOUCAULT, 1978. p. 23). A loucura equivalia a uma experiência mística e socialmente reconhecida, que se procurava mais exaltar do que controlar.

Na Idade Média, a doença mental contrariava os dogmas ditados pelo poder da igreja católica (teocentrismo) e da burguesia, que entendiam tais manifestações como “espíritos

possuídos”, qualificando-as como expressões de bruxaria e feitiçaria, tais comportamentos eram considerados heresias, sendo assim perseguidos e reconciliados pela santa inquisição. Neste período, o poder médico se encontrava alheio ao cuidado e tratamento dos doentes mentais, prevaleciam as crenças e valores da igreja católica, com o objetivo de “libertar o corpo do mal” que o assolava (FOUCAULT, 1978).

Com o início da Idade Moderna, constituíram-se os hospícios com uma função análoga a uma “hospedaria”. Mendigos, desempregados, vagabundos, inválidos, doentes, idosos e promíscuos eram tidos como loucos, por não estarem inseridos no regime de produção social, sofrendo discriminações, punições (sangrias¹, trepanações², exorcismos) e por fim, exclusão social. Os enclausurados viviam em condições precárias de higiene, alimentação e saúde, não recebiam tratamento e eram vítimas de trabalho forçado como forma de punição e diminuição do ócio. A estadia nestes locais era baseada em uma prática de “proteção e guarda”, não possuíam relação com tratamento, já que a loucura, ainda não tinha caráter de patologia (FOUCAULT, 1978).

Os hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia representam um espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, enfim, todos aqueles que simbolizavam ameaça à lei e à ordem social. [...]. O hospital geral não é, em sua origem, uma instituição médica, mas se ocupa de uma ordem social de exclusão/assistência/filantropia para desafortunados e abandonados pela sorte divina e material” (AMARANTE, 1995, p. 23-24).

A partir do século XIX, a loucura foi inscrita no universo moral e da desrazão, marcando a fronteira entre a razão e o desatino, estabelecendo articulações com o universo da marginalidade social e pobreza. Segundo Amarante (1994) é nesse momento que há a instituição da medicina mental como campo de saber teórico-prático, se instaurando “a produção de uma percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento: a doença mental” (p. 23).

Com a transição da loucura de um espaço social simbólico para um objeto de conhecimento, em que o louco carregava adjetivos de risco e periculosidade social, o saber médico institucionaliza a loucura e determinando seu espaço social. Para Amarante (1994) “a

¹ Modalidade de tratamento que estabelece a retirada de sangue do paciente para algumas doenças. No caso da doença mental, supunha que o sangue, e outros fluidos corporais, eram vistos como “humores” que tinham que ser mantidos em equilíbrio para se manter uma saúde mental.

² Técnica para curar “problemas mentais”, consistia em abrir um ou mais buracos no crânio, afim de aliviar a pressão no cérebro causada por sangue, “possessão demoníaca”, ou qualquer que fosse o diagnóstico.

noção de periculosidade social associada ao conceito de doença mental, formulada pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata” (p. 25). A relação entre a medicina e a justiça, na qual louco é concebido como risco social, não só constitui uma das bases conceituais para as práticas manicomiais, mas também marcam um território de segregação, morte e ausência de verdade

Tundis e Costa (2000), afirmam que, no contexto das famílias “mais abastadas”, o doente mental era escondido em casa, em quartos próprios ou construções anexas especialmente levantadas e se violentos ou agitados ficavam contidos ou amarrados.

Os conceitos do Iluminismo e o advento da Revolução Francesa com seus ideais de *igualdade, liberdade e fraternidade*, “guiou um ideal revolucionário, de todos os espaços sociais deveriam ser democratizados” (AMARANTE, 2007, p. 25), assim, tentou-se diminuir as sequelas das internações, concebendo os transtornos mentais como patologia, o que favoreceu percepções diferentes a respeito desse fenômeno.

Neste movimento atuava ativamente Philippe Pinel (1775-1826), considerado o “pai da Psiquiatria” e um dos precursores do *tratamento moral*, o qual avaliava a doença como um problema de ordem moral, e sob este aspecto desenvolvia estratégias terapêuticas de tratamento, como o “isolamento do mundo exterior”, “trabalho terapêutico³” e descrição nosográfica, isto é, uma primeira classificação das enfermidades mentais (AMARANTE, 2007, p. 21-22).

A doença se desdobra por reagrupamento – diversificação de seus sintomas, inscrevendo no espaço hospitalar tanto as subdivisões, quanto são as grandes síndromes comportamentais que ela apresenta [...]. Funda-se uma ciência a partir do momento em que a população dos insanos é classificada: esses reclusos são efetivamente, doentes, pois desfila sintomas que só resta observar (CASTEL, 1978, p. 93).

³ O trabalho assumia uma importância muito singular na sociedade em plena transição de modo de produção, quando o capitalismo ensaiava seus primeiros passos, e o trabalho, seria, portanto, um meio de reeducação das mentes desregradadas e das paixões incontroláveis (AMARANTE, 2007, p. 33).

A “tecnologia pineliana” consistia em direcionar a atenção para os sinais e sintomas da loucura, com um intuito meramente classificatório. O isolamento do louco do mundo externo, passou a ser a condição necessária para a restituição da liberdade da qual a loucura o privou. Assim, consolidou o conceito de alienação mental⁴.

No entanto, Amarante (1995) alude que a prática de Pinel ao instituir novas formas de cuidado, não possibilitou um tratamento voltado para a melhora do doente mental, “mas, ao contrário funda a ciência que os classifica e os acorrenta como objetos de saberes atualizados na instituição da doença mental” (p. 25-26).

O histórico “gesto de pinel” desacorrentando os loucos poderia nos dar a ilusão de que os loucos teriam sido libertados das correntes e salvos da violência institucional. No entanto, o que existiu foi uma metamorfose da natureza da instituição. Na medida em que o hospital deixou de ser o espaço da filantropia e da assistência social para se tornar uma instituição de tratamento médico de alienados, desacorrentados, porém institucionalizados, os loucos permaneceram enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico (AMARANTE, 2007, p. 35).

Segundo Amarante (1995) este foi o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica. A partir dessa experiência, outros hospitais⁵ de alienados foram criados em vários países, guiados pelos princípios e estratégias concebidas por Philippe Pinel.

O alienismo, como ficou conhecido, foi alvo de muitas críticas, pois alegava-se que era uma forma de classificar e excluir, “*que estranha instituição seria essa que sequestrava e aprisionava aqueles que pretendia libertar?*” (AMARANTE, 2007, p. 37). Evidenciava-se contradições entre o projeto terapêutico-assistencial original da medicina mental e as práticas das instituições que foram chamadas de “o grande enclausuramento”, já que, apontavam superlotação, constantes denúncias de violência e falta de condições básicas (p. 23).

Como forma de resgatar o caráter terapêutico dos hospitais, surgem as “colônias de alienados”⁶, que eram grandes áreas agrícolas, onde os alienados eram submetidos ao trabalho na agricultura, compreendendo que este seria um “meio terapêutico precioso”, que

⁴ Alienação mental era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo em perceber a realidade (AMARANTE, 2007, p. 30).

⁵ No Brasil, foi fundado em 1852 o chamado de Hospício Pedro II (Rio de Janeiro). O primeiro hospital psiquiátrico, reproduziu os similares franceses.

⁶ As primeiras colônias brasileiras foram criadas logo após a proclamação da República e chamavam-se de Colônia de São Bento e Colônia Conde de Mesquita, ambas na Ilha do Galeão, atualmente Ilha do Governador – Rio de Janeiro (AMARANTE, 2007, p. 39 - 40).

estimulava a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tendendo a fazer desaparecer “os vestígios do delírio” (AMARANTE, 2007, p. 39). No entanto, em pouco tempo se transformaram em instituições asilares tradicionais, não cumprindo o seu designo terapêutico.

Após a Segunda Guerra Mundial, lançou-se o olhar para os campos de concentração e percebeu-se que as experiências nesses espaços eram muito parecidas com as experiências observadas nos hospitais psiquiátricos, o que evidenciava “a absoluta ausência de dignidade humana” (AMARANTE, 2007, p. 40). A partir desse estranhamento, diversos países da Europa e da América do Norte questionavam sobre a terapêutica de tais instituições, dando os primeiros passos em direção à reforma psiquiátrica, almejando a extinção do modelo manicomial e fomentando outras formas de cuidado com a saúde.

Nesse cenário, surgem experiências exitosas que qualificaram o trabalho terapêutico e são, ainda hoje, reconhecidas e servem de referências para a atuação no campo da saúde mental. A seguir será tratado brevemente uma das principais experiências de transformação da psiquiatria contemporânea.

Na década 60, destacam-se as experiências de Franco Basaglia⁷ na cidade de Trieste, Itália, as quais denunciavam os processos de mortificação e desistoricização dos sujeitos em sofrimento psíquico que estavam em instituições psiquiátricas, tal questionamento da realidade impulsionou debates e estratégias para a desconstrução dos manicômios.

Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como um conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana (AMARANTE 2007. p. 56).

Basaglia e outros profissionais apresentaram a possibilidade de uma nova abordagem da saúde mental, capaz de romper com os padrões psiquiátricos da loucura, entretanto, sem negligenciar a doença “real”, mas sim o monopólio da psiquiatria sobre tal fenômeno. Acreditava-se na produção de vida, novas subjetividade e possibilidades, buscando a humanização e sociabilização. Defendendo a ideia de que o louco era, acima de tudo um cidadão, e que deveria receber uma assistência digna de seu sofrimento (AMARANTE, 2007. p. 58).

⁷ Franco Basaglia era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática.

Apesar de muitas resistências às ideias de Basaglia, em 1978, foi aprovada pelo Parlamento Italiano a Lei nº 180, que proibia novas internações em manicômios, iniciando um processo de esvaziamento dos hospitais psiquiátricos, e em contrapartida, estruturando serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial, com base comunitária.

Franco Basaglia, em um de seus últimos escritos, confessou que se algum dia a história desta experiência fosse relatada, ele preferiria que não fosse contada por meio de datas, números de atos legislativos ou portarias de serviços, mas pela história das vidas que foram reinventadas, reconstruídas, redescobertas a partir deste processo de transformação (AMARANTE, 2007, p. 58).

3.2 Declaração de Caracas – Conferência para a reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), promoveram na cidade de Caracas, Venezuela, a *Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde*.

Participaram desse evento representantes⁸ dos países latino-americanos, que afirmaram o compromisso de reorientar o modelo assistencial em saúde mental, na direção de uma atenção comunitária, apresentando como principal estratégia a vinculação da atenção psiquiátrica à atenção primária no contexto dos sistemas locais de saúde (SILOS) (BRASIL, 2005).

Em decorrência dessa conferência elaborou-se um documento com o objetivo de nortear as ações de reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina, denominado *Declaração de Caracas*. Este documento evidencia dois pontos críticos da assistência em saúde mental: a ineficiência do cuidado em saúde mental centrado na lógica da psiquiatria tradicional e o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços.

- 1) A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva.
- 2) O hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial dificulta a consecução dos objetivos acima mencionados por:
 - a) Provocar isolamento do paciente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacidade para o convívio social;

⁸ Organizações. Associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas (OMS, 1990, p. 01).

- b) Criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente;
- c) Absorver a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental.
- d) Fomentar um ensino insuficiente vinculado às necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores (OMS, 1990, p. 01).

Nesse contexto, atribui a Atenção Primária de Saúde um importante papel nesse movimento de reestruturação, ou seja, assume junto aos Programas de Saúde Mental e Psiquiatria o papel de articular e promover as redes comunitárias de saúde mental, considerando que,

1. A Atenção Primária de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde, referendadas pelos Estados Membros para a consecução da meta Saúde para Todos no ano 2000;
2. Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar a consecução dessa meta por oferecerem melhores condições para o desenvolvimento de programas baseados nas necessidades da população e com características descentralizadas, participativas e preventivas; (OMS, 1990, p. 01-02).

Assim, destacam-se alguns compromissos dos países latino-americanos: 1) garantir a dignidade pessoal e a proteção dos direitos humanos e civis dos doentes mentais, 2) a necessidade que as abordagens de tratamento estejam baseadas em critérios racionais e tecnicamente adequados e 3) ressalta a importância de conduzir a formação dos recursos humanos em saúde mental orientado em “um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais” (OMS, 1990, p. 02).

Deste modo, direciona que essas orientações devem ser incluídas nas legislações dos países, de maneira a assegurar sua consecução:

4. Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento”.
5. Que as Organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam acordada e solidariamente a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometem pela promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais (OMS, 1990, p. 02).

De uma forma geral, a Conferência vem alertar e reforçar sobre a importância da permanente revisão da legislação em saúde mental, para que essa aponte para um modelo assistencial voltado para a “atenção comunitária, integral, descentralizada, continua,

participativa e preventiva” (OMS, 1990, p. 01), bem como, para a importância fundamental de garantir os direitos humanos e civis dos doentes mentais.

Constata-se que a Declaração de Caracas é um documento fundamental no processo de reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina, igualmente, forneceu uma justificativa ideológica que fortificou os movimentos e experiências isoladas de desinstitucionalização, estimulando a discussão de alternativas do cuidado do doente mental.

3.3 Reforma Psiquiátrica brasileira

Nos anos 70, iniciou-se no Brasil o processo de Reforma Psiquiátrica, marcado por eventos e algumas experiências importantes de cunho comunitário. Trabalhadores de saúde mental questionavam de forma intensa as condições de trabalho e as formas de tratamento oferecido aos doentes mentais pelas instituições psiquiátricas. Neste panorama, destacando-se os seguintes marcos históricos:

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, também conhecido como o “Congresso de Bauru”, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo), e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (Santos), a Associação Loucos pela Vida (Juqueri), a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, ou ‘Projeto Paulo Delgado’, como ficou conhecido, e a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (AMARANTE, 1995, p. 75).

Os profissionais do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) - foram protagonistas na construção da reforma psiquiátrica brasileira, dando novos rumos para a saúde mental, “[...] na busca de reescrever, reconstruir as relações entre a sociedade e seus loucos” (TENÓRIO, 1980, p. 08). A partir desse momento, as mudanças reivindicadas deixavam de ser restritas à instituição psiquiátrica, e alcançavam uma dimensão social de forma global e complexa, articulando a condição humana, social, política e cultural do doente mental.

De acordo com Rotelli (2001), os hospitais psiquiátricos apresentavam-se como um “espaço nulo de troca”, devido a uma prática de intervenção institucionalizada, um sistema baseado no controle, na vigilância e disciplina. Assim, a reforma psiquiátrica denunciava práticas consideradas ineficazes, cronificadoras e estigmatizantes.

À vista disso, Amarante (2007) retrata as formas “de repressão permitidas para obrigar os alienados à obediência”, a partir do estatuto do Hospício de Pedro II, mais especificamente do artigo 32 (decreto 1.077, de 4 de dezembro de 1852).

- 1º - a privação de visitas, passeios e quaisquer outros recreios;
- 2º - a diminuição de alimentos, dentro dos limites prescritos pelo respectivo Facultativo;
- 3º - a reclusão solitária, com a cama e os alimentos que o respectivo Clínico prescrever, não excedendo a dois dias, cada vez que for aplicada;
- 4º - o colete de força, com reclusão ou sem ela;
- 5º - os banhos de emborcação⁹, que só poderão ser empregados pela primeira vez na presença do respectivo Clínico, e nas subseqüentes na da pessoa e pelo tempo que ele designar (p. 61-62).

Este autor, alerta para a função da mercantilização da loucura, o que chamou de “indústria da loucura” ou “venda da loucura”, abordando a ocorrência de que muitos dos hospitais eram privatizados, fator que potencializava um aumento estrondoso no número de leitos ou mesmo sobre a venda de cadáveres para as universidades (AMARANTE, 2007).

Ao passo que os princípios da reforma psiquiátrica vão se instalando, começaram a surgir algumas experiências isoladas, contrapondo-se ao modelo de tratamento vigente. Essas experiências tratavam de propostas como: a comunidade terapêutica, psicoterapia institucional e psicoterapia preventiva, permitindo novas formas de olhar o adoecimento psíquico. Contudo, foram realizados discretos investimentos em comunidades terapêuticas, hospitais- dias e centros de saúde mental, o que prejudicou a sua expressão diante do quadro na época (AMARANTE, 1995).

Na década de 80, enquanto a Lei da Reforma Psiquiátrica tramitava no Congresso - fomentada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, surgiram as primeiras experiências de CAPS e NASP, direcionados aos cuidados em saúde mental em meio a comunidade. Essas experiências corroboraram a aprovação de oito leis estaduais¹⁰ e muitas leis municipais, que impulsionaram o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Brasil surgiu na cidade de São Paulo, em 1987 (AMARANTE, 2007).

Em 1989, destacou-se a apresentação do Projeto de Lei 3657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, que propôs a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por um outro modelo de atenção, além de regulamentar a internação psiquiátrica

⁹ Jato ou chuveiro de água que se aplica a alguém com fins higiênicos ou terapêuticos.

¹⁰ Rio Grande do Sul – nº 9.716/92, Pernambuco – nº 11.065/94, Espírito Santo – nº 5.267/96, Ceará – nº 12.151/93, Rio Grande do Norte – nº 6.758/95, Minas Gerais – nº 11.802/95, Paraná – nº 11.189/95 e Distrito Federal nº 975/95 (AMARANTE, 2007, p. 70-71).

compulsória. Delgado (1987) abordava o processo de desinstitucionalização como uma “progressiva devolução à comunidade” da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos” (p. 32), ou seja, tratava-se de buscar outro lugar social para a loucura na cultura nacional.

Este movimento apresenta não somente a substituição do hospital por um aparato de cuidados externos, respondendo à criação de serviços substitutivos, mas tem como pretensão práticas de cuidado que realmente envolvam uma dimensão jurídico-política e sociocultural do sujeito e da comunidade de uma rede de saúde atuante proporcionando de fato a promoção da saúde mental (YASUI, 2006, 16-17).

O Movimento da Luta Antimanicomial surge com importante ênfase no âmbito cultural, convidando a sociedade a discutir e reconstruir sua relação com a loucura, contando com a participação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências. Institui-se o dia 18 de maio como Dia Nacional de Luta Antimanicomial, procurando sensibilizar, mobilizar e articular a sociedade na questão desta nova visão sobre saúde mental, que procura criar dispositivos alternativos de cuidado, abertos e de natureza comunitária (AMARANTE, 2007, p. 73).

Em abril de 2001, doze anos após a apresentação do projeto, foi promulgada a Lei Federal nº 10.216, que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001, p. 01) e avança na perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica, na criação e normatização de portarias que serviriam de base para a implementação da rede de serviços substitutivos. Esta lei ficou conhecida com a Lei da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007).

3.3.1 Política de Saúde Mental no Brasil: A Rede de Atenção Psicossocial

As organizações das redes de atenção à saúde apresentam-se como estratégias na integração do sistema de saúde, como forma de efetivar a garantia do direito a atenção integral, resolutiva e de qualidade (KUSCHNIR, 2015). Na atenção em saúde mental, a estruturação da rede é essencial no processo de inclusão do usuário e consequente alcance do objetivo norteador da Reforma Psiquiátrica: o resgate da cidadania do indivíduo com transtorno psíquico (SCHNEIDER, 2009).

O termo “psicossocial”, tem relação direta com a forma de conceber o processo saúde – doença. No modelo clássico da psiquiatria, compreende-se a “doença mental” como objeto separado “da existência global e complexa dos sujeitos e do corpo social” (AMARANTE, 2007, p. 66). Contrariamente, na abordagem da saúde mental e psicossocial, tais manifestações são compreendidas como resultado de uma série de fatores, ou seja, trata-se de um processo social.

Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados neste processo social complexo – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e outros atores sociais (AMARANTE, 2007, p. 84).

Por conseguinte, a rede de saúde é uma construção coletiva, que vai se delineando no processo de aproximação entre as pessoas e as instituições, que se abre para a integralidade dos sujeitos e define coletivamente seus objetivos a partir de uma compreensão compartilhada da realidade social (JUNQUEIRA, 2000).

Para o Ministério da Saúde (2007), a ideia fundamental é que a organização e articulação da rede de saúde é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, de visualizar possíveis caminhos para a promoção da saúde, autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais, e não apenas um serviço ou equipamento.

Julga-se que sua organização e articulação, não só se apresenta com um poderoso potencial na construção de soluções coletivas, mas também seja um dos maiores desafios da gestão em saúde, dada sua complexidade e diversificação.

Partindo dessa vertente, a Política Nacional de Saúde Mental, qualificada pelo Ministério da Saúde (MS), propõe estratégias e diretrizes no território nacional a partir da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que indica um modelo de atenção à saúde mental, apoiado no acesso e na promoção de direitos das pessoas com base na convivência dentro da sociedade. Regulamentada a rede pela Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, cuja finalidade fica explícita no Art. 1º

[...] é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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) (BRASIL, 2011, p. 01).

A RAPS apresenta as seguintes diretrizes para seu funcionamento: 1) respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; 2) promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; 3) combate a estigmas e preconceitos; 4) garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; 5) atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; 6) diversificação das estratégias de cuidado; 7) desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; 8) desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; 9) ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; 10) organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; 11) e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011, p. 02-03).

Constituem os objetivos da RAPS: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Essa portaria aponta os seguintes equipamentos/serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, conforme o quadro a seguir:

QUADRO 1 - COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

<p>Atenção Básica em Saúde Mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde; • Núcleo Ampliado da Saúde da Família; • Consultório de Rua; • Apoio aos Serviços do componente Atenção; Residencial de Caráter Transitório; • Centro de Convivência e Cultura.
--	--

Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192; • Sala de estabilização; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidade Básica de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento; • Serviços de Atenção em Regime Residencial.
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em Hospital Geral; • Serviços Hospitalares de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Estratégia de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos; • Programa de Volta para Casa.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Fonte: Portaria do MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Em 2016, a rede de atenção psicossocial sofre mudanças no seu direcionamento e são aprofundadas no atual governo (2019 – 2022), assim como outros segmentos da área da saúde e outras políticas sociais. Segundo Delgado (2019), dentre essas medidas, as quais impactam diretamente o cuidado em saúde mental, estão:

- 1) modificou a PNAB - Política Nacional de Atenção Básica, alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica;
- 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias;
- 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental;
- 4) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas;
- 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em norma já publicada, e recomendou a não utilização da palavra 'substitutivo' para designar qualquer serviço de saúde mental (embora seja medida esdrúxula do ponto de vista da gestão, tem uma intenção simbólica clara, de negar a mudança de modelo de atenção);
- 6) recriou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e
- 7) recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial (DELGADO, 2019, p. 02)

Desta forma, contrariando os ideias da desinstitucionalização, a qual era sustentada pela extinção progressiva dos leitos psiquiátricos e fortalecimentos da rede comunitária, o hospital psiquiátrico é recolocado como ponto de atenção da RAPS.

Entre esses serviços e estratégias oferecidos pelo SUS, através da RAPS, nesse estudo, opta-se por descrever aqueles que se encontram no campo de pesquisa, sendo eles: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Ampliado da Saúde da Família (NASF).

- **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**

A Portaria Nº. 336/GM, criada em 19 de fevereiro de 2002, regulamenta a criação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Estes caracterizam-se por serviços de saúde abertos, de base comunitária, e que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações, favorecendo o exercício de sua cidadania e inclusão social, igualmente promover o fortalecimento de seu vínculo familiar (BRASIL, 2004).

Conforme proposto pelo Ministério da Saúde (2004), o CAPS deve atuar na lógica de rede como dispositivo estratégico para a Reforma Psiquiátrica, capaz de funcionar como centro articulador das instâncias de cuidados em saúde, promover a inserção social através de ações intersetoriais e devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social de seus usuários (família, escola, trabalho, igreja, etc.).

Tais serviços se diferenciam pelo seu porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional, como podemos verificar no quadro a seguir:

QUADRO 2 - MODALIDADES DE CAPS E SUAS ESPECIFICIDADES

Tipos de CAPS e custeio R\$	Hab. por Região ou Município	Funcionamento do CAPS	Amplitude do atendimento
CAPS I R\$ 21.804,00	Entre 20.000 e 70.000 hab.	De 8 às 18h, de segunda a sexta-feira.	Pessoas com transtornos mentais severos persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias.

CAPS II R\$ 32.000,00	Entre 70.000 e 200.000 hab.	De 8 às 18h, de segunda a sexta-feira, podendo se estender até 21h.	Pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, podendo atender a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local.
CAPS III R\$ 50.000,00	Acima de 200.000 hab.	Funcionam 24h, inclusive feriados e fins de semana.	Pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, ofertando de modo contínuo retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de SM, inclusive CAPS Ad.
CAPS i R\$ 32.000,00	Acima de 200.000 hab.	De 8 às 18 h, de segunda à sexta-feira, podendo se estender até 21 h.	Crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.
CAPS Ad R\$ 32.000,00	Acima de 70.000 hab.	De 8 às 18 h, de segunda à sexta-feira, podendo se estender até 21 h.	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, em necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
CAPS Ad III R\$ 60.000,00	Acima de 200.000 hab.	Funcionam 24h, inclusive feriados e fins de semana.	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento.
CAPS Ad IV	Acima de 500.000 hab.	Funcionam 24h, inclusive feriados e fins de semana.	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normas do Estatuto da Criança e do Adolescente. Destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas.

Fonte: Portaria MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, alterada pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e Portaria MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.

Nesses espaços são ofertados diversos tipos de atendimento, entre eles: atendimentos individuais e familiares, grupos terapêuticos, operativos, de convivência, atividades esportivas, atividades comunitárias, assembleias de familiares, oficinas terapêuticas, culturais, expressivas, de alfabetização e de geração de renda, de suporte social, entre outras atividades.

Contam com equipe multidisciplinar, de caráter interdisciplinar - que promova trocas importantes e necessárias ao plano terapêutico e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Com esta organização do serviço, é esperado que se promova a saúde mental, que se dê atenção às demandas das relações diárias como o sofrimento e as singularidades deste tipo

de cuidado, assim como articular-se com as redes de saúde, redes sociais do território e com as redes de outros setores.

De acordo com *Dados de Saúde Mental 12* (2015), até a data de dezembro de 2014 estavam em funcionamento 2.209 CAPS no Brasil (BRASIL, 2015). A partir desta data o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental.

- **Núcleo de Ampliado da Saúde da Família (NASF) – Atenção Primária**

As equipes de atenção básica cotidianamente se deparam com questões referentes à saúde mental e por sua proximidade das famílias e comunidades são recursos estratégicos para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Assim, esta estratégia apresenta-se importante e necessária para a constituição da rede e articulação da saúde mental com a atenção básica.

Desta forma,

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005, p. 32).

Os princípios fundamentais da articulação entre saúde mental e atenção básica são: noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários, construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2005).

Em 2008, foi definido pelo Ministério da Saúde, como estratégia para ampliar e aumentar a resolutividade da Atenção Básica, o NASF¹¹, com principal objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família – ESF, na rede de serviços. Esse serviço conta com equipe multiprofissional, estruturada conforme a necessidade de cada região de abrangência das equipes da ESF, de forma a responder às necessidades da população do território.

A Portaria nº 256/13, a qual estabelece as normativas para o cadastramento deste programa, prevê três modalidades de NASF, conforme quadro abaixo:

¹¹ Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008).

QUADRO 3 - MODALIDADE DE NASF

MODALIDADES	Nº DE EQUIPES VINCULAS	SOMATORIA DA CARGAS HORÁRIAS DOS PROFISSIONAIS
NASF 1	5 a 9 ESF e/ou EAB para populações específicas	Mínimo de 200 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	3 a 4 ESF e/ou EAB para populações específicas	Mínimo de 120 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3	1 a 2 ESF e/ou EAB para populações específicas	Mínimo de 80 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

Fonte: Portaria MS nº 256, de 11 de março de 2013.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 39, o NASF significa em síntese, “uma estratégia de organização do trabalho em saúde, que acontece a partir da integração dos profissionais da ESF com outros núcleos de conhecimento” (BRASIL, 2014). Assim, por meio do trabalho compartilhado de suporte às equipes de Saúde da Família, busca-se consolidar a abordagem da Saúde Mental na Atenção Básica, com o desafio de articular e avançar na construção de uma rede ampliada de cuidados em saúde mental no nível local das práticas de cuidado em saúde mental.

No entanto, em 2017, houveram mudanças na Política Nacional de Atenção Básica. O NASF que significava “Núcleo de Apoio à Saúde da Família”, passou-se a chamar “Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica”, agora NASF-AB. A palavra do apoio foi suprimida do nome e do texto da política, embora sua prática ainda o traduzisse. Como consequência, ampliou sua atuação para além das ESF, incluindo também outras equipes de AB. Por fim, o programa Previne Brasil, lançado no final de 2019, trouxe mudanças significativas no modelo de financiamento da Atenção Primária no SUS que impactam, também, sobre o NASF-AB (REIS, 2020).

Nesta nova forma de financiamento, o repasse dos recursos federais para os municípios deixa de ser por número de equipes SF e Nasf-AB credenciadas e implantadas e passa a ser: 1) por número de pessoas cadastradas em cada ESF ou equipes de Atenção Primária (eAP); e 2) por desempenho dessas equipes em indicadores selecionados. Em síntese, não existe mais valor fixo e regularmente repassado ao município em função da existência de ESF e Nasf-AB. As ESF ou eAP serão mantidas enquanto equipes pois é a elas que os usuários precisam estar aderidos e cadastrados, já que parte do financiamento agora advém daí; mas as equipes Nasf-AB deixam de existir como requisito para repasse dos recursos (REIS, p.01, 2020).

3.3.2 “Nova” Política de Saúde Mental no Brasil: Nota Técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS

Em fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde, divulga a Nota Técnica nº 11/2019 - intitulada “*Esclarecimentos sobre as mudanças na Política de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*”¹² em âmbito nacional, propondo alterações nas práticas de saúde mental e delineando novas diretrizes para a RAPS.

Conforme esse documento, tais medidas são resultado de várias discussões realizadas entre Instâncias Colegiadas de Decisão do SUS¹³, em dezembro de 2017, que têm por objetivo de “torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada” (2019).

Estamos em um processo evolutivo de reforma do modelo de assistência em saúde mental, que necessitava de aprimoramentos, sem perder a essência a respeito à lei 10.216/01. O objetivo é fazer com que pacientes, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso a tratamento efetivo no SUS, de acordo com suas necessidades e peculiaridades, sem deixar de lado nenhuma modalidade de tratamento validade e aplicável (BRASIL, 2019).

Desta forma, o Governo Federal defende a inclusão dos hospitais psiquiátrico na Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), prevê o financiamento para a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia (ECT), possibilita a internação de adolescentes e crianças em hospitais psiquiátricos, incentiva às comunidades terapêuticas e aponta a abstinência como um objetivo da política de atenção às drogas.

Estas alterações na Política Nacional de Saúde Mental, têm sido fortemente criticadas por especialistas na área de saúde mental, que afirmam que tais práticas e concepções vão na contramão dos fundamentos da Lei Federal nº 10.216/01 - que ordena as políticas de saúde mental no país, e das recomendações de entidades internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas (ONU).

¹² Resolução CIT nº 32/2017 e Portaria nº 3.588/2017.

¹³ Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne o Ministério da Saúde e representantes dos Estados (Conselho Nacional de Saúde – CONASS) e Municípios (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS) (BRASIL, 2019).

Como justificativa, aponta-se falhas na implementação e prática da atual política de saúde mental no país, evidenciando fragilidades na rede substitutiva.

Foram identificados incentivos financeiros que não foram utilizados para a criação de novos serviços, subnotificação de atendimentos, baixa ocupação de leitos em hospitais gerais (menos de 15%), irregularidades na avaliação de hospitais psiquiátricos especializados pelo PNASH, denúncias de violação de direitos em SRTs, pacientes que já faleceram recebendo benefícios, obras financiadas e não executadas, serviços inexistentes recebendo financiamento, inconformidades na prestação de contas em convênios realizados com o Ministério da Saúde, ausência de equipe mínima em um quinto dos CAPS, bem como baixas taxas de matriciamento e atendimento à crise realizados nesses Serviços (BRASIL, 2019, p. 1).

Afirma, ao recolocar o hospital psiquiátrico como ponto de atenção da RAPS, que todos os serviços oferecidos “são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecido”, assegura ainda, que “não será fomentado mais o fechamento de unidades de qualquer natureza, que a rede de atenção à saúde mental deve ser harmônica e complementar, finalizando que não há mais porque falar em “rede substitutiva”, visto que nenhum serviço substitui o outro (BRASIL 2019).

Em resposta, pesquisadores da área de saúde manifestam-se de forma contrária, alegando que as propostas de direcionamentos da política de saúde mental configuram um retrocesso, conforme declarações citadas na *Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019*, que afirma:

1) A Nota Técnica parece desconhecer todo o histórico do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ao afirmar que “não há mais porque se falar em ‘rede substitutiva’, já que nenhum Serviço substitui outro”. Parte desta inferência associa a desinstitucionalização à desospitalização, enquanto “saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos”, não reconhecendo a crítica aos danos relacionados ao isolamento, ao modelo médico-centrado e às violações de direitos humanos acumulados nesse dispositivo assistencial da psiquiatria (BIRMAN, 1978; COSTA, 1980; AMARANTE, 1998; VASCONCELOS, 2000; VASCONCELOS, 2014). Então, foi a criação de uma rede de serviços de saúde mental – CAPS, SRT’s, Cooperativas de Trabalho, Pontos de cultura, entre outros –, desde os anos 1990, tendo sua implantação ampliada e acelerada a partir dos anos 2000, e respaldada por quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, que permitiu a substituição do modelo centrado quase exclusivamente em hospitais psiquiátricos por um modelo de base comunitária e territorial, e que tem sido reconhecido internacionalmente. Desta forma, foram as políticas substitutivas, com serviços comunitários e territoriais, próximos ao local de moradia das pessoas, deixando de ser apenas pacientes em distantes e isolados hospitais psiquiátricos, que garantiram o respeito aos direitos dos usuários, frequentemente aviltados no interior dos hospitais psiquiátricos especializados. Isso favoreceu que elas pudessem também ser cuidadas pelos seus familiares, vizinhos e amigos, de uma forma integrada a estes serviços. Também foram elementos fundamentais para essa mudança a qualidade do cuidado realizado por equipes multiprofissionais e com base em saberes múltiplos, interdisciplinares, permitindo uma relação horizontal e não hierárquica entre os vários profissionais da saúde mental e seus respectivos saberes, e também o vínculo humanizado entre trabalhadores e usuários. Na perspectiva inversa a tudo isso, a Nota Técnica 11/2019 procurar recolocar o

hospital psiquiátrico e demais serviços de internação, como as comunidades terapêuticas, no centro da assistência em saúde mental, desvalorizando toda a rede de atenção psicossocial descrita acima ou atribuindo-lhe apenas o papel de auxiliar de suporte para entrada e saída das internações, como no passado (2019, p. 01-02).

Como é sabido, o hospital psiquiátrico e a ECT¹⁴ ou “eletrochoque¹⁵” talvez sejam um dos maiores símbolos de repúdio do movimento da Reforma Psiquiátrica e do processo de desinstitucionalização, no que se refere a ideia de ‘desconstrução’ de saberes, práticas e cultura, reconhecendo os danos relacionados ao isolamento, ao modelo médico-centrado e às violações de direitos humanos. Assim, recolocar na rede o hospital psiquiátrico e financiar equipamentos de ECT para tratamento, segundo pesquisadores, seria não reconhecer os avanços e a importância da rede psicossocial (2019, p. 01).

E a partir dessas colocações Fleury (2008) afirma que toda política de saúde antes configura-se como uma política social, e que o processo de construção de uma política está sujeito a múltiplos determinantes e interesses, não é incomum estes sejam contraditórios, visto que há percepções diferentes entre os grupos sociais. “Isso implica em compreender as relações de poder que se estabelecem em torno da política de saúde e que afetam o processo decisório que define os planos, programas, estratégias e processo de alocação de recurso” (2008, p.27).

Amarante (2007) também sustenta que as políticas, no caso a de saúde mental e a atenção psicossocial, não como um “sistema ou modelo fechado”, mas como uma construção processual.

Quando falamos em processo pensamos em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente. Nesse caminhar vão surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas. Novos elementos, novas situações pressupõem que existam novos atores sociais, com novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas, de pertencimento de classe social. Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes, que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões (2007, p. 63).

¹⁴ Refere a uma forma de tratamento psiquiátrico no qual são provocadas alterações na atividade elétrica do cérebro induzidas por meio de passagem de corrente elétrica, sob condição de anestesia geral.

¹⁵ Tratamento psiquiátrico utilizado em massa e de caráter punitivo em hospitais psiquiátricos durante o séc. XX.

3.4 Política de saúde na Argentina

Anteriormente as considerações sobre a Política Nacional de Saúde Mental da Argentina, descrevemos de forma breve a respeito do arranjo federativo que sustenta tais políticas, pois entende-se que seus aspectos constitucionais afetam a formulação e implementação das políticas públicas.

3.4.1 O Sistema de saúde argentino

A Argentina é uma federação, que possui o segundo maior território da América do Sul, constituído por 23 províncias e uma cidade autônoma, Buenos Aires, capital do país. Menicucci (2017) explana sobre o arranjo federativo da Argentina, dando ênfase à relação entre o governo e as províncias.

As províncias possuem subdivisões administrativas e municípios, mas esses últimos não são entes federados autônomos, sendo dependentes das províncias às quais estão vinculados a sua atribuição definida por cada constituição provincial. As províncias são consideradas preexistentes à Nação e exercem todos os poderes não delegados expressamente ao governo federal, podendo legislar, dentro do seu território, sobre quaisquer temáticas que não são de exclusividade do Congresso Nacional, entre os quais se inclui a saúde (p. 06-07).

Desta forma, o sistema de saúde argentino apresenta-se de maneira fragmentada e descentralizada, fator que contribui para a disparidade regional entre as províncias, visto que cada uma delas conta com um ministério de saúde, que controla e decide as diretrizes da política dessa área, dificultando a coordenação de uma direção sanitária comum.

Marazina (2011) em seu estudo *A saúde mental pública na América Latina – Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil* - contextualiza o sistema de saúde argentino, e retrata a partir da entrevista do Dr. Abel Langer¹⁶ a problemática da descentralização.

A argentina tem um sistema **demasiadamente federativo** em relação às políticas públicas. Cada província, no caso, da saúde, pode dispor livremente em relação ao sistema hospitalar. Também pode ser feito isso em nível municipal, nacional, e igualmente o subsistema privado.

Assim, as leis nacionais não são de cumprimento obrigatório, salvo em territórios nacionais, que são Tierra Del Fuego e Buenos Aires, até que se declara Cidade Autônoma, quando passar por um regime próprio. As leis provinciais não repetem a

¹⁶ Entrevista com Dr. Abel Langer, em 12/10/2010. Buenos Aires (MARAZINA, 2011, p. 80).

lei nacional. Cada província faz o seu, de forma separada. [...]. Existe uma luta muito forte entre o poder provincial e o poder nacional, que resulta na diluição das funções e do poder do Estado. Não se dá importância às leis nacionais. O poder provincial é, de fato, muito mais fácil de pressionar e diluir frente aos interesses privados (p. 80).

Amparadas nessa lógica de sistema político, as políticas de saúde instalam-se nas províncias de maneira diferente, visto que, cada uma tem total autonomia para decidir não só quais serão as políticas implementadas em seu território, mas também como serão empregados os recursos financeiros, que advém de fontes federais, provinciais e municipais.

Embora todos os níveis de governo tenham responsabilidade no desenho, financiamento e gestão das políticas em saúde, constitucionalmente, as províncias gozam de autonomia em matéria de saúde e a elas pertence na prática toda a capacidade instalada pública e são responsáveis pela administração dos serviços públicos localizados em seu território (MENCUCCI, 2017, p. 7).

No entanto, Miranda e Machado (2016), ao finalizar sua pesquisa sobre *Federalismo e políticas sociais na Argentina e no Brasil*, concluem que o federalismo não se constitui como um obstáculo para a organização e adoção e expansão das políticas sociais, porém reconhecem que “no Brasil há condições federativas mais favoráveis à produção de políticas sociais mais perenes, universais e equitativas em todo o território nacional” (p. 25). Menicucci (2017), complementa

Nos dois casos existem governos fortes, mas o Brasil apresenta maior grau de centralização jurisdicional e na Argentina, a produção legislação no âmbito nacional é mais restrita, deixando maior espaço para as províncias legislarem, inclusive sobre políticas sociais; o Brasil tem maior grau de descentralização das receitas tributárias, mas isso é contrabalanceado pela centralização jurisdicional que possibilita à União interferir na forma de gastar dos entes subnacionais; as diferenças de *status* conferidas ao município em ambos os países também têm implicações para o desenvolvimento das políticas sociais (p. 6).

Sendo assim, o sistema de saúde argentino é misto - público e privado, assim, apresenta três grandes subsistemas diferenciados pela população atendida, formas financiamento e serviços ofertados, sendo eles: Serviços Públicos de Saúde, Seguridade Social e o Seguro Privado. Abaixo, apresenta-se um quadro explicativo dos subsistemas da saúde argentino.

QUADRO 4 - SISTEMA DE SAÚDE DA ARGENTINA - SUBSISTEMAS

Sistema misto de saúde argentino	
Serviços Públicos de Saúde	De acesso universal, mas na prática é o refúgio dos setores de menor renda que não tem cobertura de seguridade social e nem capacidade de gasto privado, ou das pessoas, que enfrentam restrições geográficas; é de competência dos governos provinciais e financiados na sua maior parte pelos orçamentos provinciais, secundariamente por transferências do orçamento nacional e pelos orçamentos municipais. A supervisão cabe ao Ministério da Saúde da Nação que tem como funções a condução e o direcionamento político do sistema de saúde. No nível provincial, o sistema é supervisionado pelo Ministério da Saúde Provincial, responsável pela gerência, gestão política e técnica dos estabelecimentos em sua jurisdição. O hospital público de autogestão se insere num sistema de redes de serviços da saúde centradas no hospital, que deve articular e coordenar os serviços dos prestadores públicos e privados em um sistema de cobertura universal e obrigatória.
Seguridade Social	Formado pelas Obras Sociais: entidades de direito público não-estatal, sem fins lucrativos, sujeitas a regulação estatal, que funcionam como ente financiador para prover serviços médicos e tem como principais características: seguro social de adesão obrigatória para trabalhadores (organizado por ramo de atividade), aposentados e pensionistas; financiamento decorre dos descontos nos salários dos trabalhadores formais e dos aportes das empresas empregadoras ou do governo para seus funcionários; é integrado por obras sociais nacionais (a maioria), provinciais e dos aposentados e pensionistas sob o controle do governo federal. Os organismos de supervisão das obras sociais são: a) no âmbito nacional a <i>Superintendencia de Servicios de Salud</i> ; e b) no âmbito provincial a Confederação de Obras e Serviços Sociais Provinciais da Republica Argentina (COSSPRA).
Seguro Privado	Formado por empresas de saúde pré-pagas muito diversas, com variações de preços e serviços, com baixa intervenção regulatória do estado, enfrentando a concorrência por meio da diversificação de planos e forte concentração na capital estrangeiro. O financiamento decorre do aporte voluntário dos usuários e o crescimento do setor está associado à sua consolidação como prestador do sistema de obras sociais; o gasto do setor é o menor comparativamente aos outros dois subsectores; entretanto, o gasto per capita é alto.

Fonte: Federalismo e Política de Saúde na Argentina e no Brasil (MENICUCCI, 2017, p. 13-14).

3.4.2 Política de Saúde Mental na Argentina

Os primeiros movimentos de saúde mental na Argentina começaram a partir das ideias de um famoso neurocirurgião e médico sanitário chamado Ramón Carrillo (1946- 1954), que dizia em seus discursos que *el máximo de enfermos mentales, cuando no passe de 1 por 100*, declarando que esse era um bom indicativo da qualidade de saúde mental em um

país. Também costumava nominar *enfermos mentales* ao invés de alienados e considerava o hospital psiquiátrico da época como *reducideros humanos* (CHIARVETTI, 2008).

Nessa época, na Argentina, Carrillo percebeu que havia muitas pessoas desassistidas, como cita Chiarveti (2008) que se *necesitaban em el país 40.000 camas, mas de las 20.000 existentes*, ou seja, um índice alto de adoecimento mental. Como cita a autora, Carrillo não questionava a existência do hospital psiquiátrico, contudo, por não haver leitos, sugere os *Centros de Psiquiatría Preventiva*, que em sua opinião poderiam ser independentes ou anexos aos hospitais psiquiátricos, que deveriam oferecer tratamento externo ao doente mental (2008, p. 173).

A partir de 1966, fomentado pelas ideias e experiências de Carrillo, intensificam-se questionamentos e discussões a respeito das contradições que envolviam os cuidados em saúde mental, culminando no primeiro *Congreso Argentino de Salud Mental*, impulsionando experiências de tratamento pautadas no modelo de atenção comunitária. No mesmo período, outros três fatos importantes marcaram a trajetória da saúde mental na Argentina:

- 1) Creación del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM); 2) Creación de las primeras Carreras de Psicología em el país (Universidade Nacional del Litoral, Rosario (1956) e Universidade Nacional de Buenos Aires (1957); 3) Creación de uno de los primeros servicios de Psicopatología em un hospital general (Policlínico de Lanús) (CHIARVETTI, 2008, p. 174).

O *Instituto Nacional de Salud Mental* (INSM), apresentava os seguintes objetivos: a) prevenção de doenças neuropsiquiátricas; b) fornecer assistência integral aos pacientes que sofrem de condições neuropsiquiátricas e c) contribuir para a recuperação e reabilitação social desses pacientes (CHIARVETTI, 2008, p. 174). No ano seguinte, o INSM também incentivou a implantação de *Comunidades Terapéuticas* com lema “democratización, permisibilidad, libertad de comunicación”, como experiências piloto, entre elas se sobressaíram:

- la de Raúl Camino en Colonia Federal (Entre Ríos), iniciada en 1967 duró hasta ya iniciada la dictadura de 1976; la de W. Ricardo Grimson en el Hospital Estéves de Lomas de Zamora (Provincia de Buenos Aires) fue abortada violentamente a principios de 1971 por la dictadura (CHIARVETTI, 2008, p. 175).

Contrariando a ditadura militar (1966), é fundada a *Coordinación de Trabajadores de Salud Mental* (CTSM), da qual participavam associações de psicólogos, psiquiatras e psicopedagogos de Buenos Aires e a *Asociación Nacional de Profesionales del Trabajo Social en Salud Mental* (CHIARVETTI, 2008). Esse grupo de profissionais tinha como propósito fomentar e construir as políticas de saúde mental. Concomitantemente, o INSM promove o *Plan de Salud Mental* de 1967, o que Chiarveti (2008) chama de “paradoxos

nacionais”, refletindo sobre o fato de que primeira tentativa de reforma democrática em saúde mental, foi realizada no período de ditadura militar.

Com a retomada do governo democrático, a *Dirección Nacional de Salud Mental*, em 1986, emite um documento elencando algumas estratégias e propostas para o campo da saúde mental:

a) la integración de las políticas en Salud Mental con las políticas generales de salud; b) la integración intersectorial; c) la ampliación de la cobertura, incluyendo acciones de promoción y prevención, de manera que la misma fuera equitativa para toda la población; d) la participación de usuarios y prestadores en la definición de necesidades, estrategias y asignaciones de recursos; e) el desplazamiento del eje centrado en el modelo Hospital- Enfermedad hacia el modelo Comunidad-Salud y el incremento de presupuestos para ello y nunca para incrementar prácticas y sistemas custodiales, segregacionistas y/o exclusivamente asistencialistas; f) la transformación de los grandes Hospitales Psiquiátricos y desaliento de los institutos privados que funcionaran similarmente; g) el desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en Salud Mental (CHIARVETTI, 2008, p. 176).

Resultado desse movimento, destacam-se três leis importantes que compõem o processo de reforma psiquiátrica na Argentina: A *Ley Rio Negro*¹⁷ aponta para os princípios da desinstitucionalização, concebendo o tratamento em hospitais psiquiátricos, como o último recurso terapêutico; A *Ley Tres Ríos*¹⁸ que prevê que o poder executivo tome as medidas necessárias para implementar a reforma do sistema de cuidados psiquiátricos na província, promovendo a desinstitucionalização progressiva em todo o território vigente, e a *Ley Santa Fe* que estabelece que serão privilegiadas as alternativas de tratamento que não restringem a liberdade do paciente e o afastem do núcleo familiar e social (CHIARVETTI, 2008).

Segundo Camargo e Preuss (2017), no ano de 1989, a *Dirección Nacional de Salud Mental*, toma conhecimento da violência e mortes em hospitais psiquiátricos e reivindica providências, culminando no afastamento do secretário da saúde e o diretor da saúde mental vigentes na época.

A fim de fortalecer o processo de reforma psiquiátrica, na década de 1990, a saúde mental reforça novas propostas como:

Optimizar las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales a través de estrategias de descentralización, educación y participación comunitaria y construcción

¹⁷ Concretado en la Ley N° 2.440/91, “Ley de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento psíquico”, ley pionera en legislar sobre la “desmanicomialización”.

¹⁸ Ley N° 8.806/94. Ley “Enfermos mentales”.

colectiva, tendiendo paulatinamente a la atención del paciente en su propia comunidad, conservando sus vínculos familiares y con su medio social (CHIARVETTI, 2008, p. 178).

De acordo com Marazina (2011), o objetivo central dessa proposta é favorecer a consolidação de um novo modelo e substituir os velhos manicômios, com o intuito de oferecer reconhecer a dignidade pessoal e os direitos humanos dos pacientes com doenças mentais.

Realizou-se, em fevereiro de 2006, a *Oficina Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos*¹⁹ organizada com participação dos representantes dos órgãos promotores do evento, diretores de hospitais e funcionários provinciais e locais da saúde mental e direitos humanos, também, associações de familiares, usuários e voluntários, organizações não governamentais e a Oficina de Saúde Mental da OPAS, segundo Marazina (2011), esse evento configurou-se como fundamental na reforma do sistema de saúde mental.

Os objetivos dessa organização são o de promover uma política pública de saúde mental que inclua a perspectiva de direitos humanos impulsionando transformações no caminho das boas práticas em saúde mental. Dentro desses objetivos se inclui a difusão sobre saúde mental e direitos humanos em nível nacional, assim como a formulação de diagnósticos sobre a situação desses quesitos em todo o país (p. 93).

Assim, no ano de 2010, intensifica-se o processo de redirecionamento da Saúde Mental na Argentina, agora como competência dos poderes Legislativo, Judiciário e Executivo. Funda-se o *Dirección Nacional de Salud Mental e Adicciones*, mostrando claramente o nascimento de um novo paradigma que se legitima na promulgação da *Ley Nacional de Salud Mental* nº 26.657 de 02 de dezembro de 2010 (ARGENTINA, 2010).

A *Ley Nacional de Salud Mental* nº 26.657/10 regulamentada pelo Decreto nº 630 de 2013, assegura direito à proteção da saúde mental de todas as pessoas e o pleno gozo dos direitos humanos daquelas com padecimento mental que se encontrem em território nacional.

Apoiado nessa Lei, elabora-se o *Plan Nacional de Salud Mental* (2013) com finalidade de desenhar as estratégias de saúde mental no país. Seus objetivos são pautados no estabelecimento de uma rede nacional de assistência jurisdicional em saúde mental, com base na extensão, aprofundamento e consolidação dos *Centros de Atención Primaria de la Salud* (CAPs), que garante a devida acessibilidade dos serviços comunitários de saúde mental no

¹⁹ Promovido pela Direção de Assistência Direta a Pessoas e Grupos Vulneráveis da Secretaria de Direitos Humanos da Nação, e da Unidade Coordenadora Executora de Saúde Mental e Comportamento Saudável do Ministério de Saúde da Nação

primeiro nível de atenção, como recomendado pela Declaração de Caracas (1990) (ARGENTINA, 2013).

Considera-se que as legislações no campo da saúde mental na Argentina são fatos históricos recentes, visto que em 2010 é aprovada a *Ley Nacional de Salud Mental*, a assim, direcionada às províncias a implementação de políticas públicas. Deste modo, percebe-se que o *Plan de Salud Mental* (2013), apresenta-se como o desafio de criar programas de acordo com as demandas da população vulnerável, com intento de formar uma rede de atendimento comunitário.

Nesse contexto, Marazina (2011), pesquisou os sistemas de saúde mental pública no interior do país, uma vez que, são os organismos públicos (principais e municipais) os responsáveis pela coordenação das ações do *Plan Nacional de Salud Mental*. A autora salienta a disparidade na estrutura dos serviços de saúde mental nas províncias, do mesmo modo que, a não existência de um banco de dados centralizado sobre o tema, relatando que a coleta de dados se deu através de arquivos disponíveis em publicações da plataforma Scielo e dos Ministérios de Saúde Provinciais, além de contatos pessoais com alguns gestores.

Quanto à Província de Misiones, território deste estudo, segundo Marazina (2011) apresenta a seguinte conclusão:

Foi possível constatar a presença de técnicos de saúde mental em alguns programas do Ministério de Saúde da província, tais como Atenção ao Adolescente, Assistência em Gerontologia e Materno Infantil. Não constam programas nem redes de saúde mental específico, embora se possa constatar pelo site do Ministério, uma concepção de saúde que leva em conta os preceitos da descentralização e de integralidade na atenção básica (p. 116).

3.5 Políticas públicas de saúde em região de fronteira

Inicialmente pretende-se apresentar aspectos importantes sobre a região fronteiriça, compreendendo que essa se constitui a partir de um processo histórico social.

Comumente quando se fala em fronteiras territoriais, pensa-se em um território com demarcações geográficas, jurídicas e políticas, ou ainda, com representações ligadas a noção de “*limite*” de um espaço territorial. Essa concepção corresponde à herança de um processo histórico de disputas, divisões e demarcações de terras impostas pela necessidade do homem de estabelecer os seus direitos de propriedade (FERRARI, 2010).

A origem do termo fronteira decorre do latim para indicar *parte do território situada a frente*, na língua espanhola (*frontera*), na francesa (*frontier*), em francês, também se observa o uso do termo por militares, que iam ao *front* para fazer a defesa territorial. Segundo historiadores, eram construídos fortes ou fortificações militares que mais tarde passariam a se chamar de fronteira (FERRARI, 2010).

Ferrari (2010) afirma que embora a noção de fronteira seja associada ao limite político-territorial, estes termos guardam sentidos diferentes. Especifica que, o conceito de *limite* relaciona-se à ideia de divisão entre uma unidade territorial e outra, já o conceito de *fronteira* sofreu modificações ao longo do tempo, e diante da sua realidade complexa incorporou novos elementos, a fim de compreendê-la (p. 21). Partindo dessa compreensão que o conceito de fronteira se diferencia do conceito de limite

Para Silva, a faixa de fronteira:

[...] sempre foi tratada pelo Estado como uma área de segurança, o que desfavoreceu por muito tempo a formalização de planos de integração para essas zonas ou faixas. Historicamente, a atuação governamental nessa área é permeada pela presença de forças militares, pela colonização, nacional ou por estrangeiros e por atividades relativas a concessões públicas, entre outras (2011, p. 42).

No Brasil, a faixa de fronteira caracteriza-se geograficamente por uma faixa de 150 km de largura, ao longo de 15.719 km de fronteira brasileira. Nessa área, estão situados 588 municípios de 11 unidades federativas, que correspondem a 27% do território brasileiro. O Brasil faz limite com nove países da América Latina e com a Guiana Francesa que é um departamento ultramarino francês (BRASIL, 2005).

Ao abordar aspectos referentes à saúde na região de fronteira, é necessário relacioná-lo às condições de vida desse território, considerando a influência direta dos determinantes sociais, visto que estes compreendem os processos históricos dos agravos da saúde coletiva. Portanto, a constatação da influência dos determinantes sociais sobre a saúde mental, é essencial, ao passo se insere esse debate num contexto específico que é a fronteira.

De acordo com Silva (2006), a fronteira deve ser compreendida “enquanto um fenômeno constituído por processos sociais que envolvem, no seu entorno, questões geográficas, políticas, jurídicas, sociais e culturais”. Justifica ainda, que

Essa análise permite uma melhor compreensão sobre o ambiente das fronteiras, que são espaços vivenciados por relações dinâmicas, responsáveis pela reprodução das relações de produção na sociedade e formados por conteúdos e formas sociais produzidos ao longo da história desses lugares (2006, p. 26).

Tais considerações reafirmam que as fronteiras não podem ser compreendidas meramente como limites, já que elas são um espaço geográfico, palco das construções históricas da população que ali habita.

Acredita-se que é necessário considerar no processo de adoecimento ou de melhora na qualidade de saúde as diversas dimensões em que as pessoas vivem, ou seja, dimensões sociais, culturais, ecológicas, psicológicas, econômicas, religiosas, etc. Dessa forma, pensar a respeito da saúde mental enquanto produto do contexto fronteiriço requer atenção a realidade política, econômica e social desta região.

Santos (2001), ao trabalhar sobre os sujeitos e seus territórios, considera a fronteira como um “território vivo”, ou seja, espaços em que os sujeitos têm sua “pertença” e que estabelecem e produzem suas relações (familiares, lazer, trabalho, educação). Assim, os territórios constituem e são constituídos pela população que lá reside.

Todavia, Bauermann e Cury (2015), em estudo sobre políticas públicas de saúde na fronteira Brasil e Paraguai, apontam defasagem nas ações do governo, por não considerar as especificidades desse território, e reconhecem a importância da integração dos diversos níveis governamentais, na formulação e implementação das políticas públicas. Acredita-se que essas características se reproduzam em outras fronteiras (CETOLIN, 2013).

Em síntese, torna-se imprescindível fomentar espaços de diálogos em região de fronteira, a fim de desenvolver estratégias que permitam superar as limitações, fortalecendo o seu desenvolvimento e valorizando seus potenciais.

3.5.1 A fronteira seca Brasil e Argentina

O cenário desse estudo é a fronteira internacional Brasil e Argentina, demarcada também pelo limite entre os estados brasileiros de Santa Catarina e Paraná. Neste espaço geográfico se localizam as cidades de Dionísio Cerqueira (SC), Barracão (PR) e Bernardo de Irigoyen (Província de Misiones), com uma população notificada de aproximadamente 32 mil habitantes, conforme Censo 2010 (BR) e Projeção de população do ano de 2017, com base nos dados do INDEC²⁰, que convivem numa conurbação de aproximadamente 1.561 km².

²⁰ Instituto Nacional de Estadística y Censos – Republica Argentina. <https://www.indec.gob.ar/>. Acesso em outubro de 2019.

Barracão é um município localizado no sudoeste paranaense, com uma população de 10.273 habitantes (IBGE, 2016) e uma extensão territorial de 177,6 Km². Dionísio Cerqueira é localizado no extremo oeste de Santa Catarina, com uma população estimada de 14.811 habitantes (IBGE, 2010) e uma extensão territorial de 379,3 Km². Bernardo de Irigoyen, município pertencente à Província de Misiones - Argentina, possui uma população estimada de 6.862 habitantes. Este território é formado por três cidades, três estados²¹ e dois países, vista do alto como cita Ferrari (2011), observa-se uma única malha social. Corresponde a uma fronteira seca²², essas cidades são divididas por ruas, tanto os limites internacionais como municipais.

Conforme Ferrari (2010), por volta de 1900, *Barracón* ou Barracão, era um único aglomerado populacional com mais ou menos mil habitantes, em sua maioria índios paraguaios e caboclos brasileiros. Esse povoado era chamado de Barracão, devido há um grande barracão que foi construído por tropeiros de erva mate, o qual lhes servia de abrigo e parada de descanso quando estavam a caminho do Rio Grande do Sul.

Em 4 de julho de 1903, este povoado foi dividido, em decorrência da demarcação territorial entre Brasil e Argentina. Nasce nessa divisão política-territorial oficialmente a vila de Dionísio Cerqueira²³, que neste momento histórico pertencia ao estado do Paraná.

Devido à inexistência de obstáculos físicos naturais naquele ponto de fronteira seca, tal demarcação foi feita pelo caimento das águas da chuva, como Grover Cliveland determina em 1895: “onde as águas da chuva correm para o leste fica o território brasileiro, e onde as águas da chuva correm para o oeste fica o território argentino” (FERRARI, 2010, p. 280).

O povoado argentino foi elevado à categoria de localidade em 11 de junho de 1921, com a designação de Aparício Cué, homenagem a um homem público da Argentina, porém logo retornaria ao nome de origem *Barracón*, referência para ervateiros argentinos que por ali exportavam o mate brasileiro para a Argentina.

Deu-se em 1917, a delimitação entre os dois estados brasileiros, a pequena vila de Dionísio Cerqueira foi seccionada, obedecendo aos mesmos critérios da demarcação internacional, ou seja, fixação dos limites locais pelo caimento das águas “onde as águas da

²¹ Compreende-se que a organização governamental de província na Argentina, corresponde a nossa organização de estado no Brasil.

²² Fronteira, na qual a divisa dos lugares (podendo ser países, estados, etc.), não lago, rio ou oceano separando, apenas uma delimitação simbólica separando as terras.

²³ O nome da cidade é em homenagem ao general *Dionísio Evangelista de Castro Cerqueira*, antigo Ministro das Relações Exteriores e que foi quem demarcou a fronteira entre Brasil e Argentina.

chuva correm para o sul fica Santa Catarina, e onde as águas da chuva correm para o norte fica o Paraná” (FERRARI, 2010, p. 280).

Os três povoados que compõe essa fronteira Brasil – Argentina e Paraná – Santa Catarina se emanciparam. O município de Barracão (PR) foi oficialmente instalado em 14 de dezembro de 1954; Dionísio Cerqueira (SC) foi oficializado em 14 de março de 1954 e Bernardo de Irigoyen²⁴ foi emancipado no mesmo ano.

Resgatando a história desta população, desde o princípio (séc. XX) o comércio transfronteiriço assumia a função principal como modo de produção. A maioria eram trabalhadores de ervateiras, que tinham muita importância no panorama econômico da época. Percebe-se notável influência das atividades, dos modos de produção na organização territorial, visto que o nome do município “Barracão” é herança do processo histórico desse povo.

Ao longo do tempo, pode se citar aspectos ligados ao processo de desenvolvimento urbano das cidades, compreendendo que a fronteira é um espaço de interação pelos diferentes fluxos, que podem ser de natureza econômica, social e cultural.

Embora as cidades guardem aspectos particulares, na sua conformação urbanística está evidente um único tecido urbano. [...], vistas do espaço aéreo, as cidades trigêmeas parecem formar uma única malha urbana, quando na verdade são três cidades de países, estados, província e municípios diferentes. Para pessoas que vêm de fora e até mesmo para que as ali residem, fica difícil entender essas territorialidades, mesmo com a implantação de marcos de fronteira e outras características que tentam expressar as territorialidades, pois os limites internacionais e estaduais só têm nitidez no mapa (FERRARI, 2010, p. 281).

²⁴ O nome da cidade é em homenagem ao advogado argentino *Bernardo de Irigoyen*, que no século XIX auxiliou as negociações entre a Argentina e o Brasil sobre a fronteira nessa região.

MÉTODO

Compreendendo a importância e o papel estruturante do método para o desenvolvimento de uma pesquisa, apresentamos neste capítulo um possível caminho para atingir os objetivos e produzir conhecimento acerca da temática proposta.

4.1 Tipo de pesquisa

Essa pesquisa é de natureza qualitativa, com cunho descritivo-analítico, método que considera a intensidade do fenômeno, e segundo Minayo (2017) são metodologias

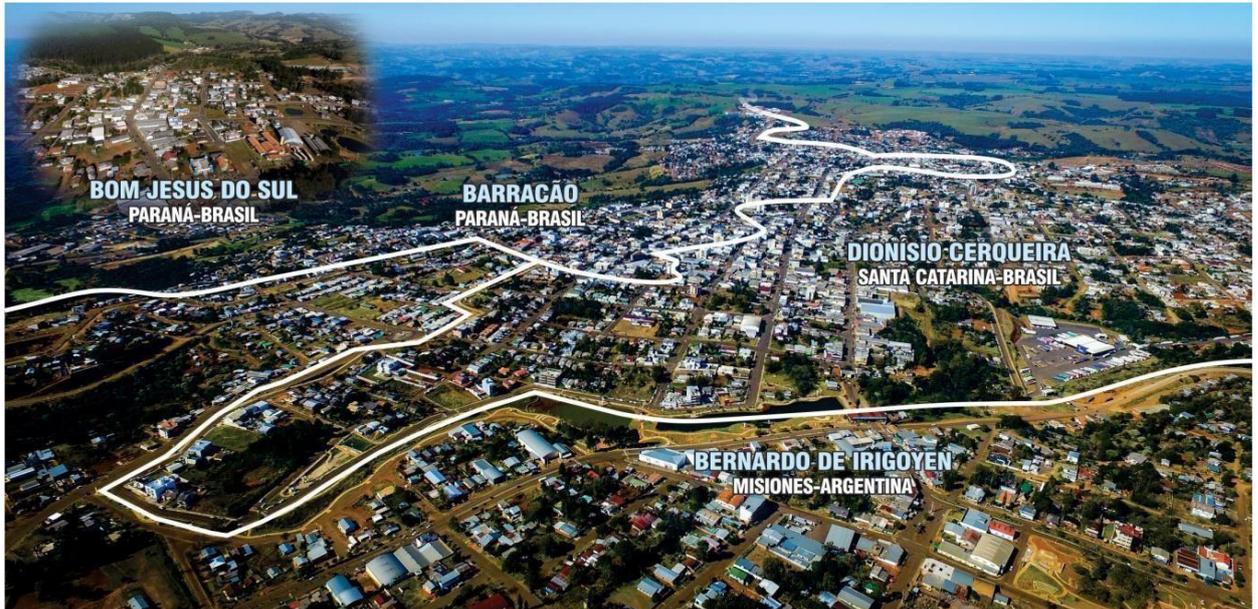
Entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significante e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas as últimas tomadas tanto no seu advento quando na sua transformação, como construções humanas significativas (p.10).

Ainda, a autora expande e atualiza seus estudos sobre a pesquisa qualitativa com foco na área da saúde, defendendo a ampliação do conceito de saúde para que englobe a dimensão socioeconômica, política e ideológica que a constituem, trazendo os processos de saúde para um campo complexo, no qual se conectam vários saberes.

4.2 Campo de pesquisa

O campo de investigação compreende o território de fronteira internacional Brasil e Argentina, composto pelos municípios de Barracão (PR), Dionísio Cerqueira (SC) e Bernardo do Irigoyen (Província de Misiones – Argentina). Em seguida, expomos uma foto aérea destes municípios, com exceção do Município de Bom Jesus do Sul, que encontra-se há 9km de distância da fronteira seca.

FIGURA 1 – VISTA ÁREA DO CAMPO DE PESQUISA (FRONTEIRA INTERNACIONAL BRASIL - ARGENTINA)



Fonte: Consórcio Intermunicipal da Fronteira (2017).

O mapa acima exhibe o perímetro urbano que une Brasil e Argentina, que abrange os dois países, dois estados brasileiros e uma província argentina (Paraná, Santa Catarina e Misiones) e três municípios (Barracão, Dionísio Cerqueira e Bernardo de Irigoyen) formando uma única malha social.

4.3 Coleta dos dados

A coleta de dados iniciou-se no mês de julho de 2019, após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste Paraná – CEP/UNIOESTE e anuência dos responsáveis pelas Secretarias Municipais de Saúde de Dionísio Cerqueira (SC) e Barracão (PR) e da Diretora do Hospital de Autogestión de Bernardo de Irigoyen (Misiones - Argentina).

Esta etapa foi dividida em dois momentos, com intuito de facilitar a operacionalização da coleta de dados:

1) No primeiro momento, agendou-se entrevistas de forma grupal com as equipes de saúde: CAPS I – Dionísio Cerqueira (SC), NASF 1 – Barracão (PR) e Hospital Público de Autogestión – Bernardo de Irigoyen (Misiones - AR), com vistas para a identificação dos demais serviços, ações e/ou estratégias de saúde mental. Tais espaços foram eleitos por se

caracterizarem como serviços de referência na busca de atendimento por usuários de saúde mental na fronteira.

Nessa ocasião, também foi solicitado aos trabalhadores indicações de usuários que atendessem aos critérios da pesquisa, afim de compreender suas percepções e vivências à respeito da políticas de saúde mental.

2) Em seguida, realizou-se as entrevistas com os usuários de saúde mental dos respectivos municípios. Essas entrevistas foram realizadas nos domicílios, com o objetivo de compreender quais percepções estes sujeitos têm a respeito da política de saúde mental, dado especial importância a suas vivências enquanto usuários da rede.

As coletas de dados deram-se por meio de entrevista semiestruturada²⁵, considerando que seu formato favorece o entendimento do objeto em estudo, permitindo a expressão dos participantes sobre a realidade vivenciada.

4.4 Participantes da pesquisa

Os participantes desta pesquisa foram trabalhadores de saúde e usuários dos serviços que prestam assistência em saúde mental na região de fronteira internacional Brasil e Argentina.

Primeiramente, realizamos entrevista com três equipes de saúde que prestam atendimento em saúde mental no recorte espacial da investigação (Apêndice C). Em seguida, realizamos entrevistas com os usuários que recebem atendimentos de saúde mental nessa região de fronteira (Apêndice D). Cabe assinalar que o número de participantes (usuários) não foi determinado previamente, adotou-se pelo critério de saturação para delimitar a amostra. Minayo (2017) refere que o termo saturação é utilizado na pesquisa qualitativa, para orientar um momento do trabalho de campo, em que a coleta de novos dados não apresenta novas reflexões para o fenômeno que está sendo estudado (p. 04).

Os critérios de inclusão dos participantes, além de disponibilidade e aceitação em participar da pesquisa, foram: a maioridade e histórico de internação psiquiátrica. O critério de exclusão foi: estar sob curatela ou interdição, visto que o usuário não dispõe de condições

²⁵ Forma de entrevista que permite o entrevistador agregar novas questões, caso julgue pertinente para atender os objetivos do estudo.

legais para responsabilizar-se pela assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecimento (TCLE). Não houve qualquer exclusão quanto a gênero, condições socioeconômicas ou compreensões diagnósticas, no que se refere à saúde mental.

A fim de manter o anonimato dos participantes, as entrevistas foram identificadas como trabalhador brasileiro (TB), trabalhador argentino (TA), usuário brasileiro (UB), usuário brasileiro/família (UB/F), usuário argentino (UA) e usuário argentino/família (UA/F), sendo atribuída a ordem sequencial das entrevistas (TB1, TA2 ..., UA1, UB2... e UA/F1, UB/F2...). A categoria “família”, corresponde aos familiares que também participaram das entrevistas expressando suas vivências, visto que esses também são usuários dos serviços de saúde. Todos os nomes utilizados para referir aos participantes são fictícios, na intenção de preservar a identidade pessoal dos mesmos.

Em seguida, apresentaremos dois quadros com informações dos participantes da pesquisa, o primeiro referente aos trabalhadores de saúde, seguindo pelas informações dos usuários.

QUADRO 5 - INFORMAÇÕES SOBRE OS TRABALHADORES DE SAÚDE

Participante	Formação	Há quanto tempo atua na assistência em saúde mental	Serviço que presta assistência
TA1	Medicina	7 anos	HPA
TA2	Antropologia Social	15 anos	HPA
TA3	Medicina	12 anos	HPA
TB4	Assistente Social	8 anos	NASF 1
TB5	Psicologia	11 anos	NASF 1
TB6	Fisioterapia	8 anos	NASF 1
TB7	Assistente Social	6 anos	NASF 1
TB8	Enfermagem	8 anos	CAPS I
TB9	Assistente Social	10 anos	CAPS I
TB10	Psicologia	5 anos	CAPS I
TB11	Psicologia	10 anos	CAPS I

Fonte: Autor, 2020.

QUADRO 6 - INFORMAÇÕES SOBRE OS USUÁRIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participante	Idade	Gênero	Grau de escolaridade	Profissão	Serviço de saúde pelo qual é atendido
UA1	35 anos	Masculino	Fundamental incompleto	Desempregado (fonte de renda: não possui/ sustentado pela mãe)	HPA
UA/F1	61 anos	Feminino	Analfabeta	Alocação Universal por Filho (Asignación Universal por Hijo – AUH)	HPA
UA2	32 anos	Masculino	Fundamental incompleto	Nunca trabalhou (fonte de renda: não possui/ sustentado pela mãe)	HPA
UA2/F	56 anos	Feminino	Fundamental incompleto	Agricultora e comerciante	HPA
UA3	37 anos	Feminino	Médio incompleto	Desempregada	HPA
UA3/F	51 anos	Feminino	Analfabeto	Desempregada	HPA
UA4	21 anos	Feminino	Médio incompleto	Desempregada	HPA
UA5	32 anos	Feminino	Fundamental incompleto	Dona de casa	HPA
UA6	24 anos	Feminino	Médio incompleto	Desempregada/ mora com a família	HPA
UB7	62 anos	Masculino	Fundamental completo	Construção civil (fonte de renda atual: BPC)	CAPS I
UB8	45 anos	Masculino	Fundamental incompleto	Indústria de calçado (fonte de renda atual: BPC)	CAPS I
UB8/F	68 anos	Feminino	Fundamental incompleto	Aposentado	CAPS I
UB9	62 anos	Feminino	Fundamental incompleto	Agricultor (Fonte de renda atual BPC)	CAPS I
UB9/F	36 anos	Masculino	Médio	Agricultor	CAPS I
UB10	54 anos	Masculino	Analfabeto	Agricultor (fonte de renda atual: BPC)	CAPS I

UB10/F	24 anos	Masculino	Médio	Agricultor (fonte de renda atual: BPC)	CAPS I
UB11	56 anos	Feminino	Fundamental incompleto	Dona de casa (fonte de renda atual: BPC)	CAPS I
UB11/F	52 anos	Masculino	Fundamental incompleto	Trabalho informal	CAPS I
UB12	28 anos	Masculino	Sup. Incompleto	ACS (Fonte de renda atual: BPC)	CAPS I
UB13	54 anos	Masculino	Sup. Incompleto	Agricultor (Fonte de renda atual: BPC)	CAPS I
UB14	46 anos	Masculino	Superior completo	Administração (Fonte de renda atual: BPC)	CAPS I
UB15	46 anos	Feminino	Fundamental incompleto	Nunca trabalhou (Fonte de renda atual: BPC)	CAPS I
UB15/F	67 anos	Feminino	Analfabeta	Aposentada	CAPS I

Fonte: Autor, 2020.

4.5 Organização e análise dos dados

O diagnóstico dos dados coletados foi efetuado por meio da Análise de Conteúdo (AC), que se caracteriza por um conjunto de técnicas para a apreciação dos dados qualitativos analíticos, cujo objetivo é desvelar os núcleos de sentido presentes na comunicação, que por meio de sua presença ou frequência traduzam ou deem sentido ao objetivo analítico do estudo (MINAYO, 2010).

Dentre as várias técnicas que compõem a AC, utilizar-se-á a proposta da Análise de Temática, que segundo Minayo (2010) é uma das formas que melhor se adequam à investigação qualitativa do material sobre Saúde (p. 204). Conforme Minayo (2010) a análise temática compreende três etapas operacionais:

- 1) Pré-análise: caracteriza-se pela seleção de documentos a serem analisados; pela retomada dos objetivos e pressupostos iniciais do estudo e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Esta fase abrange as seguintes etapas: *leitura flutuante*, compreende o contato intenso com o material coletado e o início da

identificação das principais unidades de análise; - *constituição do Corpus*, organização dos dados dispondo algumas normas de validade: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. *Formulação de hipóteses e objetivos*, apresenta-se em forma de pressupostos iniciais flexíveis que permitam hipóteses emergentes a partir exploração material.

- 2) Exploração do material: compreende essencialmente na codificação, ou seja, elaboração dos dados brutos afim de alcançar o núcleo de compreensão do texto, os quais posteriormente representaram as categorias do estudo. Em um primeiro momento realiza-se o recorte do texto em unidades de registro, seguido de sua contagem e por fim, com a classificação e categorização dos dados.
- 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: após selecionados os núcleos temáticos de análise é realizada a interpretação destes com vistas aos objetivos e pressupostos do estudo.

4.6 Aspectos éticos em pesquisas com seres humanos

Aspectos éticos em pesquisas com seres humanos, inerentes a pesquisa qualitativa em saúde, têm sido amplamente discutidas entre pesquisadores de diferentes áreas das Ciências Humanas e Sociais.

Este projeto de pesquisa segue as normativas da Resolução nº 466/2012²⁶ e Resolução nº 580/2018²⁷ – ambas implementadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e tem parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - CEP/UNIOESTE, sob número: 2.982.981 de 25 de outubro de 2018 (Anexo A).

Os entrevistados foram convidados a participar desse estudo e mediante assinatura do TCLE, vincularam-se a esta pesquisa. O termo foi confeccionado em duas versões, português (Apêndice A) e espanhol (Apêndice B) e posteriormente processou-se em duas vias, sendo uma via do participante e outra do pesquisador. Foi assegurado a

²⁶ Resolução nº 466/2012 – aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

²⁷ Resolução nº 580/2018 – estabelece normativas relativas às especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018).

todos os participantes sigilo e respeito quanto ao aceite ou recusa em participar da pesquisa, assim como, o direito de se desvincular do estudo em qualquer momento de sua realização.

Os dados gravados e transcritos ficará armazenados em um banco de dados com a pesquisadora por um período de cinco anos, e depois será descartado de forma segura.

Em consonância com as normatizações de pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pelas resoluções citadas anteriormente, “toda a pesquisa com seres humanos envolve riscos e tipos e gradações variados” (BRASIL, 2012, p. 7). Nesse sentido caso haja intercorrência durante a coleta de dados, o participante será assistido, sendo contatado o serviço de emergência, ou órgão necessário para realizar a assistência em saúde.

ANÁLISE DOS DADOS

5.1 Breves considerações iniciais

As análises e conteúdos apresentados a seguir, são resultados das entrevistas realizadas com trabalhadores de saúde e usuários dos serviços de saúde mental domiciliados na fronteira internacional Brasil – Argentina, nos municípios de Dionísio Cerqueira (SC), Barracão (PR) e Bernardo de Irigoyen (Misiones –Argentina).

Como forma de contemplar a riqueza do estudo e aprofundar o conhecimento sobre a vivência da política de saúde mental, expomos três artigos:

- Artigo 1: **Serviços de saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina.**
- Artigo 2: **Considerações sobre a produção do cuidado em saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina.**
- Artigo 3: **“Quando começou o tratamento, começou a loucura!”**

Para tal análise, referenciamos como marco legal para o direcionamento da política de saúde mental no Brasil a Lei Federal nº 10.216/2001 e na Argentina a Ley Nacional de Salud Mental nº 26.675/2010, assim como considerações a respeito dos arranjos federativos, sistemas de saúde dos países estudados e o território de fronteira.

Foram utilizados, ainda, os planos municipais de saúde dos municípios brasileiros - Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021 de Barracão (PR) (2018) e o Plano Municipal de Saúde 2017 - 2021 de Dionísio Cerqueira (SC) (2018), para apoiar as informações colhidas nas entrevistas com as equipes. Já os dados apresentados sobre o município de Bernardo de Irigoyen, em Misiones (AR) são informações da equipe de saúde do HPA, visto que a equipe refere não ter conhecimento de documentos sobre essas informações.

Artigo 1

Saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina: o espaço, os serviços e a prática

Carla da Rocha²⁸

Manoela de Carvalho²⁹

Resumo

Introdução: Em 1990, a Declaração de Caracas definiu as reformas na atenção à saúde mental na América Latina, propondo a superação do modelo hegemônico e convencional do saber psiquiátrico centrado no hospital psiquiátrico. Neste documento, Brasil e Argentina assumem do compromisso de reestruturar os sistemas de serviços de saúde mental, com diretrizes voltadas à desinstitucionalização e integralidade do cuidado em serviços de base comunitária. **Objetivo:** Descrever serviços que prestam assistência em saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina, bem como, compreender elementos que compõem a assistência em saúde mental, como: formas de acesso aos serviços, papel da internação psiquiátrica na rede de atendimento e percepções dos profissionais de saúde sobre os reflexos do território fronteiriços na saúde mental da população. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo-analítico de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as equipes de saúde dos serviços de referência na atenção à saúde mental no campo do estudo: CAPS I – Dionísio Cerqueira (SC), NASF 1 – Barracão (PR) e Hospital Público de Autogestión (HPA) – Bernardo de Irigoyen (Misiones – AR), posteriormente analisadas por meio da Análise de Conteúdo. **Discussão e Resultados:** Aponta a necessidade de serviços de saúde mental de base comunitária, como resultado da sua ausência, cresce a demanda por leitos psiquiátricos para a assistência em saúde mental. Quanto as compreensões sobre os reflexos da fronteira na saúde mental da população, os profissionais associam a fronteira ao fácil fluxos de drogas ilícitas e ainda, negam sua interferência, quando compreendem a saúde mental a partir de fatores biológicos. Ainda evidencia disparidade na oferta de serviços de saúde mental aos usuários entre os municípios brasileiros e argentino. **Considerações finais:** Compreende-se que a ausência de serviços de base comunitária e estratégias de atenção em saúde mental favoreçam a manutenção do sofrimento psíquico na população. Acentuando a necessidade de integração das políticas na região de fronteira

Palavras chaves: Saúde mental; Fronteira; Serviços de saúde mental; Reforma psiquiátrica.

²⁸ Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Foz do Iguazu – PR. E-mail: carlarocha@unochapeco.edu.br

²⁹ Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Foz do Iguazu – PR. E-mail: man0ela@hotmail.com

Abstract

Introduction: In 1990, the Caracas Declaration defined reforms in mental health care in Latin America, proposing to overcome the hegemonic and conventional model of psychiatric knowledge centered on the psychiatric hospital. In this document, Brazil and Argentina are committed to restructuring the systems of mental health services, with guidelines aimed at deinstitutionalization and comprehensive care in community-based services. **Objective:** To describe services that provide mental health assistance in the Brazil - Argentina international border region, as well as to understand elements that make up mental health assistance, such as: forms of access to services, the role of psychiatric hospitalization in the service network and the perceptions of patients. health professionals on the effects of the border territory on the mental health of the population. **Method:** This is a descriptive-analytical study with a qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with the health teams of the reference services in mental health care in the field of the study: CAPS I - Dionísio Cerqueira (SC), NASF 1 - Barracão (PR) and Hospital Público de Autogestión (HPA) - Bernardo de Irigoyen (Misiones - AR), subsequently analyzed through Content Analysis. **Discussion and Results:** It points out the need for community-based mental health services, as a result of their absence, the demand for psychiatric beds for mental health care grows. As for the understandings about the reflexes of the frontier on the population's mental health, professionals associate the frontier with the easy flow of illicit drugs and, still, deny its interference, when they understand mental health from biological factors. It also shows a disparity in the provision of mental health services to users between Brazilian and Argentine municipalities. **Final considerations:** It is understood that the lack of community-based services and mental health care strategies favor the maintenance of psychological suffering in the population. Emphasizing the need for policy integration in the border region

Keywords: Mental health; Frontier; Mental health services; Psychiatric reform.

Introdução

Os movimentos pela reforma psiquiátrica caracterizam-se por um processo político e social complexo, do qual participam instituições e forças de diferentes origens. Seus reflexos repercutem nas instâncias governamentais, na oferta de serviços de saúde mental, na formação da força de trabalho, nos movimentos sociais, no imaginário social, mas sobretudo na vida dos usuários para os quais essas políticas são engendradas.

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) promoveram na cidade de Caracas (Venezuela), a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Nesse evento, aprovou-se a Declaração de Caracas, documento que marca as reformas na atenção à saúde

mental na América Latina, na qual se afirma: “A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva”¹. Ainda, evidencia que o hospital psiquiátrico convencional como a única modalidade de cuidado em saúde mental favorece, entre outros aspectos o isolamento do paciente de seu meio, gerando maior incapacidade para o convívio social e a violação dos direitos humanos e civis¹, retratando um local de exclusão social, opressão e negação das singularidades.

Nesta direção, Brasil e Argentina legislaram para a reestruturação dos sistemas de serviços em saúde mental com base comunitária, compreendendo o território como cenário de cuidado e responsável pela ressignificação do cuidado psiquiátrico, anteriormente centrado no hospital psiquiátrico².

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve seu início nos anos 1980 e em 2001, apoiada na perspectiva da desinstitucionalização, foi promulgada a Lei Federal nº 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”³. A partir desse momento a implementação da rede de serviços comunitários, conforme art. 3º: “É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as intuições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais”³.

Na Argentina, a Lei Nacional de Salud Mental nº 26/657 foi publicada em 2010, com objetivo “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran em el territorio nacional”⁴. Amparada nessa lei, em 2013, elaborou-se o *Plan Nacional de Salud Mental*⁵ com o slogan “*la salud mental es un derecho de todos y todas*” com diretrizes que orientam o cuidado em saúde mental numa perspectiva comunitária e de inclusão social⁵. No entanto, a partir do ano de 2016, a política de saúde mental brasileira sofre mudanças no seu direcionamento e são aprofundadas no atual governo (2019 – 2022), assim como outros segmentos da área da saúde e outras políticas sociais.

No Brasil, em fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde, divulga a Nota Técnica nº 11/2019 - intitulada “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas” em âmbito nacional, reafirmando tais mudanças e delineando as novas diretrizes para a RAPS. Conforme esse documento, tais medidas são

resultado de várias discussões realizadas entre Instâncias Colegiadas de Decisão do SUS, em dezembro de 2017, que têm por objetivo de “torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada” (2019).

Estas alterações na Política Nacional de Saúde Mental brasileira, têm sido fortemente criticadas por especialistas na área de saúde mental, que afirmam que tais práticas e concepções vão na contramão dos fundamentos da Lei Federal nº 10.216/01 - que ordena as políticas de saúde mental no país, e das recomendações de entidades internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas (ONU).

A partir do exposto, este artigo buscou descrever dos serviços que prestam assistência em saúde mental no território de fronteira, visando compreender como tais políticas se expressam no cotidiano da população fronteiriça.

Tipo de estudo

O presente estudo integra a pesquisa intitulada: “Políticas de saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina: Os desafios na produção do cuidado em saúde mental”, realizado nos municípios de Dionísio Cerqueira (DC) – Santa Catarina (SC), Barracão – Paraná (PR) e Bernardo do Irigoyen – Província de Misiones (AR), que caracteriza um espaço urbano de aproximadamente 1.561 km², com uma população notificada de aproximadamente 32 mil habitantes, conforme Censo 2010 (BR) e INDEC³⁰ (AR). Estas cidades são trigêmeas, com limites internacionais, estaduais e municipais divididos por ruas – formando uma conurbação de fronteira seca⁶.

As entrevistas foram realizadas por meio de grupos focais, com três equipes de saúde referências no atendimento em saúde mental, sendo elas: Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) – Dionísio Cerqueira (SC), Núcleo de Ampliado à Saúde da Família 1 (NASF 1) – Barracão (PR) e Hospital Público de Autogestión (HPA) – Bernardo de Irigoyen (Misiones – AR) com vistas na identificação dos serviços ou estratégias em saúde mental ofertados aos usuários domiciliados na região da fronteira.

³⁰ Instituto Nacional de Estadística y Censos – Republica Argentina. <http://www.indec.gob.ar/>. Acesso em outubro de 2019.

Para tanto, foram tratadas informações sobre as formas de acesso aos serviços, fluxos, papel do hospital psiquiátrico na rede de atendimento, quais trabalhadores de saúde prestam assistência, assim como a sua percepção do território fronteiriço na produção de saúde mental da população.

As entrevistas foram gravadas e transcritas e a análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo (AC) a partir da Análise de Temática, que tem contribuído para estudos qualitativos no campo da saúde⁷. A fim de manter o anonimato dos participantes, as entrevistas foram identificadas por trabalhador brasileiro (TB) e trabalhador argentino (TA), sendo atribuída a ordem sequencial das entrevistas (TB1, TA2 ...).

Esta pesquisa segue as normativas da Resolução nº 466/2012⁸ e Resolução nº 580/2018⁹ – da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – portando parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (CEP/UNIOESTE), sob número: 2.982.981 de 25 de outubro de 2018.

Resultados e discussões

Os serviços de saúde mental nos municípios do território de fronteira internacional Brasil e Argentina

No território de estudo, foi possível identificar 3 (três) principais serviços que atendem os usuários de saúde mental, sendo eles: CAPS I de Dionísio Cerqueira (SC), o NASF 1 de Barracão (PR) e o HPA em Bernardo de Irigoyen (Misiones/Argentina).

O CAPS I de Dionísio Cerqueira (SC) foi fundado em 2006 com o propósito de atender as demandas da fronteira, ou seja, ofertava atendimentos aos municípios vizinhos de Barracão (PR) e Bernardo de Irigoyen (Misiones - AR). No projeto de implantação do serviço, intitulado Equipe Técnica de Saúde Mental – CAPS de Dionísio Cerqueira e Barracão e Bernardo Irygogen¹⁰, reconhece que “a região necessita certamente da unificação de ações em relação à saúde do cidadão, especialmente na questão da saúde mental. Por essa situação ímpar é imprescindível selar a união dos povos que já ocorre nas práxis diária, com

projetos e ações integradas entre municípios, independentemente da nacionalidade, idioma ou condição sociocultural¹⁰.

Os atendimentos aos usuários argentinos foram realizados por um curto período de tempo no CAPS I, logo a assistência foi negada devido à ausência de financiamento e a dificuldade de operacionalização das ações no território argentino. A assistência a estrangeiros em regiões fronteiriças brasileiras gera dificuldades para a gestão do SUS com repercussões sobre o financiamento da oferta de serviço, uma vez que parte dos repasses federais é alocada na modalidade per capita, não sendo contabilizada a população itinerante¹¹. Tais impasses podem ser observados na fala dos trabalhadores.

Não tem mais encaminhamentos da Argentina. Depois da pactuação de Dionísio com Barracão, ficou bem definido que Argentina não encaminha para nós. Até vêm alguns pacientes, querendo ser atendidos, mas como eles não fazem parte da pactuação com o CAPS, eles não podem vir. Antigamente atendíamos bastante argentinos (TB8).

Como aponta outro estudo¹¹ a sobrecarga da demanda estrangeira e a falta de recursos para o financiamento são as principais dificuldades para o acesso aos serviços. Assim, os profissionais de saúde, rotineiramente, deparam-se com dilemas ético-profissionais, diante da condição de ter que negar atendimento a quem dele necessita.

Em seguida, também foi suspenso o convênio com o município paranaense de Barracão pelo mesmo motivo. Tais atendimentos retornaram em 2018 e recentemente (outubro de 2019) o CAPS I assumiu a condição de microrregional, atendendo além dos municípios citados, o município de Guarujá do Sul (SC) – distante 20km.

O Quadro 1 apresenta os serviços que realizam atendimentos em saúde mental ofertados aos usuários domiciliados no município catarinense de Dionísio Cerqueira.

QUADRO 1 - SERVIÇOS DE SAÚDE QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL AOS USUÁRIOS DO MUNICÍPIO DE DIONÍSIO CERQUEIRA (SC)

Atenção Primária	Atenção Secundária	Atenção Terciária
	CAPS I da Tri Fronteira	Hospital Municipal de Dionísio Cerqueira – HMDC - (SC)
01 NASF 1	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Unidade de Suporte Básico	Hospital Regional de Palmitos (SC)

46 Agente Comunitário de Saúde (ACS)		Sociedade Hospitalar de Tunápolis (SC)
		Associação Hospital de Mondaí (SC)

Fonte: Autor, 2020.

Em Barracão (PR), o NASF 1 instalou-se com o objetivo de apoiar as equipes de AB, que atualmente são quatro: Centro, Copasa, Rural e Industrial. Conta com profissionais de fisioterapia, assistência social, nutrição, educação física (todos com 20h/semanais – cedidas pela Secretaria de Saúde do município) e psicologia (20h/semanais – contratada pelo próprio programa) que realizam atendimentos a partir de um cronograma pré-agendado com as UBS.

Conforme relato dos trabalhadores deste município, o NASF 1 presta assistência em saúde mental por meio de atendimentos individuais e coletivos (grupos), realiza visitas domiciliares e no HMDC (em caso de internação hospitalar). No momento, a equipe refere ter um grupo de saúde mental, que pela pouca frequência dos participantes foi incorporado ao grupo de caminhada.

Antes tinha o grupo de saúde mental e o de caminhada. Mas eles não vêm duas vezes na semana, então a gente juntou os dois, porque é o mesmo objetivo, né? Então a gente trabalha o corpo e a mente (TB5).

De acordo com o relatório anual (2018) elaborado pelos profissionais do NASF 1, foram encaminhados através da estratificação de risco 59 usuários para o CAPS I de DC, 05 usuários para o CAPS II de Francisco Beltrão (PR) e 31 usuários para o CAPS AD III de Marmeleiro (PR)¹⁴. Em casos de internações em leitos psiquiátricos, o município encaminha os usuários para hospitais conveniados, além de uma Comunidade Terapêutica, para onde são direcionados exclusivamente usuários de álcool e outras drogas, segundo o quadro:

QUADRO 2 - SERVIÇOS DE SAÚDE QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE BARRACÃO (PR).

Atenção Primária	Atenção Secundária	Atenção Terciária
04 ESF	CAPS I da Tri Fronteira -	Hospital Municipal de Dionísio Cerqueira (HMDC)
24 ACS	CAPS II – Francisco Beltrão (PR)	Hospital São Camilo – Ponta Grossa (PR)

01 NASF 1	CAPS Ad III – Marmeleiro (PR)	Hospital Psiquiátrico de Maringá (PR)
24 ACS's	SAMU – Santo Antonio do Sudoeste (PR)	Casa de Saúde de Rolândia (PR)
		Clínica Santa Cruz Umuarama (PR)
		Comunidade Terapêutica Novo Horizonte (PR)

Fonte: Autor, 2020.

Em Bernardo de Irigoyen, na Argentina, existe o **Hospital de Área Gral de Manuel Belgrano – Hospital Público de Autogestión (HPA)**, inaugurado em 1984 e vinculado ao Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones e ao Ministerio da Salud de la Nación. Hoje representa a principal instituição de tratamento e gestão de saúde, deste modo, o diretor do hospital cumpre sua função técnica e assume a gestão de saúde no município.

Com o processo de descentralização da saúde pública, na década de 1970, os hospitais foram gradualmente transferidos do poder central para as províncias, sob a figura de hospitais públicos de autogestão, minimizando o papel do estado a nível central, principalmente por razões fiscais 19.

A organização do HPA propõe um novo modelo de atenção em saúde, centrado na estratégia da Atención Primaria de la Salud (APS), ou seja, as tarefas assistenciais de tratamento e investigação, as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, assim como na articulação e estruturação da rede de saúde²⁰.

Tenemos una estructura diferente. Usted tiene el municipio, la secretaria de salud. Tenemos el hospital, pero dependemos de la provincia, no del municipio. Y la financiación, la indicación de los programas, los medicamentos, por ejemplo, las vacunas, la campaña, el orden del calendario de cómo debemos trabajar proviene de la nación. Cómo vamos a trabajar, es nacional, pero la alineación, la dirección es provincial (TA3)

Atualmente, neste município argentino, não há nenhum serviço especializado em saúde mental no município. O acesso aos usuários de saúde mental são os *Centros de Atención Primaria de la Salud* (CAPs) e o HPA, neste são realizados atendimentos voltados à crise, orientados para estabilização e controle dos sintomas, através da contenção química e física.

Viene paciente con algún problema mental, con esquizofrenia, con alguna crisis, si lo contiene en la guarda. El profesional que está de servicio puede contener al paciente, ya sea

físicamente o con medicamentos, depende del estado en que llega. Después de que estabiliza la parte clínica, si es necesario, se envía a otro centro de alta complejidad (TA1).

Compreende-se que a ausência de serviços de base comunitária e estratégias de atenção em saúde mental favoreçam a manutenção de concepções estigmatizantes, sustentando a noção de periculosidade atribuída a pessoa em sofrimento psíquico.

Este es un gran problema acá. Cuando llega estabiliza aquí, ahí se medica, y luego viene aquí nuevamente y aquí nuevamente el problema: se pone muy violento, agresivo, ahí tenemos que tratar de conseguir algún oficio para que la policía actúe. Porque son muy violentos, y acá en esto sentido el hospital no cuenta la seguridad. Entonces necesitas a la policía para seguridad, para que te des cuenta. Si es muy violento, si esposas en la cama (TA2).

A desinstitucionalização, embora contemple a ideia de desospitalização no seu processo, não pode culminar em desassistência. Para redução gradativa dos leitos psiquiátricos, faz-se necessária a construção de uma rede de alternativas à internação para atender às necessidades da população¹⁵. No mesmo sentido, uma rede estruturada (financiamento, oferta de cuidado, profissionais), é capaz de produzir melhores fluxos, garantir o cuidado continuado e melhorar a resolubilidade da atenção²¹.

Os CAPs, no sistema de saúde argentino, correspondem a unidades periféricas de atenção primária à saúde, com o propósito de “*descentralizar la atención de la institución hospitalaria y constituye un proceso clave para mejorar la accesibilidad geográfica, cultural, organizacional, económica y social de las personas*”²². Nesse município algumas comunidades não têm o espaço próprio do CAPs e as ações são realizadas em outros ambientes, como escolas e igrejas. Desta forma, uma vez por semana ou a cada 15 dias, o médico do HPA e o promotor de saúde (profissional de referência territorial) dirigem-se às comunidades para prestar atendimentos em saúde, para tanto o médico leva consigo todo o material necessário (medicamentos, balança, aparelho para aferir pressão, etc.), visto que não há uma estrutura equipada. Comumente, os CAPs assumem caráter assistencial, com entrega de cestas básicas e leite para famílias carentes.

Segundo os trabalhadores, os CAPs ofertam atendimentos aos usuários de saúde mental conforme procura espontânea, através de consultas médicas, aplicação de “medicação de depósito” (Decanoato de Zuclopentixol - antipsicótico injetável) e, esporadicamente, são realizadas conversas com a comunidade, visando à promoção e prevenção de saúde.

Los CAPs sería una pequeña UBS, con el médico y el promotor de salud. Voy a hacer conversaciones, charlas sobre salud mental. Hice una de depresión, pero en su mayor parte

para las personas de la comunidad. Pero no hay una estrategia a seguir, lo hacemos dependiendo de la oportunidad. No hay una estrategia de salud, tampoco aquí, tampoco en el hospital (TA1).

Quanto aos tratamentos realizados fora do município, os usuários são encaminhados pelo HPA para consultas psiquiátricas em El Eldorado (Misiones), as internações psiquiátricas são derivadas para o Hospital de Salud Mental Ramón Carrillo (Posadas – Misiones) e para o Hospital SAMIC (Hospital Nivel III) – (Eldorado – Misiones), distantes 328 km e 122 km respectivamente, conforme exposto no quadro a seguir:

QUADRO 3 - SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ATENDEM OS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE BERNARDO DE IRIGOYEN (MISIONES – AR).

Atención Primária	Atención Especializada
04 CAPs	Hospital de Área Gral Manuel Belgrano – HPA – (Bernardo de Irigoyen - Misiones)
05 Posto Sanitário	Consultas de Psiquiatria – Consultas ambulatorias com a especialidade de Psiquiatria, encaminhadas através do HPA – (Eldorado – Misiones)
14 Promotores de Salud	Hospital de Salud Mental Ramón Carrillo (Posadas –Misiones)
	Hospital SAMIC3 - Serviço de Atenção Médica Integral para a Comunidade – (Hospital Nivel III) – (Eldorado – Misiones)

Fonte: Autor, 2020.

Práticas de cuidado em saúde mental

Os trabalhadores brasileiros ressaltam que a estratificação de risco – protocolo baseado na psicopatologia descritiva – é a forma mais comum para estabelecer a comunicação entre os serviços e admitem a necessidade de aprimorar as tecnologias para articulação da rede.

Para ela deu alto risco (referindo-se a outra profissional) e encaminhou para o serviço. Outro profissional avaliou e deu baixo risco. Poderia ter essa comunicação entre os profissionais, de chegar a uma conclusão, um diálogo entre os dois. Porque assim, o paciente é mandado embora, daí amanhã ou depois o paciente vai voltar de novo. Para onde nós vamos encaminhar esse paciente? Se cada um pensar de um jeito! (TB5)

As tecnologias duras e leve-duras, expressas a partir da comunicação baseada em protocolos e indicadores, são importantes para as ações em saúde¹⁶, no entanto podem imprimir rigidez às relações e burocratizar os processos de trabalho, dificultando o acesso aos serviços e comprometendo a continuidade do cuidado.

Se o paciente está de alta, então nós vamos fazer uma visita domiciliar, inserir esse paciente nos programas disponíveis, tentar acompanhar mais de perto. Mas a gente nem fica sabendo, às vezes passou 2, 3, 4 meses o paciente cai em surto novamente e nós nem sabíamos que ele estava de alta (TB4).

Outro estudo¹⁷ descreve as reinternações psiquiátricas como uma realidade bastante presente nos serviços de saúde mental, atribuindo a esse fenômeno a desarticulação da rede, denominando-o de “porta giratória”, obedecendo um ciclo recidivo de internação – alta – internação. Desenvolver essa ideia... (mas, toda a discussão, pautada em outros autores, deve configurar uma seção separada dos resultados, conforme comentário anterior)

A equipe do CAPS I conta com o apoio do NASF 1, que cumpre um papel estratégico no cuidado em saúde mental, atuando diretamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O NASF 1 em Dionísio Cerqueira (SC) atua em todas as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e realiza atividades pontuais no CAPS I, como o Grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e a Oficina de Culinária.

Neste território, apesar da consolidação dos novos dispositivos de atenção em saúde mental, o CAPS I sofre consequências da desarticulação com os demais serviços de saúde da rede. As equipes brasileiras referem dificuldades em realizar trocas com a AB dos municípios para quem prestam assistência, permanecendo a maior parte do tempo no contexto do próprio serviço prestando atendimentos aos usuários, ademais justificam essa deficiência devido ao excesso de demanda sobre a equipe.

Bezerra e Dimenstein (2008)¹³ tratam da existência de uma série de obstáculos para realizar o trabalho de articulação da rede de serviço, dentre eles, a inexistência de uma rede de AB eficaz, a deficiência de suporte dos serviços existentes, número insuficiente de profissionais, demanda excessiva. Contudo, é reconhecida a capacidade do CAPS de potencializar a rede com propósito de consolidar novas práticas voltadas à integralidade e desenvolvimento dos usuários.

Quanto às práticas de cuidado no município argentino, em muitos momentos os trabalhadores abordam o alto número de pacientes que fazem uso de “medicação de depósito”, justificam essa terapêutica pela ausência de outras estratégias de cuidado e a

relacionam o sofrimento psíquico pelo modo com que os usuários vivenciam suas condições de vida.

Como no toman la medicación, aplican este depósito y es cada mes, y despues a cada dos meses. Pero el tema es que aca está muy relacionado con la pobreza, con la miseria que cada uno tiene, si tienen que tomar medicación, tienen desayunar, almorzar, cenar, merendar, coza que no tiene todos (TA2).

Ao reportar o Plan Nacional de Salud Mental na Argentina⁵, um dos trabalhadores revela que a Província de Misiones aderiu à política nacional, porém em 2018 houve corte do financiamento, interrompendo as ações que eram realizadas na comunidade.

Cuando tuve el Programa Nacional de Salud Mental, que comenzó en 2011 hasta 2018, prácticamente funcionó. Y luego hubo profesionales, trabajé juntos en este programa, y luego hubo un cierto tipo de seguimiento, después volvimos a lo mismo. Pudimos trabajar con el hospital, el municipio, la policía, el poder judicial (TA2).

De acordo com o documento intitulado *Lineamientos para la Atención de la Urgencia em Salud Mental*²³, a atenção em saúde mental deve ser ofertada preferencialmente por serviços de base comunitária, envolvendo outros setores públicos como: “*justicia, educación, desarrollo social, seguridad, entre otros*” (P.06). Cita como serviços integrantes da Rede de Atenção à Saúde Mental: *Centros de Salud, Hospitales Generales, Centros de Integración Comunitaria Y otras instituciones polivalentes (primer y segundo nivel de atención)* (p. 06). Contudo, com base no relato dos trabalhadores, tais diretrizes não se aplicam a esse território.

El tema es que la ley de salud mental, aquí de Argentina, que fue aprobada en 2011. Cada hospital debe tener una cama de salud mental, debe tener profesionales, en teoría todo esto, pero no es así, no se cumple (TA2).

Considerações a respeito de internação em leitos psiquiátricos

Quanto à necessidade de internação em leitos psiquiátricos, os profissionais brasileiros apontam que é solicitada ou realizada somente quando se esgotam as estratégias do serviço comunitário ou território.

O hospital é só na crise mesmo, principalmente quando é desintoxicação por uso de drogas. Nós procuramos esgotar todas as possibilidades aqui, para depois encaminhar para internamento (TB2)

Nesse contexto, estados de “crise” são atendidos no HMDC e posteriormente transferidos para outros hospitais que possuem leitos psiquiátricos, conforme exposto acima no Quadro 1 e Quadro 2. Porém, os trabalhadores referem a dificuldade em conseguir leito psiquiátrico, devido à sua escassez e complementam que é de “*suma importância*” para o tratamento.

Hoje nós temos uma dificuldade tremenda na questão de internação! Nós tivemos pacientes que ficaram 15 dias internados no hospital em surto (referindo-se ao HMDC). Não existia mais medicação e a gente solicitando para a central de regulação de leitos a internação psiquiátrica. É de 15 a 20 dias de espera! Bem burocrático para conseguir encaminhar. Então é de suma importância a internação, mas uma internação com agilidade! É necessária, só que não funciona (TB4).

Um levantamento realizado pelo pelos trabalhadores do CAPS I (DC) aponta que no período de abril de 2018 a maio de 2019 foram efetuadas 20 solicitações para internações em leitos psiquiátricos, 11 delas efetivadas, as renúncias ocorreram pela desistência do usuário ou sua melhora.

No município paranaense de Barracão, os profissionais reconhecem a necessidade de um CAPS instalado no município, ao evidenciar as fragilidades da rede e relatar que muitos dos usuários que foram internados não estavam inseridos em serviços de base territorial.

É mais necessário um CAPS para nós! Porque no caso das internações, já é o final, daí já não tem mais o que fazer. Nós temos que pegar esse paciente, não deixar ele ficar assim, nessa situação e nós não temos aqui nenhum tipo de recurso para não deixar que isso aconteça (TB5).

Esta equipe também menciona o esforço para reativar o Comitê Intersecretarial de Saúde Mental do Estado do Paraná (CISMEEP), responsável pela promoção e desenvolvimento de medidas em saúde mental no Estado do Paraná, entretanto descrevem a dificuldade de articular a rede.

Estamos tentando, mas a gente sente que saúde mental não é foco, ninguém quer saber de saúde mental. Nós fizemos uma reunião, mandamos ofício para todo mundo, só apareceu nós e o CAPS (TB5).

De forma unânime, apontam dificuldades dentro da própria rede de saúde, em razão de compreenderem que os demais serviços não visualizam o NASF 1 como estratégia referência em saúde mental na AB. Além do exposto, os profissionais destacam a deficiência

da comunicação e planejamento entre os serviços, fatores que contribuem para a restrição do acesso e fragilização do cuidado.

Muitas vezes essa falta de organização, entre equipes, de município para outro, faz com que o nome do paciente fique vagando por todas as unidades. Então a informação se espalhada e o atendimento não é prestado (TB6).

Nesse sentido, o matriciamento poderia auxiliar na orientação de mecanismos de referência e contrarreferência, estimulando e facilitando a comunicação entre as equipes, proporcionando interação e apoio mútuo, reunindo os conhecimentos sobre os usuários de maneira que favoreça a elaboração de planos terapêuticos e linhas de cuidado¹⁵.

Reflexos do território fronteiriço na saúde mental da população

Quando abordada sobre os reflexos do território fronteiriço na saúde mental da população, a equipe faz referências ao fácil acesso a drogas ilícitas e a medicamentos controlados.

Uma das interferências é a questão de drogas. É muito fácil comprar drogas e medicamentos na Argentina! A gente sabe que o doutor prescreveu 5 gotas, mas eles tomam bem mais e vinham aqui com 15 dias e queriam receita. – Não tem! Aí eles iam lá na Argentina e compravam. Então essa questão influencia bastante (TB8).

Em seus discursos, os trabalhadores dos municípios brasileiros relacionam o trânsito irrestrito pelo território fronteiriço ao tráfico e ao uso de drogas apoiando a ideia da fronteira como limite ou fonte de perigo e ameaça¹². A equipe ainda relata que há um número significativo de usuários que buscam tratamento para álcool e outras drogas, o acolhimento é realizado, porém há pouca adesão ao atendimento ofertado. Assim, assinalam a precariedade de estratégias de cuidado no serviço e a necessidade da implantação uma Política Municipal sobre Álcool e Outras Drogas.

Hoje não temos uma política de saúde mental específica para álcool e drogas, fazemos o que fazemos com todos os pacientes, atendimentos individuais e oficinas, mas eles pouco aderem (TB9).

No que diz respeito à interferência do território da fronteira na produção de saúde mental, em consonância com a equipe de trabalhadores do CAPS, os profissionais do NASF 1 citam a facilidade para o uso de drogas e tráfico de drogas.

Ao questionar sobre a interferência da fronteira em produção de saúde mental, os profissionais de saúde do município argentino, reconhecem que esse território guarda suas peculiaridades e que os usuários argentinos buscam pelos serviços saúde no Brasil.

Para mí es muy fácil perder pacientes en este sentido: "porque mi hermana está en Brasil", "porque hay más recursos, porque es más fácil". En todos los sentidos, no solo la salud mental. Aquí, en la frontera, hay otras características que no tiene en ningún otro lado, en todos los sentidos. En el caso de los pacientes, ir a Brasil es simplemente cruzar la calle literalmente (TA3).

Quanto aos reflexos do território de fronteira na saúde mental da população, os mesmos profissionais identificam sua interferência como um agravante, porém relacionam o sofrimento psíquico com fatores biológicos.

La cuestión de la esquizofrenia no tiene nada a ver con la frontera. Es una cuestión endógena, biológica. La cuestión de un paciente con síndrome depresivo que llega al suicidio, es endógeno, no es una cuestión psicógena. Entonces para mí, puede involucrar ciertas cosas, puede empeorar ciertas situaciones en la salud mental, pero los problemas que estamos hablando son biológicas, no tiene a ver con la frontera (TA3).

Não obstante, sobre a compreensão da facilidade de acesso às drogas, citada pelos trabalhadores brasileiros, os profissionais argentinos não atribuem à fronteira a intensificação desse fenômeno, entendendo que o uso de drogas está disseminado nos mais diversos territórios. Todavia, reconhecem que o território de fronteira é um lugar desassistido pelas políticas públicas, relatando que, na Província de Misiones, três cidades contam com profissionais de saúde mental (psiquiatras, psicólogos) inseridos nos hospitais (Posadas, Eldorado e Oberá).

Aquí hay una zona fronteriza que siempre ha sido al final, en extremo. Siempre estamos rogando a un médico, en esta pobreza de personas. Es una área desprotegida en la salud (TA2).

Considerações finais

Hoje, 30 anos após a Declaração de Caracas, verifica-se que o processo de reestruturação da atenção psicossocial é bastante heterogêneo no território de fronteira, marcado por desafios para os sistemas de saúde na busca da garantia do direito à saúde.

Este trabalho propôs analisar e descrever os serviços e estratégias de atenção à saúde mental no território de fronteira, bem como compreender elementos que compõem a assistência em saúde mental a partir dos discursos dos trabalhadores. Ao identificar os serviços e compreender sua operacionalização no território, encontra-se um processo decrescente que vai desde a dificuldade da articulação da rede de serviços até a sua ausência. Observa-se a necessidade de serviços de saúde mental de base comunitária, como resultado da sua ausência, cresce ainda a demanda por leitos psiquiátricos para a assistência em saúde mental, tais características da rede fragilizam o cuidado em saúde mental e produzem a desassistência ou terapêuticas equivalentes às praticadas no manicômio.

Quanto às compreensões sobre os reflexos da fronteira na saúde mental da população, os profissionais associam a fronteira aos fáceis fluxos de drogas ilícitas e ainda, negam sua interferência, quando compreendem a saúde mental a partir de fatores biológicos.

Em relação ao município argentino, os municípios brasileiros apresentam uma organização mais apropriada quanto à estruturação da Atenção Primária e de serviços substitutivos de base territorial. No entanto, o desafio é articular a rede, acompanhar os sujeitos que necessitam dos serviços, garantir a integralidade da assistência e aprimorar os processos qualitativos do trabalho de acordo com propósitos da reforma psiquiátrica. O município argentino, mesmo apresentando em seus planos os valores de equidade, integralidade da saúde, construção de direito e cidadania, carece de estratégias e serviços de cuidado que promovam a saúde mental, o acompanhamento dos sujeitos que necessitam de tratamento contínuo, possíveis reflexos de ingerências e subfinanciamento da política de saúde mental.

O território da fronteira Brasil – Argentina mostrou-se muitas vezes negado enquanto espaço de vida, de subjetividade, e assim produtora de saúde mental, pois este, na atenção psicossocial é entendido como potência, uma vez que é ali a vida acontece, há forças vivas, relações entre pessoas, cultura, trabalho, etc., e esses saberes existentes no território devem ser incorporados na prática, contrariando o saber psiquiátrico que buscava o isolamento como terapêutica.

Também se revela nesse território o grande desafio das fronteiras no que se refere à saúde, o de promover a integração dos seus sistemas. Ressalta-se que as equipes de saúde dos municípios deste estudo almejam uma prestação de um cuidado contínuo, humanizado e adequado à população fronteiriça, todavia há necessidade do avanço das políticas públicas

nesses espaços, no intuito de incorporar a complexidade do território, visando a promoção e desenvolvimento da saúde mental da comunidade fronteiriça.

Referências Bibliográficas

- ¹Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. **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
- ²SILVA, A. B. PINHO, L. B. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo social. Rev. **Enferm, UERJ**. Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):420-4. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a21.pdf>. Acesso em 12 dez. 2019.
- ³BRASIL. Ministério da Saúde 2001. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília, DF, 2001.
- ⁴ARGENTINA. Ministerio de la Salud y Desarrollo Social, **Ley Nacional de Salud Mental, nº 26.557**, p. 109, 603/2013.
- ⁵ARGENTINA. Ministerio de la Salud y Desarrollo Social. **Plan Nacional de Salud Mental, nº 26.657**. Outubro de 2013, p. 60
- ⁶ANGNES, J. S. et al. Consórcio Intermunicipal da Fronteira (CIF): descrevendo as principais ações voltadas ao desenvolvimento regional a partir da perspectiva do poder público municipal. **Rev. Adm. Pública** [online]. 2013, vol.47, n.5 [cited 2020-01-19], pp.1165-1188. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.
- ⁷MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- ⁸BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.
- ⁹BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 580/18**. Disponível em: < <http://conse-lho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>> Acesso em 26/04/2019.
- ¹⁰BRASIL, SANTA CATARINA E DIONÍSIO CERQUEIRA. **Projeto Implantação CAPS I Tri-Fronteira: CAPS de Dionísio Cerqueira e Barracão e Bernardo Irigoyen**. Secretaria Municipal de Saúde de Dionísio Cerqueira – SC, 2006. p. 21.
- ¹¹GIOVANELLA, 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. Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S251-S266, 2007. **Cad. Saúde Pública**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 de fev. 2020.

- ¹²MACHADO, L. O. Limites e fronteiras: da alta diplomacia aos circuitos da ilegalidade. **Revista Território**. Rio de Janeiro, v. 8, 2000. Disponível em: <http://unbral.nuvem.ufrgs.br/base/items/show/1370>. Acesso em 10 de fev. 2020.
- ¹³BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. Cienc. Prof.** [online]. 2008, vol.28, n.3 [citado 2020-01- 19], pp.632-645. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 fev. 2020.
- ¹⁴BRASIL, PARANÁ E BARRACÃO. **Relatório Anual NASF 1 Barracão**. Secretaria Municipal de Saúde de Barracão – PR, 2018.
- ¹⁵ZANARDO, G. L.P et al. Dispositivos e conexões da rede de atenção psicossocial (RAPS) de Porto Alegre - RS. Est. **Inter. Psicol.**, Londrina, v. 9, n. 3, p. 80-101, set. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 dez. 2019.
- ¹⁶AGONIGI, R. C. et al. A produção do cuidado no cotidiano das Equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** [Online]. 2018, vol.71, suppl.6 [citado 2020-01-19], pp.2659- 2665. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202659&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 09 fev. 2020.
- ¹⁷RAMOS, D. R.; GUIMARAES, J.; ENDERS, B. C. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 37, p. 519-527, jun. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 dez. 2019.
- ¹⁸MENICUCCI, T. G. **Federalismo e Política de Saúde na Argentina e no Brasil**. Trabalho preparado para apresentação no 9º Congresso Latinoamericano de Ciência Política, organizado pela Associação Latino-americana de Ciência Política (ALACIP). Montevideu, 2017.
- ¹⁹BIANQUIN, A. H. As políticas de saúde na américa latina a partir da década de 90: Um comparativo entre os sistemas de saúde argentino e brasileiro. **Rev. Sociais e Humanas**, Santa Maria, Rio Grande do Sul, V. 21, n.º 01. P. 53-66, jan/jun 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/772>. Acesso em 11 fev. 2020.
- ²⁰ASTORGA, J. I. **Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai: 2001-2002**. ASTORGA, et al. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília: 2004.
- ²¹KUSCHNIR, R. Coordenação assistencial: enfrentando a fragmentação na produção do cuidado. In: KUSCHNIR, R. (Org.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde – 2**– Rio de Janeiro: EAD/ ENSP. 2015.
- ²²AUGBURGER A. et al. D. Salud mental y atención primaria, accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado em centros de salud. Argentina. **Salud. Pública**. V.2, N.9, P.24-29, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_docman&view=download&alias=363-beca-2010-gerlero-ausburger-duarte-2010&category_slug=becas&Itemid=624. Acesso em: 23 de jan. 2020.
- ²³ARGENTINA. Ministerio de la Salud y Desarrollo Social. **Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental**, 2018.

Artigo 2

Considerações sobre a produção do cuidado em saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina

Carla da Rocha³¹

Manoela de Carvalho³²

Resumo:

Introdução: Em 1990, a Declaração de Caracas, a partir da crítica à centralidade do hospital psiquiátrico e do tratamento marcado pela prática do isolamento, propõe aos países da América Latina práticas de cuidado em saúde mental compatíveis com uma atenção comunitária e participativa. Nessa perspectiva, a produção do cuidado torna-se potência para o desenvolvimento dos usuários, incorporando as relações e dinâmicas sociais. **Objetivo:** Compreender como o cuidado em saúde mental vem sendo produzido na região de fronteira internacional Brasil – Argentina por meio da compreensão dos trabalhadores de saúde. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, a partir de entrevistas semiestruturadas com as equipes de trabalhadores que atendem saúde mental na região de fronteira Brasil – Argentina, com resultados submetidos à Análise de Conteúdo. **Resultados e discussões:** Constata-se que as práticas de cuidado ainda exigem aperfeiçoamento de seus processos de trabalho e estruturação de serviços físicos, visto que há a ausência de serviços de base comunitária promovendo a cultura do cuidado centralizado no hospital e noção de periculosidade e desafios importantes no trabalho articulado dentro da rede psicossocial. **Considerações finais:** Assim, evidencia-se que além de um novo modelo de assistência, é impreterível o provimento da efetivação das políticas públicas de saúde mental, assim com um olhar atento dos trabalhadores para com os usuários e a sociedade, para desta forma produzir uma nova resposta social à saúde mental.

Palavras chaves: Saúde mental; Fronteira; Reforma psiquiátrica; Produção de cuidado; Trabalhadores de saúde.

Abstract

Introduction: In 1990, the Caracas Declaration, based on the criticism of the centrality of the psychiatric hospital and the treatment marked by the practice of isolation, proposes to the countries of Latin America mental health care practices compatible with community and participatory care. In this perspective, the production of care becomes a power for the

³¹ Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Foz do Iguaçu – PR. E-mail: carlarocha@unochapeco.edu.br

³² Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Foz do Iguaçu – PR. E-mail: man0ela@hotmail.com

development of users, incorporating social relationships and dynamics. **Objective:** To understand how mental health care has been produced in the international border region Brazil - Argentina through the understanding of health workers. **Method:** Study of a qualitative approach, based on semi-structured interviews with teams of workers serving mental health in the Brazil - Argentina border region, with results submitted to Content Analysis. **Results and discussions:** It appears that care practices still require improvement of their work processes and structuring of physical services, since there is an absence of community-based services promoting the culture of centralized care in the hospital and the notion of dangerousness and challenges important in articulated work within the psychosocial network. **Final considerations:** Thus, it is evident that in addition to a new care model, it is imperative to provide public mental health policies, as well as a careful look from workers towards users and society, in order to produce a new social response to mental health.

Key words: Mental health; Border; Psychiatric reform; Care production; Health workers.

Introdução

A Declaração de Caracas¹, em 1990, tornou-se um marco no direcionamento das políticas de saúde mental para a produção de cuidado de base comunitária na América Latina, propondo uma revisão crítica da assistência centrada no hospital psiquiátrico.

Esse documento determina o compromisso que os países latino-americanos, entre eles Brasil e Argentina, assumem na produção do cuidado : 1) garantir a dignidade pessoal e a proteção dos direitos humanos e civis dos doentes mentais, 2) atentar para a necessidade de que as abordagens de tratamento estejam baseadas em critérios racionais e tecnicamente adequados e 3) ressaltar a importância de conduzir a formação dos recursos humanos apoiada nas práticas comunitárias, e, se necessário, assegurar a internação psiquiátrica em hospitais gerais¹. Desse modo, tais responsabilidades devem ser contempladas nas legislações dos países, a fim de garantir sua consecução.

No território brasileiro, a Lei Federal nº 10.216/2001 dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial de saúde mental”². Em seu art. 2º, são estabelecidos os direitos dos usuários, entre outros, destacam-se os incisos: “I) ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentânea às suas necessidades; e II) ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção da família, no trabalho e na comunidade”².

Na Argentina, em 2010, é promulgada a Ley Nacional de Salud Mental nº 26/657³, que tem por objetivo *“asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional”* (p. 01). Consta no artigo 7º, com destaque para a alínea “a”, na qual o estado reconhece que os usuários tem *“derechos a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud”* (p. 01).

Com referência na Declaração de Caracas, desdobram-se as políticas de saúde mental do Brasil e da Argentina, que destacam em suas diretrizes os direitos dos usuários e a responsabilidade do Estado na oferta de serviços comunitários de base territorial. Assume-se a responsabilidade de produzir o cuidado para além do sofrimento psíquico, considerando suas conexões com o território e ampliando a percepção do usuário enquanto cidadão pertencente a uma comunidade⁵, conferindo-lhe, assim, um novo *“lugar social”*⁴.

Desse modo, a mudança de paradigma na produção do cuidado advinda da reforma psiquiátrica, além da crítica ao hospital psiquiátrico e da reestruturação dos serviços de base territorial, empenha-se essencialmente na dimensão relacional e social entre os sujeitos, no saber e nas práticas de assistência. Giovanella e Amarante (1994) frisam que o desafio se encontra no *“conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto doença”*⁵.

Por conseguinte, evidenciam-se os avanços no campo da saúde mental, principalmente, nas normativas da política pública de saúde mental, porém o desafio instala-se na mudança de paradigma na forma como se processam as relações de cuidado em saúde mental na região da fronteira internacional Brasil – Argentina. Assim, esse artigo pretende compreender como é produzido o cuidado em saúde mental na região fronteira por meio da percepção dos trabalhadores de saúde.

Tipo de estudo

Este estudo é parte da pesquisa intitulada: *“Políticas de saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina: Os desafios na produção do cuidado em saúde*

mental”, realizada nos municípios de Dionísio Cerqueira (SC), Barracão (PR) e Bernardo do Irigoyen (Província de Misiones – AR).

A investigação dos modos de cuidado deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas com 11 trabalhadores de saúde, entre eles, brasileiros e argentinos que prestam assistência na área de saúde mental para a população fronteiriça nos seguintes serviços de saúde: Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) – Dionísio Cerqueira (SC), Núcleo Ampliado de Saúde da Família 1 (NASF 1) – Barracão (PR) e Hospital Público de Autogestión (HPA) – (Misiones – AR). As perguntas que nortearam esse estudo foram realizadas na intenção de captar as compreensões referentes ao campo da saúde mental e conseqüentemente sobre os processos de trabalho articulados neste território, tais como: 1) quais compreensões conceituais têm-se a respeito da saúde mental, bem como da política de saúde mental implementada no seu país? 2) quais atendimentos ou tratamentos de saúde mental é ofertado pelo serviço? 3) quais outros serviços de saúde mental compõem a rede de atendimento? 4) quais os critérios utilizados para o encaminhamento da internação psiquiátrica? 5) quais ações em saúde mental são realizadas junto à comunidade? 6) o território de fronteira interfere na saúde da população que ali reside? entre outras. Não houveram critérios de inclusão e exclusão.

Os dados produzidos foram analisados por meio da Análise de Conteúdo⁶ (AC), a partir da Análise de Temática, logo que identificados os eixos temáticos, eles dividem-se em:

1) o cuidado compartilhado em rede 2) o processo de desinstitucionalização e incorporação da família e sociedade.

Com o propósito de manter o anonimato dos participantes e de preservar suas identidades pessoais, as entrevistas foram identificadas como trabalhador brasileiro (TB) e trabalhador argentino (TA), sendo atribuída a ordem sequencial das entrevistas (TB1, TA2,...). Todos os nomes utilizados em referência aos participantes são fictícios.

Respeitando as exigências éticas de pesquisa envolvendo seres humanos, este trabalho segue as normativas da Resolução nº 466/2012⁷ e Resolução nº 580/2018⁸ – da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – tem parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (CEP/UNIOESTE), sob número: 2.982.981 de 25 de outubro de 2018.

Resultados e discussões

As categorias de análise a seguir são produtos dos discursos dos trabalhadores de saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina.

O cuidado compartilhado em rede

As modificações nos padrões da atenção em saúde mental, orientadas pela perspectiva do modelo psicossocial, visam à ampliação e qualificação do cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico nos serviços de base territorial. A estrutura da rede psicossocial e sua articulação com os diferentes níveis de atenção à saúde, apresentam-se como um grande desafio para a prestação e continuidade da assistência⁹.

No sistema brasileiro, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) coloca-se como serviço estratégico, articulador e organizador da rede de saúde no território, sobretudo, com a Atenção Básica (AB)¹⁰. Nesta última, por sua vez, destaca-se o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), que propõe um trabalho compartilhado de suporte as equipes de Saúde da Família, por meio do apoio matricial em saúde mental¹¹. A integração entre esses serviços é entendida como fundamental para a prestação da assistência em saúde mental, pois potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral¹¹.

Do mesmo modo, investiga-se como os trabalhadores compreendem a articulação entre os diferentes níveis de serviços (CAPS e NASF). Seus discursos sinalizam obstáculos para a produção e continuidade do cuidado.

Ultimamente a gente não está conseguindo uma parceria com o CAPS. Quando tinha um paciente que estava em surto ou era paciente de CAPS, a gente solicitava, as meninas iam. Que daí elas conhecem o histórico melhor do que a gente, mas ultimamente nós não estamos tendo isso (TB4).

O NASF para nós é o ponto de ligação com o ESF, e hoje nosso ponto de ligação está sendo a enfermagem, eu não acho certo! Está sendo direto com o enfermeiro da AB. Esse ponto a gente não está tendo, a gente até tentou, mas é difícil! (TB8).

É possível perceber desconexões na rede de saúde mental, principalmente no que concerne à comunicação que, conseqüentemente, repercute na organização e

operacionalização do trabalho. Esses fatores favorecem desresponsabilização do cuidado, dificultando o acesso e a continuidade do atendimento.

A comunicação é bem precária! Essa falta de organização entre equipes, o nome do paciente fica vagando por todas as unidades (TB6).

E aí tem a questão de continuidade do atendimento, tipo: “O paciente está de alta, a partir de tal dia ele não vem mais”. Aí a gente podia tentar fazer uma visita domiciliar, inserir esse paciente nos programas disponíveis aqui no município, tentar acompanhar mais de perto. A gente nem fica sabendo, às vezes passou dois, três, quatro meses o paciente cai em surto novamente e nós nem sabíamos que ele estava de alta! (TB4).

É relevante a ampliação dos serviços substitutivos no território brasileiro, no entanto, esse processo necessita de aprimoramento dos mecanismos de articulação e regulação, por meio de fluxos assistenciais que reestabeçam o diálogo entre os serviços da rede⁹.

Nota-se realidade semelhante em outro estudo¹², que reconhece o CAPS como um serviço ordenador e estratégico na articulação da rede, entretanto centralizador da ação dentro do próprio serviço, inserindo-se de forma muito tímida nos territórios e na comunidade.

Também, os trabalhadores do CAPS I citam dificuldades em realizar ações na comunidade e trabalhar de forma compartilhada com as equipes da AB, alegando sobrecarga de trabalho e falta integração com a rede.

Parece que o CAPS é o único serviço que atende usuários de saúde mental (TB9).

A gente queria trabalhar a prevenção em saúde mental, mas nós não conseguimos sozinhos, tem que ter uma rede lá fora, na saúde básica, nas escolas, para nós poder pensar junto em prevenção. Mas nós, o CAPS sozinho, não tem perna para tudo isso. Acho que a rede tem que pensar que não é só o CAPS que tem que absorver sozinho as situações (TB9).

Com desígnio de compreender a relação entre serviços e/ou o fluxo de trabalho, levantou-se a questão sobre a atuação do CAPS na rede. Os trabalhadores afirmam se reunir frente uma demanda específica, seja para a formulação do Plano Terapêutico Singular (PTS) ou quando há a necessidade da atuação ordenada da rede diante de alguma situação pontual e atípica, contudo, relatam que atualmente não realizam encontros periódicos com outros serviços.

Ponderando sobre as dificuldades abordadas, o Apoio Matricial apresenta-se como uma estratégia de assessoramento para aperfeiçoar o fluxo resolutivo da rede, integrando serviços de diferentes níveis de atenção, minimizando os comportamentos de desresponsabilização entre os profissionais e excluindo a lógica de encaminhamentos, elementos que favorecem a articulação e integração da rede¹².

Quanto às ações desenvolvidas na comunidade, os trabalhadores mencionam a realização de duas campanhas anuais: Dia da Luta Antimanicomial, e Prevenção ao Suicídio - “Setembro Amarelo” e afirmam já ter realizado palestras instrutivas em escolas do município.

Com a comunidade a gente procura fazer a luta antimanicomial em maio, fazer alguma coisa ligada a mais informações: “o que é a luta, quais que são os atendimentos do CAPS”. Tem o Setembro Amarelo também que trabalhamos com a comunidade (TB2).

Verifica-se que muitos dos discursos relacionados aos empecilhos de articulação e comunicação são reflexos das próprias dificuldades de reconhecerem-se como atores sociais, coprodutores da política e responsáveis pelo cuidado. Dito isto, evidencia-se a necessidade de qualificação dos trabalhadores para uma compreensão mais eficaz das diretrizes da política de saúde mental, oportunizando e acelerando a tomada de providências na sua execução¹².

Acerca das capacitações na área de saúde mental, todos os trabalhadores citam a falta de incentivo público. Alguns mencionam que a gestão do município possibilita sua participação, no entanto, não lhes é dado auxílio financeiro para estadia, alimentação ou deslocamento. Outros ainda alegam que as capacitações comumente são realizadas distantes da fronteira, dificultando ou impedindo o acesso.

No município argentino, a maioria dos atendimentos em saúde mental é realizada no Hospital Público de Autogestión (HPA), uma vez que não possui serviços de saúde mental com base comunitária. Nessas circunstâncias, os usuários se dirigem-se ao hospital somente em situações de crise, conforme descrição do atendimento.

Viene paciente con algún problema mental, con esquizofrenia, con alguna crisis, si lo contiene en la guarda. El profesional que está de servicio puede contener al paciente, sea físicamente, con medicamentos, depende del estado en que llega el paciente. Después de que estabiliza al paciente, la parte clínica está bien y, si es necesario, se envía a otro centro de alta complejidad (TA1).

O relato supracitado evidencia uma forma de manejar a crise que vai ao encontro modelo clássico de psiquiatria, o qual entende a crise como uma disfunção grave – consequência da doença mental – resultando em ações para controlar os sintomas, seja através da contenção física (amarrar) ou química (medicamentos sedativos). Em contrapartida, no contexto da saúde mental e atenção psicossocial, a crise é entendida como resultado de um processo social complexo, em que a atuação é voltada para o acolhimento da crise, proporcionando aos usuários um espaço seguro e escuta e cuidado¹³.

Outros procedimentos em saúde mental como consultas e internações psiquiátricas são encaminhados do HPA, por meio de convênios, aos municípios de Posadas e Eldorado (Província de Misiones – AR). Há também os *Centros de Atención Primaria* (CAPs), que no sistema de saúde argentino, correspondem a unidades de saúde periféricas, situadas em comunidades interioranas. No âmbito da saúde mental, a assistência dos CAPs, apresenta-se bastante tímida no seu território, ofertando atendimentos esporádicos, administração da “medicação de depósito” e eventuais conversas com a comunidade, visando à promoção e prevenção de saúde.

Ao relatar as práticas de cuidado, os trabalhadores mencionam com frequência a prática do uso de “medicação de depósito” (Decanoato de Zuclopentixol - antipsicótico injetável), evidenciando a centralidade do tratamento medicamentoso direcionado aos usuários. Ao questionar sobre outras formas de acompanhamento ou intervenção os trabalhadores afirmam que o uso medicamentoso é a principal estratégia de cuidado.

A medicación debe ser algo temporario e depende do paciente ten que usar por toda a vida. Pero es la arma que tiene para sacar el paciente de la crisis. Aquí se hace lo que hay, lo que ahí, lo que temos, a medicación (TAI).

Frente a esta situação, abordou-se sobre a existência de um plano ou estratégias de atendimento para o âmbito da saúde mental, porém os profissionais apontam que “*no hay una estrategia a seguir, lo hacemos dependiendo de la oportunidad. No hay una estrategia de salud, tampoco en el hospital (TAI)*”. Embora seja reconhecido por eles que a Lei de Salud Mental (2010) normatiza que todo hospital deveria contar com um leito para atender usuários de saúde mental, todavia afirmam que essas diretrizes não se cumprem nesse território. Ainda, relacionam a fragilidade da assistência à falta de estrutura, bem como dificuldades na organização e no acesso dos usuários.

Lo que sucede, también hay otras situaciones, en nuestro hospital, tenemos una enfermera por turno, no tenemos seguridad durante el día, solo por la noche y no tenemos un especialista en salud mental (TA3).

Si el paciente está tranquilo, sí, pero si tiene la oportunidad de escapar, si es agresivo, no tenemos una sola enfermera en el turno, que atiende a todo el hospital. Si tenemos que cuidar al paciente, no podemos, no podemos pagarlo, ni los recursos humanos para cuidarlo (TA3).

El problema es el acceso de las personas, muchas provienen de la colonia, de lugares lejanos y es difícil llegar a ellas, con eso pasamos por los CAPS, llegamos a estos lugares, no a todos, pero es lo que podemos hacer (TA1).

Frente à falta de estrutura, a reincidência de usuários no HPA é posta pelos trabalhadores como um evento comum e complementam:

Algunos mejoran, pero tiene que haber continuidad, porque llega un momento en que los pacientes no quieren tomar el medicamento y luego se complican, nuevamente tienen que ser obligados, con la policía, con la justicia, a llevarlo o trae (TA2).

O processo de desinstitucionalização e incorporação da família e sociedade

Em síntese, os movimentos de Reforma Psiquiátrica proporcionaram avanços significativos no campo da saúde mental, entretanto, é no cotidiano dos serviços que emergem as contradições do processo de desinstitucionalização. O fenômeno da “nova institucionalização”¹⁴ ou “nova cronicidade”¹⁵ entende que os serviços propostos pela reforma psiquiátrica, com ideais contrários ao isolamento e à hierarquização das relações, podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou até mesmo manicomialização¹⁵.

Autores^{5, 14} atribuem a esse fenômeno o conjunto de saberes que estruturam a relação “médico-paciente” centralizada na categoria “doença mental”, como entidade objetiva a ser combatida, e na cronificação das relações de poder, resultando no processo de objetificação dos sujeitos.

Considerando os relatos dos profissionais, é possível refletir sobre o processo qualitativo na produção de cuidado, como se estabelecem as relações no cotidiano dos serviços, as concepções que sustentam a prática assistencial ou o próprio entendimento sobre o trabalho em saúde mental.

Nós realizamos atendimento individual em psicologia e psiquiatria, assistente social e enfermagem. A enfermagem está fazendo bastante controle de medicação. Eles não tomam certo, temos que ficar em cima (TB10).

A primazia do cuidado individualizado remete a uma concepção da clínica particular, calcada em compreensões do psiquismo enquanto dimensão privada, particular ou interna, além de intervenções que sugerem o ordenamento, disciplina e controle dos sujeitos atrelada a um conjunto de saberes capazes de produzir e modular subjetividades¹⁶. Consoante, verifica-se a centralidade da medicina em detrimento da equipe interdisciplinar, necessária para a efetivação da clínica psicossocial.

Ontem eu liguei para o CAPS. Disseram que não tem mais vaga, só a partir de novembro, para atendimento de acolhimento, individual. Falaram que o psiquiatra está entrando em férias! Então me falaram que está descartada a possibilidade de atender pacientes (TB4).

As diretrizes regulamentam funcionamento do CAPS normatizam que este serviço deve ser “porta aberta”¹⁷, a fim de minimizar as barreiras de acesso, as quais são intensificadas quando se reduz as possibilidades de intervenção frente a ausência de um profissional. Soma-se a isto a necessidade de compreender que a saúde mental é uma área complexa e transversal aos saberes, não se baseia em apenas um tipo de conhecimento ou é exercida fundamentalmente por apenas um profissional¹³.

Alves¹⁸ considera que a atuação no campo da saúde mental ainda é insuficiente diante das possibilidades de vida dos sujeitos, pois, em sua maioria, procuram homogeneizar, padronizar e tolher as produções subjetivas dos seus usuários. Situações semelhantes emergem quando trabalhadores expõem a elaboração de um termo de compromisso, assinado no momento em que o usuário se insere no serviço, com intuito de aumentar o comprometimento com o tratamento, ficando subjacente o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuário como potencial do processo de adesão¹⁹, ou mesmo o ideal da reforma psiquiátrica e dos serviços substituídos de “cuidar em liberdade”.

Foi elaborado um termo de compromisso e responsabilidade. A gente aprovou no Conselho Municipal de Saúde, porque a gente sentia que tanto o paciente quanto os familiares, eles não se comprometem com o tratamento, eles simplesmente vinham para nós e a gente tinha que resolver tudo (TB8).

Foi determinado que se comunique à equipe quando não vem, através de atestado, tem que ter um assunto, o porquê que ele não vem, e tem que ter um horário para vir (TB9).

Amarante¹³, esclarece sobre a importância da flexibilidade nos serviços de base territorial, para não atuarem de forma burocrática e repetitiva, configurando-se como um lugar de acolhimento, cuidado, trocas sociais e produtora de subjetividade. Pois o que se pretende é a construção de um espaço de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam.

Atribui-se a essas situações e comportamentos a permanência dos “desejos de manicômios”, que atualizam a lógica de dominar, subjugar, hierarquizar, oprimir e controlar os sujeitos. Tais processos são sutis e invisíveis, porém operam de forma intensa da produção de subjetividade^{20, 21}.

Os trabalhadores também respondem sobre quais bases teóricas-conceituais amparam suas práticas de cuidado no cotidiano dos serviços. A seguir discursos que consideram a produção de saúde mental ou a “loucura” – como refere o profissional – relacionados ao contexto socioeconômico e cultural, apoiando a complexidade do processo saúde doença²².

Saúde mental é tudo! É onde você está inserido, é a família, a escola, o ambiente, cultura (TB10).

¿Locura? el tema de no comer, no almorzar, no cenar, no tomar agua, todo también te lleva a la locura! Entonces este todo relacionado (TA2).

Evidencia-se também o entendimento do sofrimento psíquico fundamentado na psicopatologia, envolvendo fatores biológico (endógeno) e psíquicos (psicógeno), a despeito da singularidade e subjetividade do sujeito.

¿Por qué las personas se enferman? Las patologías son todas distintas, la medicina ya dije: “no te enfermas quien quiere, se enferma quien puede”. Hay que tener ciertas características para tenerla. Las cuestiones endógenas, tiene que ver con hormonas, con neurotransmisores, hablando exclusivamente de la esquizofrenia. Los síndromes depresivos, vivimos prácticamente entre el psicógeno y el endógeno, porque el endógeno es hormonal, es una cuestión que responde al medicamento, y el psicógeno es sacar de la persona de los problemas y situaciones de la vida (TA3).

Y este paciente en general, no responde tan bien a la medicación, por ejemplo, mejora con otro tipo de terapia. Pero cada patología tiene sus motivos, tiene sus razones. El paciente, por ejemplo, qué es adicto, tiene por ejemplo dentro de sus características, tiene en su personalidad qué es adictiva (TA3).

Com referência na clínica psicossocial, aborda-se a necessidade de ampliar a compreensão sobre os processos de saúde-doença, com intenção de entender o sujeito e o sofrimento psíquico como fenômenos complexos, em que sofrer e existir são indissociáveis e não a representação de uma doença ou disfunção²³.

Outra maneira de entendimento é onexo causal entre sofrimento psíquico e periculosidade social, produzido historicamente pela equação “louco = perigoso”, para o qual a instituição manicomial contribuiu a fim de que a sociedade entendesse que “o louco é perigoso”¹³. Esta relação foi denominada de criminalização da doença, onde o sujeito é punido por meio da exclusão, segregação social e perda de direitos⁵.

Em adição, prova-se na prática dos trabalhadores a vinculação entre periculosidade e sofrimento psíquico, em que o tratamento é ancorado na contenção, controle físico e submissão, transferido da competência da saúde para o domínio da segurança.

La policía tiene que venir muchas veces aquí. El usuario tiene miedo de la policía. En caso de tener que ir al atendimento y también por la medicación (TA2).

A veces se pone muy violento, agresivo, ahí tenemos que tratar de conseguir algún oficio para que la policía actúe y viene acá para internación también viene por la policía. Porque se pone muy violentos y acá en esto sentido el hospital no cuenta la seguridad y nada a este nivel. Entonces necesitas a la policía para seguridad, para que te des cuenta, si eres muy violento, hay esposas en la cama (TA2).

Neste momento, um questionamento é dirigido aos profissionais: vocês estão falando de algemas? O trabalhador faz gestos como se prendesse os próprios punhos, e responde: “*si, contención física*” (TA2).

Estas narrativas denunciam a ausência de políticas públicas que apontem linhas de cuidado em saúde mental, uma vez que o estabelecimento de relações de desigualdade entre trabalhadores e usuários, assim como a conduta de subjugar, revelam-se como antiterapêuticos e potencializadores do sofrimento psíquico. Compreende-se que é no espaço de liberdade e de exercício da cidadania que se devem sediar as ações em saúde mental⁶.

Torna-se explícito que para a superação do modelo asilar é imprescindível que a prática do cuidado em saúde mental seja ofertada dentro do território, para tanto, há a necessidade implementar serviços substitutivos. Fato também reconhecido pelos

trabalhadores entrevistados, que revelam, no entanto, a falta de estrutura e do dilema ético da desassistência.

Este es el tema, si tratamos de cuidarlo en el lugar del paciente, no sacarlo de su entorno y tener una estructura que lo contenga. Y esta chica de la que hablamos, quien tiene esquizofrenia, los padres parecen ser esquizofrénicos también y no tiene una familia y ninguna asistencia que lo contenga, entonces, ¿cómo cuidamos a este paciente? (TA3)

Com objetivo de fomentar a reflexão, a vivência de um usuário é contada pelos trabalhadores, a qual discorre sobre o curso do sofrimento psíquico e a desassistência, culminando na exclusão social.

Pablo era un chico que andaba por la calle, no tenía familia, la madre era más pirada que él, no tenía casa, no tenía recurso y todo que tenía, vendía, si le daba algo, vendía todo para comprar la piedra, la droga, la que arruina el cerebro, la peor. Entonces andaba por la calle y si no estaba medicado, se bajaba los pantalones y la sociedad no lo aceptaba. Luego, llamaron a la policía para que lo lleven para el “calabozo” o lo quieren que lo internen, que se baja del pueblo. En 2014 lo llevamos al hospital psiquiátrico Carrillo, en Posadas y allí fue medicado, pero que pasa: “Pablo nunca comía, nunca desayunaba, no sabe lo que es una merienda, no sabe lo que es una cama extendida, no sabe lo que es un televisor, no sabe lo que es un abrigo, no sabe mucha cosa”. Tampoco la gente no se pregunta, ni se pone a pensar. A poco, cuando era chico y: - no, no, que no baja a la escuela, que no se acerca por allá. Entonces se trata de excluirlo, marginarlo, para que sea cerrado, internado o que lo saquen del pueblo, esa es la intención de la comunidad. Y esta intención también es de la municipalidad, del municipio acá querían eso, no era trabajar para insertarlo en la sociedad e que mejore. Una vez que se organizó una reunión aquí, llamé a todos, al jefe de policía, al hospital, algunos médicos fueran, promotores de salud, la gente del municipio, los de las aduanas, la gendarmería y ay entonces le expliqué todo. Entonces, tenemos que ponernos en el lugar del otro también, para que todos podamos colaborar. Cuando empezamos con el tratamiento, estaba bastante bien recuperado y lavaba su ropa, estaba en su casa, no andaba dando vuelta siempre, no molestaba nadie. Llegó un momento, nosotros le daba la medicación, la medicación de la mañana, la medicación del mediodía o alguna vecina, alguien siempre colaboraba. Y después otra vez empezó a consumir y fue internado nuevamente (TA2).

Ainda, os trabalhadores apontam a pressão social em tirar o usuário de circulação e reconhecem que a internação foi realizada em função da falta de estratégia.

Había una cuestión de la sociedad, como: “¿cómo vamos a permitir que ande así?” y el interno con toda la reticencia que necesitaba tener, porque no se interna ese tipo de paciente de esa manera. Pero se internó en ese momento sin estructura y se escapaba, porque quería volver para casa y chocó un auto. Después de este accidente que le rompió las piernas, él estuvo acá debido al efecto infeccios, pero acá no tenemos estructura para cuidar (Referindo- se ao sofrimento psíquico) (TA3).

O processo de desinstitucionalização continua no território, ou seja, deve ser uma estratégia terapêutica de caráter comunitário, para isso é indispensável aproximar-se da população e das famílias, com intenção de instruí-las e fortalecê-las, para então, gradualmente modificar as relações de poder destrutivas⁶.

A sociedade tem que entender que eles precisam estar perto das famílias, dos filhos. E isso é o que choca muitas vezes porque eles querem que internem, que levem ou que a polícia se responsabilize e prenda, que vai embora daqui (TA2).

Isto posto, os trabalhadores expõem os desafios de prestar assistência à saúde mental, referindo a ausência de linhas de cuidado e, conseqüentemente, sua repercussão nas famílias e comunidade, que diante das dificuldades vividas no cotidiano acrescidas das dificuldades geradas pela convivência, depositam na internação psiquiátrica a possibilidade de amparo e cuidado.

Con la familia hay un desafío, el seguimiento con la familia. Y no solo la familia, la comunidad, porque el vecino también tiene que cambiar y aceptar a esta persona que está en tratamiento y está tratando para recuperarse, no marginarla ni excluirla (TA2).

Es un desafío, ya tuvimos varios casos que los padres querían dejar, porque se vuelven violentos y golpean a sus padres y no quieren saber más. Entonces, tenemos que decir que tenemos que intentarlo, en este caso lo hicieron bien, porque estaba en una pieza cerrada, para que no sea violento (TA2).

Compreende-se que o processo de desinstitucionalização da família e da comunidade tem, essencialmente, o mesmo caráter atribuído à desinstitucionalização do manicômio, assim é imperativo que os serviços amparem as famílias, de modo a encontrar dinâmicas diferentes que ajudem a resignificar o estigma da doença⁵.

Cientes do atual cenário, os trabalhadores expressam seu sentimento de impotência frente à ausência de serviços e estratégias, reconhecendo o afastamento do Estado e desprovimento das políticas públicas.

Sentimentos impotência, porque o que falta é estratégia de educação e promoção da saúde. Porque o povo não conhece, tem medo, por não conhecer (TA1).

Es necesario más compromiso por parte del municipio, por ejemplo, podría unir al hospital y la escuela para dar charlas, traer profesionales y continuar. Yo fue algunas veces en la escuela para hablar sobre temas de violencia y trabajar en la comisaría de mujeres (TA3).

Em contrapartida, os trabalhadores do serviço comunitário mencionam o caráter temporário da internação e reiteram que essa modalidade terapêutica é pontual, sendo “*a pontinha de um todo de tratamento, só mesmo minimiza os sintomas, os sinais da crise*” (TB9). Discorrendo sobre o fluxo entre serviços, relatam que após a alta dos hospitais psiquiátricos, os usuários são transportados pelo motorista do serviço até seu domicílio, portando uma guia de contrarreferência do hospital e retornando o mais breve possível aos atendimentos no serviço comunitário.

Igualmente, revelam a dificuldade de integração com as famílias, argumentando que não realizam encontros coletivos com as mesmas devido a sua não participação. Assim, prestam atendimentos em momentos pontuais, conforme procura espontânea e/ou por solicitação do próprio serviço. Ademais, no período de internação do usuário, não são realizados atendimentos à família.

O grupo de família não tem mais, porque não é eficaz. Nós marcávamos a cada três meses, a gente se preparava e as famílias não vinham. Agora a gente chama a família junto no dia do grupo dos usuários ou no atendimento, faz uma mediação por exemplo, aí eles vêm! (TB10)

De acordo com a atenção psicossocial, a família assume papel estratégico no tratamento, não somente como incentivadora do usuário, mas também integrando o serviço, participado de projetos de trabalho ou ações comunitárias de integração social²⁴.

Sobre a dinâmica do serviço substitutivo, os trabalhadores descrevem as seguintes dificuldades: acesso (ausência de transporte público para transporte dos usuários até o serviço), ausência de estratégias para assistência em álcool e outras drogas, a respeito da sobrecarga do serviço de saúde e baixa remuneração dos profissionais. Ainda identificam a necessidade de envolver as demais áreas para efetivação do cuidado, como cultura, esporte, lazer, assim como envolvimento das redes de saúde dos municípios que prestam assistência.

Por fim, solicitou-se aos trabalhadores que expusessem suas percepções sobre a compreensão social dos usuários de saúde mental, com respostas são rápidas e curtas, comprova-se o a importante trabalho ainda a ser realizado na sociedade.

¡"Ellos no quieren ver"! No quieren ver, por qué no los aceptan (TA2).

Louco. A sociedade enxerga todo o paciente que é CAPS é louco (TB8).

Considerações finais

Ao investigar a produção do cuidado na região de fronteira, constata-se que as práticas de cuidado ainda exigem aperfeiçoamento. Nos municípios brasileiros, é notório os reflexos do avanço das políticas públicas, dada a existência de serviço substitutivo e de possibilidades de produção do cuidado com olhar para o desenvolvimento do usuário. Contudo, há a necessidade de fortalecer o trabalho para impulsionar o protagonismo e autonomia dos usuários, pois averigua-se a prevalência de práticas e concepções pautadas no campo individual da psicopatologia, fomentando intervenções centradas na medicalização, em detrimento do campo social, político, econômico e cultural, nos quais os usuários estão imersos.

Vale ressaltar a indispensabilidade da efetivação das políticas públicas de saúde mental, e, conseqüentemente, da implantação de serviços de saúde com base na comunidade, uma vez que sua ausência influencia fortemente na forma como se produz o cuidado. No município argentino, nota-se a persistente noção de periculosidade atribuída à pessoa com sofrimento psíquico, promovendo a manutenção de concepções estigmatizantes sobre o adoecimento mental. Assim, também é urgente reconstruir as bases conceituais dos serviços: as noções de doença, terapia, cura e tratamento.

Por fim, evidencia-se que além de um novo modelo de assistência, é impreterível o provimento da efetivação das políticas públicas de saúde mental, assim como um olhar atento dos trabalhadores para com os usuários e a sociedade, para desta forma produzir uma nova resposta social à saúde mental.

Referência Bibliográfica

¹Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS): **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.

- ²BRASIL. Ministério da Saúde 2001. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília, DF, 2001.
- ³ARGENTINA. Ministerio de la Salud y Desarrollo Social, **Ley Nacional de Salud Mental, nº 26.557**, p. 109, 603/2013.
- ⁴BIRMAN J.; COSTA J. F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2015.
- ⁵GIOVANELLA, L; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- ⁶MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- ⁷BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012.
- ⁸BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 580/18**. Disponível em: < <http://conse-lho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>> (Acesso em 26/04/2019).
- ⁹FERREIRA, T. P. S. et al. Produção do cuidado em saúde mental: os desafios para além dos muros institucionais. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 373-384, June 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200373&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.
- ¹⁰CHIAVAGATTI, F. G. et al. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 1, p. 11-17, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.
- ¹¹Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010
- ¹²BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2008, vol.28, n.3 [citado 2020-01- 19], pp.632-645. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.
- ¹³AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ¹⁴GOULART, D. M. **Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental**. 2013. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- ¹⁵PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.

- ¹⁶FIGUEIRO, R. A.; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 431-446, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922010000800015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.
- ¹⁷Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento** como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015
- ¹⁸ALVES, P. C. Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2249-2250, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 fev. 2020.
- ¹⁹BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paul. Enferm.** São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.
- ²⁰DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental, Barbacena**, v. 4, n. 6, p. 69-82, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 fev. 2020.
- ²¹ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A. reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, Dec. 2006. Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.
- ²²SAMPAIO, JJC. **Epidemiologia da imprecisão**: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 133 p. ISBN 85- 85676-48-5. Disponível em: SciELO Books. <http://books.scielo.org>. Acesso em 09 fev. 2020.
- ²³KEITEL, L. **Da doença mental ao sofrimento psíquico: sentidos da “loucura” na clínica da atenção psicossocial**. 2018. Tese (Doutorado em Ciências Humanas). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2018.
- ²⁴BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Artigo 3

“Quando começou o tratamento, começou a loucura!”

Carla da Rocha³³

Manoela de Carvalho³⁴

Resumo

Introdução: Em 1990, a Declaração de Caracas definiu as reformas na atenção à saúde mental na América Latina, propondo a revisão crítica da assistência psiquiátrica convencional, direcionando as políticas de saúde mental para um modelo de cuidado compatível com a atenção comunitária. Tais mudanças repercutem nos mais variados contextos sociais, mas sobretudo, no cotidiano dos usuários. Nesse sentido, aproximar-se das vivências dos usuários é de extrema importância, visto que nelas são encontrados indicativos que possibilitam a reflexão e a avaliação das políticas de saúde mental. **Objetivo:** Compreender como as políticas de saúde mental se expressam no território de fronteira internacional Brasil – Argentina, a partir das vivências dos usuários. **Método:** Trata-se de artigo descritivo-analítico de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os usuários de saúde mental domiciliados nos municípios de Dionísio Cerqueira (SC), Barracão (PR) e Bernardo de Irigoyen – Província de Misiones (AR) e posteriormente examinadas por meio da Análise de Conteúdo. **Resultados e discussões:** Discute-se sobre os desafios da produção do cuidado em saúde mental no território de fronteira, com perspectiva na desinstitucionalização. Visualizam-se dois movimentos: usuários que relatam satisfação e melhora após inserção nos serviços de base comunitária, mas que apresentam impasses quanto ao seu processo de autonomia e valorização da subjetividade, e ainda usuários desospitalizados e desprovidos da proteção social. Nesse território de fronteira, não se evidenciam formas de integração entre os serviços de saúde mental do Brasil e Argentina. **Considerações finais:** Espera-se que a reforma psiquiátrica represente dentro da sociedade, muito além de novas estruturas de cuidado, um movimento de resgate da cidadania, respeitando a experiência do sujeito, não encerrando a ação em saúde mental visando o controle ou cura de sintomas.

Palavras chaves: Saúde mental; Fronteira; Produção do cuidado; Usuários; Desinstitucionalização.

³³ Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Foz do Iguaçu – PR. E-mail: carlarocha@unochapeco.edu.br

³⁴ Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Foz do Iguaçu – PR. E-mail: man0ela@hotmail.com

Abstract

Introduction: In 1990, the Caracas Declaration defined reforms in mental health care in Latin America, proposing a critical review of conventional psychiatric care, directing mental health policies towards a care model compatible with community care. Such changes have repercussions in the most varied social contexts, but above all, in the daily lives of users. In this sense, getting closer to the users' experiences is extremely important, since in them are found indications that enable reflection and evaluation of mental health policies. **Objective:** To understand how mental health policies are expressed in the territory of the international frontier Brazil - Argentina, based on the experiences of users. **Method:** This is a descriptive- analytical article with a qualitative approach. Semi-structured interviews were carried out with mental health users domiciled in the municipalities of Dionísio Cerqueira (SC), Barracão (PR) and Bernardo de Irigoyen - Misiones Province (AR) and subsequently examined through Content Analysis. **Results and discussions:** The challenges of the production of mental health care in the border territory are discussed, with a view to deinstitutionalization. Two movements can be seen: users who report satisfaction and improvement after insertion in community-based services, but who present impasses regarding their process of autonomy and appreciation of subjectivity, as well as users who are out of hospital and deprived of social protection. In this border territory, there is no evidence of forms of integration between the mental health services in Brazil and Argentina. **Final considerations:** It is expected that psychiatric reform represents, within society, far beyond new care structures, a movement to rescue citizenship, respecting the subject's experience, not ending the action in mental health aiming at the control or cure of symptoms .

Keywords: Mental health; Border; Care production; Users; Deinstitutionalization.

Introdução

Os movimentos pela reforma psiquiátrica caracterizam-se por um processo político e social complexo, do qual participam instituições e forças de diferentes origens. Seus reflexos repercutem nas instâncias governamentais, na oferta de serviços de saúde mental, na formação da força de trabalho, nos movimentos sociais, no imaginário social, mas sobretudo nos usuários para os quais essas políticas são engendradas.

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) promoveram, na cidade de Caracas - Venezuela, a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Nesse evento, aprovou-se a Declaração de Caracas¹, documento que marca as reformas na atenção à saúde mental na América Latina, afirmando: “A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva” (p. 01). E ainda: "A reestruturação da atenção

psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços” (p. 01). Assim, fica legitimado o compromisso que o Brasil e a Argentina assumem no processo de reestruturação psicossocial da atenção em saúde mental dos seus sistemas de serviços em saúde mental.

No Brasil em 2001, foi promulgada a Lei Federal nº 10.216², conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Já na Argentina, essas mudanças instauraram-se mais tarde, e, no ano de 2010, é decretada a *Ley Nacional de Salud Mental* nº 26/657³, que tem por objetivo “*asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional*” (p. 01).

Assim, as legislações do Brasil e Argentina, orientam o cuidado em saúde mental com horizonte na desinstitucionalização, fomentando a implantação de serviços comunitários que assumam, além de uma mudança técnica (revisão das práticas de cuidado), cultural e social, a promoção do desenvolvimento e cuidado do sujeito na comunidade⁴.

Alves⁵ chama a atenção para a aproximação das experiências que usuários têm enquanto sujeitos de direito, visto que a maioria dos estudos na área de saúde mental está atrelada a análises e proposições de políticas e serviços que prestam assistência.

Assim, propõe-se uma análise qualitativa sobre o modo como os usuários constroem suas experiências de sofrimento psíquico amparados nas políticas de saúde mental no território de fronteira, pois estas vivências apresentam elementos para reflexões e avaliações da política de saúde mental.

Tipo de estudo

Este artigo integra uma pesquisa mais ampla, intitulada: “Políticas de saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina: Os desafios na produção do cuidado em saúde mental”. O estudo realizou-se nos municípios de: Dionísio Cerqueira (SC), Barracão (PR) e Bernardo do Irigoyen – Província de Misiones (AR).

Foram realizadas 23 entrevistas semiestruturadas com usuários e familiares dos sistemas de saúde dos municípios brasileiros e argentino, averiguando as percepções e

vivências construídas na busca por tratamento em saúde mental. Para tanto, houve a abordagem de questões referentes à compreensão sobre o sofrimento psíquico, entendimentos sobre os atendimentos e/ou tratamentos realizados, seus benefícios e dificuldades, conhecimento a respeito das diretrizes das políticas pública de saúde mental (direitos dos sujeitos em sofrimentos psíquico, redirecionamento do modelo de assistência do cuidado) e a percepção social sobre a “loucura”.

Os critérios de inclusão para a participação na pesquisa, além de disponibilidade e aceitação, foram: a maioria e histórico de internação psiquiátrica. O critério de exclusão foi: estar sob curatela ou interdição, impeditivos para responsabilizar-se pela assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecimento (TCLE). Não houve exclusão quanto a gênero, condições socioeconômicas ou compreensões diagnósticas no que se refere à saúde mental.

O método utilizado para exploração dos dados foi a Análise de Conteúdo⁶ (AC), em sua modalidade de Análise de Temática – categorização dos temas a partir do discurso dos participantes. A fim de manter o anonimato dos participantes, as entrevistas foram identificadas como usuário brasileiro (UB), usuário brasileiro/família (UB/F), usuário argentino (UA) e usuário argentino/família (UA/F), sendo atribuída a ordem sequencial das entrevistas (UA1, UB2... e UA/F1, UB/F2...).

Cabe observar que os usuários brasileiros foram entrevistados no CAPS I de Dionísio Cerqueira (SC) ou nos seus domicílios. Já os usuários argentinos, foram entrevistados somente nos seus domicílios, visto que não há serviços de base territorial em saúde mental no município argentino. Todos os usuários foram indicados pelos trabalhadores de saúde do campo de estudo.

Esta pesquisa segue as normativas da Resolução nº 466/2012⁷ e Resolução nº 580/2018⁸ – ambas implementadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e tem parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (CEP/UNIOESTE), sob número: 2.982.981 de 25 de outubro de 2018.

Resultados e discussões

O foco mantém-se nas experiências dos usuários e suas compreensões no âmbito da saúde mental. Relatamos as vivências com maior riqueza de detalhes, na intenção de retratar como as políticas de saúde mental se desenvolvem no cotidiano da população de território de fronteira.

Representações sobre o sofrimento psíquico

Na história, todas as sociedades constroem representações e interpretações sobre os acontecimentos na busca de dar sentido para os fenômenos a sua volta, esses significados são compartilhados pelos grupos sociais ao longo dos anos¹¹. Michel Foucault, em sua obra *História da Loucura na Idade Clássica* (1978)⁹, apresenta as variações sobre as concepções da loucura ao longo do tempo e marca o nascimento da psiquiatria a partir da sua institucionalização, nomeada de doença mental¹⁰.

Os relatos dos usuários de saúde mental da fronteira trazem suas representações sobre o sofrimento psíquico, entre elas explicações místicas, “mente fraca”, questões sociais, compreensões ligadas ao trabalho e até a não representação do fenômeno.

Na verdade, não compreende, essa questão psíquica é confusa! Na verdade, não existe como explicar isso, são sensações. São dias que as sensações são melhores, outros piores, é como você viver sempre pressionado, como se você estivesse atormentado (UB14).

Eu não entendo e eu nem sei, não posso te explicar. Isso é meio invisível (UA/F2).

Na Antiguidade, os loucos eram vistos como “mensageiros dos deuses” e comumente integrados à sociedade por meio de significações religiosas ou mágicas, assim equivalia a uma experiência mística e socialmente aceita, que se procurava mais exaltar do que controlar¹⁰. No curso dessas concepções, ainda hoje, o sofrimento psíquico é compreendido a partir do misticismo ou como destino.

Pode ser bruxaria, porque uma comadre minha roubou uma foto. E um pastor de longe revelou um jovem deitado numa cama, numa casinha. Deus que me perdoe, mas eu digo que é coisa de espiritual, às vezes é algum mal que fizeram para ele, né?! (UA/F1).

Eu acho que Deus escolheu isso aí para mim, senão eu não teria (UB12).

No início do XV, o holandês Hieronymus Bosch¹¹ concebe sua obra pictórica chamada de “A extração da pedra da loucura”, que ilustra uma espécie de cirurgia na cabeça para extirpação de uma pedra que causava a loucura no homem, acreditava-se que havia “algo errado” na cabeça. Verifica-se que tais concepções ainda são presentes.

É na mente, nos miolos, no cérebro da pessoa que enfraquece, ou seja, não tem sentido, sai o sentido da pessoa. (UA/F1)

É uma fraqueza na cabeça. Uma coisa que mistura no cérebro, né?! E fica meio fora (UB8).

Redimensionando as compreensões e, em concordância com Sampaio¹² que compreende o caráter inseparável das manifestações de saúde e doença mental com o contexto socioeconômico e cultural, relatamos a vivência de uma usuária que evidencia a relação entre sofrimento psíquico e a pobreza.

A usuária UA3 foi indicada para o estudo por trabalhadores de saúde mental, pois recentemente esteve internada em leito psiquiátrico por motivo caracterizado como: síndrome depressiva e autoagressão. Ela tem 23 anos, é mãe de 4 filhos e estava gestante do quinto filho, o qual morreu, após UA3 atingir o próprio abdômen com golpes de faca. Estava desempregada e residia com sua mãe e seus filhos.

Ao iniciar a conversa com a usuária e sua mãe, expondo os objetivos da pesquisa, prontamente sua mãe diz que sua filha não tem “problemas mentais”, mas sim, que sua família estava passando por necessidades básicas, e tal condição resultou na autoagressão e, posteriormente, na internação.

Ela teve uns problemas, mas eles pensam que ela tem um problema mental, mas ela não tem problema mental! Ela é sozinha, falta as coisas, tem contas para pagar, não tem da onde tirar, não tem para quem pedir. Ninguém ajuda a gente, aí a gente vai guardando tudo e ataca na cabeça e ataca os nervos, fica aquele desespero. Ela mantém com o salário das crianças, que nem agora temo dois boletos de luz, são dois mil pesos e se nós não pagar vão cortar nossa luz. E aqui nós não temos ajuda de ninguém. Esse aqui (aponta para um menino), tem que ter o leite. Ontem ela chorou o dia inteiro, porque a única coisa que nós temos agora é arroz e açúcar. E as crianças pedem as coisas e nós não temos da onde tirar. O problema dela não é mental, o problema dela é preocupação que falta as coisas (UA/F3).

Ao final a mãe solicita ajuda: *Se tivesse uma ajuda pelo menos que não falte as coisas pra crianças e um calmante para ela acalmar os nervos (UA/F3).*

Estudo¹³ sobre determinantes sociais e econômicos da saúde mental, indica que a saúde mental é entendida como produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais, e defende que o sofrimento psíquico está frequentemente associado à situação de pobreza, entendida como falta de meios, sejam eles sociais, econômicos ou educacionais.

Nessa perspectiva, entre os fatores sociais e econômicos que influenciam a saúde mental encontram-se os determinantes relacionados ao trabalho, mencionando aspectos ligados à sobrecarga, níveis de satisfação, vulnerabilidade entre outros¹³.

Com 37 anos o médico me tratou para depressão. Ele me pediu onde que eu trabalhava, aí ele falou: - então eu já entendi! Porque ele sabia a pressão que a empresa colocava nos funcionários, ele disse isso e me tratou pra depressão (UB14).

Ele adoeceu no serviço dele, era cortador da indústria de calçado. Acho que foi muito serviço, ele se perdia, ficava o dia inteiro na cama (UB/F8).

O sofrimento psíquico está ligado à trama da vida e estabelece conexões com dimensões além do corpo ou psiquismo, desenvolvendo-se a partir do lugar do sujeito e é na sua significação que se desdobram as potencialidades individuais de melhora e as possíveis práticas assistenciais.

Os serviços substitutivos de base territorial

Nesta sessão, apresentam-se relatos e considerações sobre os serviços substitutivos de base comunitária e territorial e sua produção no contexto de vida dos usuários. Para levantar tais percepções, os usuários foram questionados sobre as formas de atendimentos já realizados, quais benefícios e dificuldades atribuem ao tratamento e sobre possibilidades visualizadas pelos por eles para potencializar sua melhora. As narrativas destacaram fatores positivos, principalmente em relação à vinculação afetiva com a equipe de trabalhadores, assim como, a disponibilidade de profissionais e pela possibilidade de realizar o tratamento próximo de casa.

Eu não tenho dificuldade para fazer o tratamento. Porque imagina, eu tenho um médico psiquiatra aqui na cidade, eu tenho psicólogo aqui, tudo de graça, não pago nada. Então eu só tenho que vir nos dias das consultas e nos dias dos encontros (UB14).

Se eu tenho benefício? Tenho todo mundo que me ajuda, os doutores, professores, toda a equipe aqui do CAPS. Eu tô me recuperando. Eu acho que depois que surgiu o CAPS ficou melhor para o paciente e para o familiar, lá era muito ruim! (Referindo-se ao hospital psiquiátrico) (UB8).

Meee, não dá para comparar como eu era antes do CAPS! Eu me tratando, me esforçando e todos os profissionais me ajudando, eu acho que eu tenho chance de desenvolver mais, né?!(UB8)

Eu adoro o CAPS, gosto deles. Eu venho de 15 em 15 dias, fiquei um tempo sem vir aqui porque não tava dando certo a medicação, eu entrei em parafuso. Mas eu tô aqui de volta e o CAPS é fundamental! Não é pra parar o CAPS, tá?! Os CAPS por aí tem que ter, tá?! (UB12)

Em contraponto, os usuários relatam a necessidade da participação da família no tratamento, com propósito de integração e melhoria dos vínculos e meios que viabilizem o acesso ao serviço (transporte público para deslocamento).

Eu só acho que para melhorar tudo isso, a família deveria estar junto nesse processo de aprendizagem. Eles também frequentar alguma coisa. Hoje são os esquizofrênicos que vem aqui e a família tem que entender também (UB12).

Não tem transporte. As únicas vezes que tem é na quinta-feira, com o ônibus dos alunos, mas quando os alunos estão em férias, não tem transporte e eu moro no interior (UB8).

No cenário proposto, a família assume papel estratégico no tratamento, não somente como incentivadora do usuário, mas também integrando ao serviço, participado de projetos de trabalho ou ações comunitárias de integração social¹⁴.

Além dessas narrativas, ainda se encontram questões ligadas aos reflexos da categorização diagnóstica, expressas nas palavras dos usuários como “quando começou o tratamento, começou a loucura! (Risos) (UB12), dando sentido a ideia de centralidade da doença em detrimento das experiências e subjetividade do sujeito¹⁰. Nesse momento, surge a questão: Quando começou o tratamento, começou a loucura? Não deveria ser o contrário?

Porque eu tive que começar a me entender como esquizofrênico e isso é uma loucura! Tive muita dificuldade de entender que eu tinha esquizofrenia, principalmente no início, eu achei

que eu tinha um dom, que fazia parte de mim isso. E daí “isso” também fazia parte da esquizofrenia. Isso foi o mais complicado pra entender (UB12).

Basaglia, psiquiatra e precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano, propõe colocar “a doença entre parênteses”, pois entendia que os técnicos se ocupavam das doenças e esqueciam-se dos sujeitos, contudo assinalava, que tal conduta não significava negar a existência do sofrimento psíquico, mas sim que o cuidado deveria operar principalmente com o sujeito em sua experiência¹⁰. Destarte, reflete-se que a esquizofrenia é um constructo teórico, é uma interpretação para uma conjuntura de processos, mas não significa toda a verdade sobre a experiência do sujeito¹⁵.

Em relação a forma de tratamento mais reconhecida pelos usuários, evidencia-se o uso de medicamentos, deixando subjacentes outros recursos terapêuticos ou atividades de cunho comunitário. O surgimento deste dado, conduz à investigação das compreensões sobre o uso medicamentoso.

Eu acho que é um mal necessário. Que pode me trazer algum efeito colateral, mas eu sei que sem é pior. Não tem como largar o medicamento, não tem como dizer: - Eu vou largar, não vou tomar mais! Tem que tomar e pronto! (UB14)

Fundamental! Olha, sem esse medicamento eu tava delirante. Imagina ficar sem medicação! Ela minimiza a doença, sem as medicações, eu estaria ainda hoje achando que era o cavaleiro branco do apocalipse. Eu acreditava nisso (risos) (UB12).

Pra mim fez bem, acho que pra todos faz bem! Porque Deus deixou o médico pra ele receitar pra melhorar (UB8).

Tenho que seguir o remédio, o único é o remédio, outra coisa não tem, ou orar e rezar para Jesus Cristo! (UA/F2)

A amplitude do uso de medicamentos tem sido um tema bastante debatido entre as práticas de saúde mental^{10,16}, incorporado a um conceito mais amplo de “medicalização”, que compreende o controle médico sobre a vida. A crítica reside no entendimento de que a prescrição de medicamentos seria a única forma de lidar com situações angustiantes da vida, que passam a ser consideradas doenças ou transtornos diagnosticáveis e, conseqüentemente, “medicamentalizados” com intenção de proporcionar a cura^{10, 17}.

Para Amarante¹⁶ a medicalização – apropriação dos modos de vida pela medicina – gera a perda da autonomia dos sujeitos. Pode-se constatar essa afirmação nos discursos dos

usuários, ao questionar sobre quais estratégias poderiam potencializar seu bem-estar, enfatizando que poderiam sugerir qualquer estratégia.

Não, não! Quem sou eu? Eu não sei da ciência, como vai se comportar daqui em diante. Porque tudo é científico, daí eu não sei que remédio vai surgir de agora em diante, né!? (UB8)

Olha, eu não consigo dizer que tivesse outra forma de fazer o tratamento. É tomar medicação, o médico acompanhar, ter atendimento psicológico, não tem mais que isso. Pelo menos que eu saiba, é isso! (UB14)

A esse respeito, os mecanismos da ciência têm desafortunadamente destruído tanto capacidades culturais como individuais¹⁶, desligando a produção de saúde mental de várias dimensões da vida e conectando-a exclusivamente ao campo científico com estratégias medicamentosas.

O protagonismo e participação social dos usuários em saúde mental, configura-se como um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica, visto que há o risco dos novos serviços reproduzirem o aparato manicomial¹⁸. Entende-se por aparato manicomial o “conjunto de olhares, gestos, atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte informada pelo poder psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presente também em outras modalidades assistenciais e o no cotidiano das relações sociais”¹⁹.

Nesse panorama, quando indagados sobre seu conhecimento a respeito das diretrizes da Política Pública de Saúde Mental e do Movimento de Reforma Psiquiátrica, considerando a expressão dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionamento do modelo de assistência nesse documento, dos 23 usuários, somente um trouxe considerações a respeito, os demais declaram não saber do que se tratava.

Eu já ouvi falar de reforma psiquiátrica em 2002, que antes se internava em manicômio. Hoje, os leves, os que podem ficar fora, os que não são totalmente loucos, eles podem viver em casa, em sociedade e ser reintegrado. Os integrados podem ser integráveis, quanto aos outros não há solução, eles são colocados ainda em internamento, mas é evitado isso (UB12).

Evidencia-se a destituição do usuário de saúde mental como protagonista na construção dos saberes e práticas do cotidiano dos serviços. O que salienta o desafio das políticas de saúde mental em orientar a produção do cuidado com horizonte no desenvolvimento do usuário enquanto produtor de subjetividade e sujeito de direitos. Estas

considerações são manifestadas a partir da vivência do usuário, que relata seu desejo de igualdade diante do preconceito social.

Vou ser bem sincero contigo. Eu gostaria que me tratasse como uma pessoa humana, e não me chamasse de louco! Só isso que eu queria, só isso e mais nada! Te digo sinceramente, de coração e ia me sentir bem, ser tratado como uma pessoa normal. As pessoas têm medo, tem muito preconceito com o doente mental. O que machuca muito é o seguinte: eu sair para fazer uma caminhada, e eles falam: “aí vai o louco”, “voltou o louco”. Essa palavra machuca muito! A sociedade não quer aceitar a pessoa, a sociedade é muito ingrata, esse que é o problema, muito preconceito! E isso adoce mais as pessoas, porque você sabe a pessoa que é doente mental, ela precisa muito de carinho, entendeu? (UB7)

A visão da família

A Declaração de Caracas e as reformas psiquiátricas propõem a desinstitucionalização do sujeito em sofrimento mental, à medida que orientam o desenvolvimento de políticas para a estruturação de uma rede de serviços comunitários, com objetivo de atender os usuários que eram assistidos no modelo asilar. Deste modo, o cenário das políticas de saúde mental é marcado pela transição gradual do modelo hospitalocêntrico para o modelo comunitário, fundando a atenção psicossocial que visa promover a cidadania das pessoas com sofrimento psíquico, localizando sua assistência junto ao território ²⁰.

Todavia, no território investigado, percebe-se que a reestruturação da atenção psicossocial se dá em graus diferentes de adesão, deixando lacunas na assistência em saúde mental. Seguindo esta vertente, revelamos as histórias de dois usuários que suscitam à reflexão acerca do afastamento do Estado na garantia de políticas públicas e sobre a violação dos direitos humanos.

O usuário UA1 é o segundo dos quinze filhos que sua mãe teve, sendo que um foi assassinado aos 17 anos por roubo e sete são natimortos. Aos 11 meses perdeu o pai, ficando somente sob os cuidados da mãe. Passou a infância nas ruas da comunidade onde morava, estudou até o ensino fundamental, mais tarde, na adolescência, veio a usar drogas e muitas vezes andava pelas ruas sem roupa. Aos 21 anos tentou suicídio esfaqueando-se no peito, passando desde então por duas internações psiquiátricas, das quais fugiu, e na última fuga, foi atropelado e teve as pernas quebradas. Hoje com 35 anos, mora nos fundos da casa da mãe,

em um casebre de madeira com uma janela e porta pequenas, ambas pregadas para impedir sua saída. Para conversar, sentamos (eu e sua mãe) em banquinhos de madeira na sombra de uma árvore e pergunto: será que seu filho viria aqui sentar conosco? Sua mãe relata que seria perigoso e sugere para que eu converse com ele pela “janelinha” e adverte para não me aproximar porque *“el pode te agarrar” (UA/F1)*.

Diante da situação crítica, pergunto: seu filho fica sempre fechado? *“Fica, porque ele avança e ele tá sem injeção” (UA/F1)*. Sigo perguntando: em algum momento ele sai da “casinha”? Novamente ela me responde: *“Quando ele quer sair, ele quebra, ele arrebenta as paredes” (UA/F1)*. Peço: desde quando ele está ali dentro, fechado? *“Faz dias que ele tá ali, porque pra soltar ele, ele sai nas estradas e avanças nos outros, numa criança, e daí como eu vou soltar o piá assim? Pra sair e avançar nos outros” (UA/F1)*.

Pergunto: quem fez a “casinha”? A mãe responde que foi a prefeitura. Continuo: o que tem lá dentro? *“Mas não tem nada e ele caga e mijá na roupa. Agora ele só faz caca” (UA/F1)*. Interrogo: como ele dorme? Ele tem uma cama? Sua mãe responde: *“ele não tem, ele quebra, vizinha, não adianta por cama, ele tá no piso. O colchão ele rasgou tudo, tá tudo espalhado por aí. Ele rasga a roupa, ele tira rasga tudo, diz nome feio pra nós, diz égua, veia suja, veia puta, ele diz o que vem na boca, aprendeu falar qualquer maroteza. Não sei se é por falta de mente ou os comparsas lá, porque ele vivia saindo no povo, nunca me obedeceu, coitado se criou sem pai” (UA/F1)*. Sobre a alimentação, sua mãe relata que seu filho come em potes, justificando que *“prato de vidro ele se corta, ele se machuca, garfo não dá pra dar. É só num pote e a colher ele quebra tudo, ele amaça, ele come e finca no piso. De certo é uma coisa mesmo, algo que ele tem, que ele quebra tudo” (UA/F1)*. Relata ainda que seu filho, há muitos dias não toma banho, que anteriormente tomava com ajuda do seu irmão, que foi embora para trabalhar *“o meu piá dava banho nele quando ele tava, mas ele saiu. Agora ele fica ali, coitado” (referindo-se ao filho trancado) (UA/F1)*.

Em relação à busca de tratamentos, sua mãe relata incompreensão quanto à situação de seu filho e dificuldades na continuidade do cuidado.

Não disseram nada! (Referindo-se à consulta). *Nós fomos e esperamos o médico, daí ele só olhou pra el e deu uma receita para os homens que foram juntos, pra fazer injeção, pra ele ficar calmo. Daí foi feita uma ou duas vezes só e daí pararam de vim. Não veio a injeção e nem doutor nenhum pra ver ele, nada. Daí ele fica assim, tem dias que ele chacoalha tudo a casa, até essa minha casa aqui, fizeram muito perto, deveriam ter mandado fazer mais ali (mostra um lugar mais afastado de sua casa) (UA/F1)*.

Em seguida, sua mãe fala sobre a necessidade da medicação “*Quando ele faz a injeção ele fica calmo, senão ele é alterado, quer derrubar a parede, quer quebrar a ventana. Ontem ele quebrou tudo aquela ventana de lá, de noite eu tive que pregar um pau de atravessado. Mas umas horas que ele resolve, ele quebra, não sei que força que ele tem*” (UA/F1).

Ao finalizar o diálogo com a mãe, me dirijo até o casebre onde UA1 se encontra, por meio de uma janelinha de madeira tento estabelecer um diálogo, no entanto o usuário apresenta conversa desconexa e desorganizada. De dentro do seu cômodo é possível sentir o mau cheiro de urina, visualizo um colchão picado sujo de fezes e potes num canto, os quais são utilizados para sua alimentação. Ao me despedir e agradecer os minutos de atenção, a mãe do usuário pede: “*vizinha, será que eles vão vir fazer a injeção?*” (UA/F1). Digo que não sei responder, assim ela revela: “*Eu queria era mais internar ele, se tivesse como coloca numa casa, não sei, de recuperação, pra ver se recupera ou se é da mente dele, o que pode ser?*” (UA/F1).

Outra vivência é de UA2 de 37 anos, internado duas vezes em hospital psiquiátrico, do qual fugiu, relatando maus-tratos e negligência dentro do hospital. Atualmente, mora num cômodo de madeira próximo à casa da mãe.

Para realizar a entrevista, foram necessárias duas visitas à casa do usuário. Na primeira não encontramos os familiares em casa, porém o usuário estava dentro do seu cômodo impedido de sair, pois a porta estava fechada com uma corrente e cadeado. Nessa ocasião conversamos através da parede de madeira, e ele falou que sua mãe não estava, havia ido ao “*povo*” pagar algumas contas e que retornaria à “*tardinha*”. Nesse momento, era em torno de 9h da manhã.

No dia seguinte, acompanhada de trabalhadores de saúde, que iriam fazer a “*medicação de depósito*” (Decanoato de Zuclopentixol - antipsicótico injetável), conversamos com sua mãe. Expus o motivo pelo qual estava ali, e nesse momento, sua mãe se dirigiu ao cômodo e abriu a porta para que UA2 pudesse se sentar junto a nós.

Sua mãe ainda relata que UA2 permanece “*cerrado*” (UA/F2) somente quando está em “*crise*” (UA/F2) e que permanece fechado até melhorar. Relata que no seu cômodo tem uma cama de solteiro, um recipiente onde pode urinar e defecar e justifica que mantém seu filho morando fora de sua residência por sentir medo, porque houve momentos em que UA2 foi agressivo e explica que se deixar “*solto*” (UA/F2) seu filho sai pelas ruas.

Se acosta lá, dorme lá. É porque é perigoso golpear nós, lastimar. Eu tenho medo e é perigoso. Uma vez me lastimo a minha pança, me corto. Ele não vê, um dia que ele tava com uma cochilla, ele queria me fincar a cochilla (faca), e daí meu esposo pulou e eu gritei pra ele (UA/F2).

Pergunto para o usuário e sua mãe, que compreensões eles têm sobre o sofrimento psíquico, e sua mãe responde:

Começou a dar ataque na cabeça, não vê nada, quando vê cai e daí facilita, se lastima tudo e daí tem que cerrar na casa. Ele se bate ou se sai correr pelo “camino”. E daí é perigoso os autos. Nós falemo com la policía, e eles disseram: pode cerrar! E daí nós atendemos ele, porque se solta ele sai pelos caminhos e tem os auto (UA/F2).

Assim me dirijo ao usuário, e pergunto: como é viver assim? Fechado? E ele me responde: *é complicado! (UA2)* seguindo pela resposta da mãe.

Bom não é?! Pra mim também é complicado. Imagina se não é complicado, eu tenho que estar atendendo e tô arriscando ele me machucar, de golpe, pega isso nele. Eu tô levando em salud mental no outro município, tá fazendo tratamento. E eu tenho bolsadas de medicamento (UA/F2)

Reitera ainda que sua maior dificuldade é a locomoção com o usuário para as consultas em outros municípios, marcadas a cada três meses. Desta maneira, solicita ajuda da polícia para auxiliá-la no transporte.

Quando tem que levar ele, aí tem que falar com a policía pra me ajudar, porque eu tenho medo de me lastimar. Às vezes, eu levo de auto, mas tenho medo. Quantas vezes deu ataque no caminho e eu tenho que pedir socorro pra policía pra levar. Quando ele tá bom a gente vem de coletivo, mas se não tá bueno tem que pedir ajuda. Quantas vezes eu vim até uma altura do caminho e tem que volver de novo no hospital porque ele desmaiava, dava ataque, aí queriam me tirar do ônibus, e eu dizia: - Então me jogue que eu vou ir falar com a policía. Vocês pensam que eu sou um “perro”, que me jogam no camino (UA/F2).

Em relação às internações psiquiátricas, o usuário menciona ter sido internado duas vezes, em ambas fugiu, conta ter caminhado três dias até chegar na sua cidade.

La policia me levou e largou lá e eu escapei de lá (referindo-se ao hospital psiquiátrico). Porque louco fica no sol, fica sentado, só fica lá. Porque eles pensam “se a pessoa é louca, que deixe!” Eles só cerram e deixam (UA2).

Ao final, agradei a atenção, o trabalhador de saúde e o usuário dirigiram-se ao cômodo de madeira para fazer a injeção. No retorno, lembro que deixei um objeto no local da entrevista. Ao chegar, peço: onde está o UA2? Sua mãe relata que *“fue se acostar na sua casa”*. Olho para sua casa, está novamente fechada com correntes e cadeado.

São notórios os avanços que aconteceram nas políticas de saúde mental, no que tange as normativas para mudanças do modelo assistencial asilar. Contudo, a desospitalização sem as condições necessárias para viabilizar uma proposta de ressocialização/reabilitação, reflete de forma negativa sobre as famílias e os usuários²⁰, uma vez que as narrativas se encaminham novamente para racionalidade que instauram o cuidado por meio da exclusão, isolamento, vigilância, controle, submissão e domesticação.

Torna-se urgente um maior comprometimento nos provimentos do cuidado em base territorial, como forma de apoio e de fortalecimento das famílias, dado que a ausência da política gera desassistência e abandono, promovendo e reproduzindo um processo permanente de cronificação e sofrimento humano.

Considerações finais

Hoje, 30 anos depois da Declaração de Caracas, verifica-se que o processo de reestruturação da atenção psicossocial na região da fronteira internacional Brasil – Argentina, acontece de forma bastante heterogênea e não integrada, marcada por contradições, desassistência, tensões e muitos desafios, principalmente no que se refere à produção do cuidado que possibilite o desenvolvimento e melhora do usuário.

No campo de estudos, encontra-se usuários inseridos em serviços de base comunitária, os quais relatam maior satisfação e melhora de saúde. Nesse contexto, os desafios residem na promoção do protagonismo e autonomia, elevando o status de sujeitos de cuidado para sujeitos de direito. No entanto, observamos desde 2016 mudanças no direcionamento da política de saúde mental brasileira, a qual traz em especial duas medidas que alteram o curso do trabalho que estava sendo realizado, sendo eles, a ampliação do financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias e a redução do cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sob a justificativa da ineficiência da rede comunitária. Tais condutas são fortes críticas pelo corpo

de especialista em saúde mental, o qual defende o fortalecimento da rede com base comunitária.

Já outro grupo de usuários sofre com a desassistência, abandonados à própria sorte. Sofrem ainda com a noção de periculosidade, dando manutenção a estigmas que promovem o cronificação e sofrimento.

Sabe-se que as reflexões sobre a cidadania têm um significado especial quando se fala em saúde mental, pois estar em sofrimento psíquico, historicamente, representa um obstáculo para o exercício de direitos. E aí mora o grande desafio!

Assim, espera-se que a reforma psiquiátrica represente dentro da sociedade, muito além de novas estruturas de cuidado, um movimento de resgate da cidadania, respeitando a experiência do sujeito, não encerrando a ação em saúde mental visando o controle ou cura de sintomas.

Referências Bibliográficas

¹Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS): **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.

²BRASIL. Ministério da Saúde 2001. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília, DF, 2001.

³ARGENTINA. Ministerio de la Salud y Desarrollo Social, **Ley Nacional de Salud Mental, nº 26.557**, p. 109, 603/2013.

⁴FERREIRA, T. P. S. et al. Produção do cuidado em saúde mental: os desafios para além dos muros institucionais. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 373-384, June 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200373&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.

⁵ALVES, P. C. Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2249-2250, Sept. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 fev. 2020.

⁶MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

⁷BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012.

- ⁸BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 580/18**. Disponível em: <<http://conse-lho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>>. Acesso em 26 abril 2019.
- ⁹FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva; 1978.
- ¹⁰AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ¹¹BOSCH, H. **A extração da pedra da loucura**. 1475-1480. 1 original de arte, óleo sobre madeira, 48 cm x 35 cm.
- ¹²SAMPAIO, JJC. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 133 p. ISBN 85- 85676-48-5. Disponível em: SciELO Books. <http://books.scielo.org>. Acesso em 09 fev. 2020.
- ¹³ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 127-131, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 jan. 2020.
- ¹⁴BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- ¹⁵GOULART, D. M. **Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental**. 2013. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- ¹⁶AMARANTE, P.; FREITAS, F. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.
- ¹⁷BEZERRA, I. C. et al. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100061&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 jan. 2020.
- ¹⁸COSTA, D. F.C.; PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 572-582, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.
- ¹⁹GIOVANELLA, L; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- ²⁰SILVA, E.; ROSA, L. C. S. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200252&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 jan. 2020.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje, 30 anos após a Declaração de Caracas, verifica-se que o processo de reestruturação da assistência psicossocial na região de fronteira internacional Brasil – Argentina, se dá de forma bastante heterogênea e não integrada, sendo marcada por contradições, impasses, tensões e muitos desafios.

Ao analisar a rede de serviços de saúde e compreender sua operacionalização no território, encontramos um processo decrescente que vai desde a dificuldade da articulação entre os serviços até a sua ausência. Observaram-se muitos desafios e uma série de impasses e contradições que fragilizam o cuidado em saúde mental, produzindo a desassistência ou terapêuticas equivalentes às praticadas no manicômio.

Verifica-se, a partir dos discursos dos trabalhadores brasileiros, que seus municípios apresentam uma organização mais satisfatória quanto à estruturação da Atenção Primária e de serviços substitutivos de base territorial. No entanto, seu desafio é articular a rede, aprimorar os processos qualitativos do trabalho de acordo com propósitos da reforma psiquiátrica. Já o município argentino, mesmo apresentando em seus planos os valores de equidade, integralidade da saúde, construção de direito e cidadania, carece de estratégias e serviços de cuidado que promovam a saúde mental, possíveis reflexos de ingerências e subfinanciamento da política de saúde mental.

O território da fronteira Brasil – Argentina mostrou-se muitas vezes negado enquanto espaço de vida, de subjetividade, e assim produtor de saúde mental, pois, na compreensão da atenção psicossocial o território é interpretado como potência, pois ali a vida acontece, há forças vivas, relações entre pessoas, cultura, trabalho, etc., e esses saberes existentes no território devem ser incorporados à prática, contrariando o saber psiquiátrico que buscava o isolamento enquanto terapêutica.

Também se revela nesse território o grande desafio das fronteiras internacionais no que se refere à saúde, o de promover a integração dos seus sistemas. Ressalta-se que os municípios deste estudo buscam prestar um cuidado contínuo, humanizado e adequado à população fronteiriça, todavia há necessidade do avanço das políticas públicas nesses espaços, no intuito de incorporar sua complexidade, com vistas na promoção e desenvolvimento da

comunidade fronteiriça. Evidencia-se que na área abordada não há ações integrativas entre os países com intenção de promover a saúde mental da população.

Quanto a produção do cuidado em saúde mental, a partir da percepção dos trabalhadores de saúde, constata-se que as práticas de cuidado ainda exigem aperfeiçoamento. Nos municípios brasileiros, é notório os reflexos do avanço das políticas públicas, dada a existência de serviço substitutivo e de possibilidades de produção do cuidado com olhar para o desenvolvimento do usuário. Contudo, há a necessidade de fortalecer o trabalho para impulsionar o protagonismo e autonomia dos usuários, pois averigua-se a prevalência de práticas e concepções pautadas no campo individual da psicopatologia, fomentando intervenções centradas na medicalização, em detrimento do campo social, político, econômico e cultural, nos quais os usuários estão imersos.

Quanto as percepções dos usuários inseridos em serviços de base comunitária, percebe-se maior satisfação e melhora de saúde. Já outro grupo de usuários sofrem com a desassistência e abandono, tornando presente a noção de periculosidade e destituição dos direitos humanos. Sabe-se que as reflexões sobre a cidadania têm um significado especial quando se fala em saúde mental, pois estar em sofrimento psíquico, historicamente, representa um obstáculo para o exercício de direitos. E aí mora o grande desafio!

Assim, evidencia-se que além de um novo modelo de assistência, é impreterível o provimento e efetivação das políticas públicas de saúde mental, assim como um olhar atento dos trabalhadores para com os usuários e a sociedade, uma vez que a ausência de estratégias nesse campo interfere fortemente na forma como se produz o cuidado.

Assim, reconhecemos o passo importante já dado no que tange as normativas e construção das estruturas comunitária substitutiva ao hospital psiquiátrico, no entanto, espera-se que a reforma psiquiátrica represente dentro da sociedade uma mudança ideológica e ética, que respeite a experiência singular do sujeito, promovendo a cidadania e favorecendo seu desenvolvimento junto à comunidade.

REFERÊNCIAS

AGONIGI, R. C. et al. A produção do cuidado no cotidiano das Equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** [Online]. 2018, vol.71, suppl.6 [citado 2020-01-19], pp.2659-2665. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202659&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A. reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 127-131, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 jan. 2020.

ALVES, P. C. Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2249-2250, Sept. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 fev. 2020.

AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; FREITAS, F. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

AMARANTE, P.; GULJOR, A. P. Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Construção Social da demanda: direitos à saúde, trabalho de equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO, P. 65-77, 2005.

ANGNES, J. S. et al. Consórcio Intermunicipal da Fronteira (CIF): descrevendo as principais ações voltadas ao desenvolvimento regional a partir da perspectiva do poder público municipal. **Rev. Adm. Pública** [online]. 2013, vol.47, n.5 [cited 2020-01-19], pp.1165-1188. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.

ARGENTINA. Ministerio de la Salud y Desarrollo Social. **Ley Nacional de Salud Mental, n° 26.557**, p. 109, 603/2013.

_____. Ministerio de la Salud y Desarrollo Social. **Plan Nacional de Salud Mental, nº 26.657**. Outubro de 2013, p. 60.

_____. Ministerio de la Salud y Desarrollo Social. **Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental**, 2018.

ASTORGA, J. I. **Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai: 2001-2002**. ASTORGA, et al. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília: 2004.

AUGBURGER A. et al. D. Salud mental y atención primaria, accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado em centros de salud. Argentina. **Salud. Pública**. V.2, N.9, P.24-29, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_docman&view=download&alias=363-beca-2010-gerlero-ausburger-duarte-2010&category_slug=becas&Itemid=624 Acesso em: 23 de jan. 2020.

BEZERRA JR, B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org.). **Saúde e sociedade no Brasil dos anos 80**. Rio de Janeiro (RJ): Relume - Dumará; 1994.

BEZERRA, B. A Clínica e a reabilitação psicossocial. In: **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2.ed. São Paulo: UCITEC, 2001.

BEZERRA, I. C. et al. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100061&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 jan. 2020.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2008, vol.28, n.3 [citado 2020-01-19], pp.632-645. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 fev. 2020.

BIANQUIN, A. H. As políticas de saúde na América Latina a partir da década de 90: Um comparativo entre os sistemas de saúde argentino e brasileiro. **Rev. Sociais e Humanas**, Santa Maria, Rio Grande do Sul, V. 21, n.º 01. P. 53-66, jan/jun 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/772>. Acesso em 11 fev. 2020.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutória sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JR. B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estado da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992. p. 71-90.

BIRMAN J.; COSTA J. F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2015.

BOSCH, H. **A extração da pedra da loucura**. 1475-1480. 1 original de arte, óleo sobre madeira, 48 cm x 35 cm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 580/18.** Disponível em: < <http://conse-lho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>> Acesso em abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde 2001. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001.** Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº GM 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 256, de 11 março de 2013.** Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Cultura (MinC). **Loucos pela Diversidade – da diversidade da loucura à identidade da cultura.** Relatório Final. Rio de Janeiro: MinC, Fiocruz; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2007, 85p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF, 2005.

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

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12.** Informativo eletrônico, Brasília, DF, 2014. (Acesso em 26/04/2019).

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Brasília, DF, 2019. Acesso em 02 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde,**

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015

_____. Ministério da Integração. **Proposta de reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira: bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira.** Brasília: Secretaria de Programas Regionais. Ministério da Integração Nacional, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005

BRASIL, PARANÁ E BARRAÇÃO. **Plano Municipal de Barracão 2018 – 2021.** Secretaria Municipal de Saúde de Barracão – PR, 2018.

_____. **Relatório Anual NASF 1 Barracão.** Secretaria Municipal de Saúde de Barracão – PR, 2018.

BRASIL, SANTA CATARINA E DIONÍSIO CERQUEIRA. **Plano Municipal de Dionísio Cerqueira 2017 – 2021.** Secretaria Municipal de Saúde de Dionísio Cerqueira – SC, 2018.

_____. **Projeto Implantação CAPS I Tri-Fronteira: CAPS de Dionísio Cerqueira e Barracão e Bernardo Irigoyen.** Secretaria Municipal de Saúde de Dionísio Cerqueira – SC, 2006. p. 21.

BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.

CAMARGO, J. C.; PREUSS, L. T. Saúde Mental no Brasil e Argentina: Algumas Aproximações. In: II Simpósio Internacional em Ciências Sociais e Aplicadas. UEPG. Ponta Grossa, 2017. Disponível em: <https://sites.uepg.br/simposiocsa/docs/gt4/027.pdf>. Acesso em 27 dez. 2019.

CARAVACA, N. A política de saúde da Argentina: um aporte histórico para sua caracterização e problematização. In: Seminário Nacional de Serviço Social. UFSC. Santa Catarina, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180866/Eixo_3_287.pdf?sequence=1. Acesso em 27 dez. 2019.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CHIAVAGATTI, F. G. et al. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-17, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.

CHIARVETTI, S. La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. **Revista Argentina de Clínica Psicológica** [en línea] 2008, XVII (Sin mes): [Fecha de consulta: 27 de abril de 2019. Disponible en: <<http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=281921780012>> ISSN 0327-6716

COSTA, D. F.C.; PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 572-582, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.

DELGAGO, P. **Projeto de Lei 3.657/89**. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989.

_____. **Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. Rio de Janeiro: Tê Cora, 1987.

_____. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0020241, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200200&lng=en&nrm=iso>. access on 04 July 2020. Epub May 06, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1999.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental, Barbacena**, v. 4, n. 6, p. 69-82, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 fev. 2020.

FARIA, R.M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da Saúde no Brasil. **Rev. Raega - O Espaço Geográfico em Análise**. 2009; 17:31-41

FEITOSA, K. M. A. et al. (Re)construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. **Psicol. teor. prá.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 40-54, abr. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.

FERRARI, M. **Interações transfronteiriças na zona de fronteira Brasil-Argentina: o extremo oeste de Santa Catarina e Paraná e a província de Misiones (século XX e XIX)**. Tese (doutorado) — Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2011

_____. **Conflitos e Povoamento na Fronteira Brasil-Argentina: Dionísio Cerqueira (SC), Barracão (PR) e Bernardo de Irigoyen (Misiones)**. Florianópolis (SC): Editora UFSC, 2010. P:322.

FERREIRA, T. P. S. et al. Produção do cuidado em saúde mental: os desafios para além dos muros institucionais. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 373-384, June 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200373&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.

FIGUEIRO, R. A.; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 431-446, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922010000800015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2020.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. GIOVANELLA, L. (Org.). 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. Ed. São Paulo: Perspectiva; 1978. 551p.

_____. **Doença mental e psicologia**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1994.

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. Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S251-S266, 2007. **Cad. Saúde Pública**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 de fev. 2020.

GIOVANELLA, L; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

GOULART, D. M. **Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental**. 2013. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

GULJOT, A. P. et al. **Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica nº 11/2019**. 2019. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/lagir/2019/02/24/nota-de-avaliacao-critica-da-nota-tecnica-112019-esclarecimentos-sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-na-politica-nacional-sobre-drogas/>. Acesso em 11 de fev. 2020.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n.6, p 35-45, nov/dez 2000.

KEITEL, L. **Da doença mental ao sofrimento psíquico: sentidos da “loucura” na clínica da atenção psicossocial**. 2018. Tese (Doutorado em Ciências Humanas). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2018.

KUSCHNIR, R. Coordenação assistencial: enfrentando a fragmentação na produção do cuidado. In: KUSCHNIR, R. (Org.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde – 2** – Rio de Janeiro: EAD/ ENSP. 2015.

MACHADO, L. O. Limites e fronteiras: da alta diplomacia aos circuitos da ilegalidade. **Revista Território**. Rio de Janeiro, v. 8, 2000. Disponível em: <http://unbral.nuvem.ufrgs.br/base/items/show/1370>. Acesso em 10 de fev. 2020.

MARAZINA, I. V. **A saúde mental pública na América Latina: Estudo Comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil**. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2011.

MARCA, L. A. **Atenção à Saúde Mental na Região da Fronteira do Brasil com o Paraguai: políticas, redes de atenção e percepção dos profissionais e gestores**. 2007. 187

p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social – Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, 2007.

MENICUCCI, T. G. **Federalismo e Política de Saúde na Argentina e no Brasil**. In: 9º Congresso Latinoamericano de Ciência Política, organizado pela Associação Latino-americana de Ciência Política (ALACIP). Montevideú, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf. Acesso em 01 mar. 2019.

Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. **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

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, Apr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 fev. 2020.

RAMOS, D. R.; GUIMARAES, J.; ENDERS, B. C. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 37, p. 519-527, jun. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 dez. 2019.

REIS, S.; MENESES, S. Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o Nasf-AB. **Revista CEBES**, 2020. Disponível em <http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>. Acesso em 05 jul. 2020.

RESENDE, A. C. **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SAMPAIO, JJC. **Epidemiologia da imprecisão**: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 133 p. ISBN 85-85676-48-5. Disponível em: SciELO Books. <http://books.scielo.org>. Acesso em 09 fev. 2020.

SILVA, A. B. PINHO, L. B. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo social. Rev. **Enferm, UERJ**. Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):420-4. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a21.pdf>. Acesso em 12 dez. 2019.

SILVA, A. R. F. **Perspectivas das políticas territoriais na faixa de fronteira internacional da Amazônia Oriental brasileira: estados do Pará e do Amapá**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Belém, 2011.

SILVA, E.; ROSA, L. C. S. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200252&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 jan. 2020.

SILVA, L. C. L. O lugar dos hospitais psiquiátrico no município de São Paulo frente ao processo de reestruturação do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil pela voz dos trabalhadores [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M. et al (Org.). **Território: Globalização e Fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 5 ed. P. 15-20, 2001.

_____. **Metamorfoses do espaço habitado fundamentos teórico e metodológico da geografia**. Hucitec: São Paulo, 1988.

SCHNEIDER, A. R. S. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v.2, n. 2, p. 78-84, jul/dez. 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4843>> Acesso em 10 fev. 2019.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro, 1999.

TENÓRIO, F. Conhecer para cuidar: o primeiro censo da população de internos nos hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro. **Cadernos Ipub**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 197-223, 1999.

TEIXEIRA S. M. F et al. (coord.). Antecedentes da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro. **Textos de Apoio**, Pec/Ensp, 1988.

TUNDIS, S.; COSTA, N. (Org.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2000.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

ZANARDO, G. L.P et al. Dispositivos e conexões da rede de atenção psicossocial (RAPS) de Porto Alegre - RS. Est. **Inter. Psicol.**, Londrina, v. 9, n. 3, p. 80-101, set. 2018. Disponível

em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 dez. 2019.

BIANQUIN, A. H. As políticas de saúde na América Latina a partir da década de 90: Um comparativo entre os sistemas de saúde argentino e brasileiro. **Rev. Sociais e Humanas**, Santa Maria, Rio Grande do Sul, V. 21, n.º 01. P. 53-66, jan/jun 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/772>. Acesso em 11 fev. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Versão Português

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE – CELS
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO - TCLE

Título do Projeto: Políticas de saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina: Os desafios na produção de cuidado em saúde mental.

Pesquisadores: Mestranda Carla da Rocha e Prof.^a Dr.^a Manoela de Carvalho

Telefone para contato: (49) 9.9183.0357

E-mail: carlarocha@unochapeco.edu.br

Convidamos você para participar desta pesquisa com o objetivo analisar o processo de reestruturação da atenção em saúde mental na região de fronteira internacional Brasil – Argentina, a partir dos municípios de Dionísio Cerqueira (SC), Barracão (PR) e Bernardo de Irigoyen (Misiones – Argentina).

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, com abordagem qualitativa. A coleta de dados será através de entrevista com roteiro semiestruturado, por meio de gravação em áudio e posteriormente transcrita, a fim de viabilizar a análise dos dados.

Não serão divulgados nomes dos participantes em relatórios de pesquisa, publicações, artigos científicos ou eventos. O participante poderá recusar-se a colaborar com esse estudo

em qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou sanção. Não estão previstos gastos ou remuneração de qualquer valor para participar deste estudo. Durante a execução da entrevista, caso o participante sinta desconforto ou não se sinta bem de saúde, será acionado o SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência).

A intenção deste estudo é aprofundar os conhecimentos a respeito da temática da saúde mental em região de fronteira, a fim de fomentar reflexões e favorecer a construção da política de saúde mental considerando as peculiaridades que envolvem o território fronteiriço.

O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com o participante da pesquisa e outra arquivada com os pesquisadores. Em caso de dúvidas, o participante poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (49) 9.9183.0357 (Carla da Rocha), ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE pelo telefone (45) 3220-3272.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar desta pesquisa.

Assinatura do Participante

Eu, **Carla da Rocha**, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Carla da Rocha

Pesquisador

Dionísio Cerqueira (SC), ____ de _____ de _____.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Versão Espanhol

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE – CELS
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: **Políticas de salud mental en la región fronteriza internacional Brasil - Argentina: los desafíos en la producción de atención de salud mental.**

Investigadores: Estudiante de maestría Carla da Rocha y Prof.^a Dra. Manoela de Carvalho

Teléfono de contacto: (49) 9.9183.0357

Correo electrónico: carlarocha@unochapeco.edu.br

Lo invitamos a participar en esta investigación para analizar el proceso de reestructuración de la atención de salud mental en la región fronteriza internacional Brasil - Argentina, de los municipios de Dionísio Cerqueira (SC), Barracão (PR) y Bernardo de Irigoyen (Misiones - Argentina)

Es un estudio descriptivo-analítico, con enfoque cualitativo. La recopilación de datos se realizará a través de una entrevista con un guión semiestructurado, mediante grabación de audio y luego transcrita, para facilitar el análisis de los datos.

Los nombres de los participantes no se divulgarán en informes de investigación, publicaciones, artículos científicos o eventos. El participante puede negarse a colaborar con este estudio en cualquier momento, sin pérdida ni penalización. No se prevén gastos ni remuneraciones de ningún tipo para participar en este estudio. Durante la ejecución de la entrevista, si el participante siente molestias o no se siente bien, se activará SAMU (Servicio de Asistencia Médica de Emergencia).

La intención de este estudio es profundizar el conocimiento sobre el tema de la salud mental en la región fronteriza, con el fin de fomentar las reflexiones y favorecer la construcción de la política de salud mental teniendo en cuenta las peculiaridades que rodean el territorio fronterizo.

El término actual se firmará en dos copias, una con el participante de la investigación y la otra con los investigadores. En caso de dudas, el participante puede contactar al investigador por teléfono (49) 9.9183.0357 (Carla da Rocha), o por el Comité de Ética de Investigación (CEP) de la Universidad Estatal de Paraná Occidental - UNIOESTE por teléfono (45) 3220-3272.

Declaro estar al tanto de lo anterior y deseo participar en esta investigación.

Firma del participante

Yo, **Carla da Rocha**, declaro que he proporcionado toda la información del proyecto al participante y / o parte responsable.

Carla da Rocha
Investigador

Dionísio Cerqueira (SC), _____ de _____ de _____.

APÊNDICE C – Instrumento para Coleta de Dados – Entrevista Semiestruturada para Equipes de Saúde

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Entrevista Semiestruturada para Equipes de Saúde³⁵

Data: ____/____/____.

Serviço de Saúde - Município: _____.

Profissionais entrevistados: _____.

Questões norteadoras:

- 1) Quais profissionais atuam na atenção à saúde mental? (Formação; quanto tempo de atuação)
- 2) Como os usuários chegam ao serviço? (Acesso: Porta-aberta, encaminhamento de quais territórios ou municípios)
- 3) Qual (is) atendimentos e/ou tratamento em saúde mental é ofertado pelo serviço?
- 4) Qual o papel do hospital psiquiátrico na rede de atenção à saúde mental?
- 5) Em que momento a equipe entende que é necessária a internação psiquiátrica? Como é realizado esse encaminhamento?
- 6) Quais são os hospitais referência de internação psiquiátrica?
- 7) Quando o usuário retorna da internação psiquiátrica, quais intervenções ou procedimentos são realizados junto a esse usuário e/ou sua família?
- 8) Como é realizado o processo de alta do serviço?
- 9) Como são realizados os encaminhamentos para outros serviços da rede de saúde?
- 10) Quais outros serviços oferecem atendimento em saúde mental na rede de saúde?
- 11) Quais estratégias ou ações são desenvolvidas junto à rede de saúde?
- 12) São realizadas ações referentes à saúde mental junto à comunidade?

³⁵ CAPS – Dionísio Cerqueira (SC), NASF 1 – Barracão (PR) e HPA - Bernardo de Irigoyen (Misiones – AR).

- 13) O serviço possui dados quantitativos referentes à demanda atendida em saúde mental? (Número de atendimentos, categorização por diagnóstico, territorialização dos usuários, número de internações psiquiátricas, distribuição de medicamentos psicotrópicos).
- 14) Há conhecimento sobre os investimentos em saúde mental no município?
- 15) São realizadas capacitações em saúde mental?
- 16) Quais as dificuldades enfrentadas no cotidiano da prestação de serviço em saúde mental?
- 17) Quais as possibilidades vislumbradas para uma melhor atuação?
- 18) O que se compreende por saúde mental?
- 19) Como é visto o usuário de serviços de saúde mental?
- 20) Quais compreensões têm-se a respeito da Política de Saúde mental?
- 21) Há procura de estrangeiros pelo serviço de saúde mental?
- 22) Há interferência na saúde mental da população local na região de fronteira? (Contrabando, desemprego, pobreza, diversidade cultural, fluxos de pessoas e outros)

APÊNDICE D – Instrumento para Coleta de Dados – Entrevista Semiestruturada para Usuário

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Entrevistas Semiestruturada para o Usuário

Data: ___/___/____.

Identificação: (UA1, UB2...UA/F1. UB/F2)

Idade: _____ **Sexo:** F () M ()

Município/serviço de saúde: _____

Nacionalidade: _____ **Religião:** _____

Estado Civil: Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado ()

Outro _____

Filhos: () Não () Sim, quantos? _____

Escolaridade: _____

Profissão/ocupação: _____

Atualmente está trabalhando? Renda: _____

() Sim - () Formal () Informal () Autônomo

() Não Há quanto tempo? _____

BPC () Auxílio Doença () Aposentadoria por Invalidez () Sim () Não

Questões norteadoras:

- 1) Como você compreende o seu sofrimento psíquico?
- 2) O que lhe vem à mente quando pensa na palavra loucura?
- 3) Quais atendimentos em saúde mental você já recebeu?
- 4) Por quais profissionais de saúde mental você já foi atendido?
- 5) Quais as dificuldades que você encontra para realizar o seu tratamento?

- 6) Quais os benefícios que você identifica no seu tratamento?
- 7) Como você acha que deveria ser o tratamento para a sua enfermidade?
- 8) O que acha sobre o uso de medicações psicotrópicas?
- 9) O que acha da internação psiquiátrica?
- 10) Já ouviu falar em Reforma Psiquiátrica? O que você sabe sobre isso?
- 11) Hoje, como você observa que a sociedade lida com as pessoas que têm algum sofrimento psíquico?
- 12) Você tem conhecimento sobre a proteção e os direitos que têm as pessoas que são acometidas por algum sofrimento psíquico?

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL EM REGIÃO DE FRONTEIRA: A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO A RESPEITO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DA FRONTEIRA (CIF) - BRASIL E BERNARDO DE IRIGOYEN - ARGENTINA.

Pesquisador: CARLA DA ROCHA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 00990918.2.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.982.981

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa tem como objetivo descrever e analisar como as políticas de saúde mental propostas pela Reforma Psiquiátrica se inscrevem na região de fronteira, a partir da percepção de seus usuários, ou seja, compreender como tais mudanças de ordem política, ética e ideológica se traduzem no cotidiano dos sujeitos que dela necessitam e por ela são afetadas. Trata-se de um estudo descritivo analítico, com abordagem qualitativa, cuja fundamentação teórico-metodológica será orientada pelo materialismo histórico-dialético. Para tanto, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com questões norteadoras, as quais serão transcritas e analisadas buscando responder aos objetivos deste estudo. Os sujeitos da pesquisa - compreendendo que estes podem ser familiares/cuidadores ou o próprio portador de sofrimento psíquico - serão indicados por profissionais referências em saúde mental dos municípios, obedecendo alguns critérios: 1) que o usuário esteja inserido na rede pública de atendimento a saúde mental do município; 2) se portador de sofrimento psíquico: que este usuário já tenha realizado tratamento em hospital psiquiátrico 2) se portador de sofrimento psíquico: que este usuário não tenha seus direitos civis interditados. O número de participantes não será determinado neste momento, adotaremos o critério de saturação para delimitar a amostragem, ou seja, as entrevistas serão encerradas quando os depoimentos se mostrarem convergentes ou repetitivos, com vistas à análise da percepção do

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.982.981

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1236428.pdf	11/10/2018 18:37:16		Aceito
Folha de Rosto	Folha_CarlaRocha.pdf	11/10/2018 18:36:49	CARLA DA ROCHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	11/10/2018 14:16:08	CARLA DA ROCHA	Aceito
Outros	instrumento_coleta_dados.pdf	11/10/2018 14:07:12	CARLA DA ROCHA	Aceito
Outros	campoestudo_bcao.pdf	11/10/2018 13:47:21	CARLA DA ROCHA	Aceito
Outros	campoestudo_dc.pdf	11/10/2018 13:45:42	CARLA DA ROCHA	Aceito
Outros	campoestudo_bjs.pdf	11/10/2018 13:43:04	CARLA DA ROCHA	Aceito
Outros	Campoestudo_arg.pdf	11/10/2018 13:42:47	CARLA DA ROCHA	Aceito
Outros	termo_compromisso_uso_dados_arquivo.pdf	11/10/2018 13:41:29	CARLA DA ROCHA	Aceito
Outros	coleta_dados.pdf	11/10/2018 13:41:10	CARLA DA ROCHA	Aceito
Outros	Autorizacao_dc.pdf	11/10/2018 13:40:50	CARLA DA ROCHA	Aceito
Outros	Autorizacao_bjs.pdf	11/10/2018 13:40:30	CARLA DA ROCHA	Aceito
Outros	Autorizacao_bcao.pdf	11/10/2018 10:56:13	CARLA DA ROCHA	Aceito
Outros	Autorizacao_arg.pdf	11/10/2018 10:55:35	CARLA DA ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/10/2018 10:39:02	CARLA DA ROCHA	Aceito
Cronograma	Cronograma_pesquisa.pdf	11/10/2018 10:38:49	CARLA DA ROCHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.982.981

CASCAVEL, 25 de Outubro de 2018

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))