



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,  
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITOS  
HUMANOS NA AMÉRICA LATINA**

**SAÚDE MENTAL E AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM REGIÃO DE  
FRONTEIRA: O DESAFIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA GARANTIA DOS  
DIREITOS HUMANOS NO BRASIL, ARGENTINA E PARAGUAI**

**PEDRO HENRIQUE DESIDÉRIO DA SILVA**

Foz do Iguaçu  
2022

**SAÚDE MENTAL E AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM REGIÃO DE FRONTEIRA: O  
DESAFIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS NO  
BRASIL, ARGENTINA E PARAGUAI**

**PEDRO HENRIQUE DESIDÉRIO DA SILVA**

Artigo apresentado ao Instituto Latino-Americano de Arte, Cultura e História da Universidade Federal da Integração Latino-Americana como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Direitos Humanos na América Latina

Orientador: Dr. Anaxsuell Fernando da Silva

PEDRO HENRIQUE DESIDÉRIO DA SILVA

**SAÚDE MENTAL E AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM REGIÃO DE FRONTEIRA: O  
DESAFIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS NO  
BRASIL, ARGENTINA E PARAGUAI**

Artigo apresentado ao Instituto Latino-Americano de Arte, Cultura e História da Universidade Federal da Integração Latino-Americana como requisito parcial para a conclusão do curso de Especialização em Direitos Humanos na América Latina

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dr. Anaxsuell Fernando da Silva  
UNILA

---

Profa. Dra. Juliana Domingues  
(UNILA)

---

Prof. Dr. Marcos Augusto Arcoverde  
(Unioeste)

Foz do Iguaçu, 21 de Setembro de 2022.

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do/a autor/a: PEDRO HENRIQUE DESIDÉRIO DA SILVA

Curso: Especialização em Direitos Humanos na América Latina

	Tipo de Documento
(.....) graduação	(.....) artigo
( X ) especialização	(.....) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais
	(.....)

Título do trabalho acadêmico: SAÚDE MENTAL E AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM REGIÃO DE FRONTEIRA: O DESAFIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS NO BRASIL, ARGENTINA E PARAGUAI.

Nome do orientador(a): Anaxsuell Fernando da Silva

Data da Defesa: 21/09/2022

### Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Responsável

*“Todos somos nuvens”*

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivos o estudo das políticas públicas de saúde mental voltadas à atenção das pessoas que utilizam substâncias psicoativas na região de fronteira, entre Brasil, Argentina e Paraguai, da mesma maneira que, visa entender como as formas de tratamento tem se dado nessas regiões, respeitando os direitos humanos. A justificativa desta pesquisa está na importância do conteúdo de algumas realidades com revêrberos internacionais, onde serão expostas quais os principais instrumentos de cuidado, acolhimento e acompanhamento à pessoas que utilizam substâncias psicoativas, levando em consideração toda a complexidade social, cultural, legislativa, subjetiva e regional, englobada pela tríplice fronteira. Desta forma, foi desenvolvida uma pesquisa orientada e embasada na metodologia de revisão bibliográfica integrativa e documental. Em decorrência da pandemia de covid 19, em 2020, houve aumento significativo no uso de substâncias, opióides, cannabis e cocaína e uma questão fundamental sobre o prognóstico moral das comunidades terapêuticas, envolve a docilização dos corpos através do trabalho, propondo que, sujeitos que utilizam substâncias psicoativas, de modo que o uso interfira negativamente em sua rotina, serão pessoas reconstituídas à sociedade através da realização de trabalho para que, futuramente, possa executar tais atividades em bem a sociedade. O panóptico faz uma rede e é claramente utilizado através do discurso no uso das tecnologias de si, na imposição e prática do poder, impactando a liberdade no trajeto dos sujeitos e mercadorias O que em nome de 'segurança' e saúde cria uma rede de controle, rastreio e cerceamento.

**Palavras-chave:** Saúde mental; Substâncias psicoativas; Políticas públicas; Comunidades terapêuticas; Tríplice fronteira

## RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo estudiar las políticas públicas de salud mental dirigidas a la atención de las personas usuarias de sustancias psicoactivas en la región fronteriza, entre Brasil, Argentina y Paraguay, del mismo modo, pretende comprender cómo se han dado las formas de tratamiento en estas regiones, respetando los derechos humanos. La justificación de esta investigación radica en la importancia del contenido de algunas realidades con reflejos internacionales, donde se expondrán los principales instrumentos de atención, acogida y seguimiento de las personas usuarias de sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta todos los aspectos sociales, culturales, legislativos, subjetivos y complejidad regional, englobada por la triple frontera. De esta manera, se desarrolló una investigación orientada y basada en la metodología de revisión bibliográfica integrativa y documental. A raíz de la pandemia del covid 19, en el año 2020, hubo un incremento significativo en el uso de sustancias, opioides, cannabis y cocaína y una pregunta fundamental sobre el pronóstico moral de las comunidades terapéuticas involucra la docilidad de los cuerpos a través del trabajo, proponiendo que, sujetos usuarios de sustancias psicoactivas, de modo que el uso interfiera negativamente en su rutina, serán personas reconstituidas a la sociedad a través del desempeño del trabajo para que, en el futuro, puedan realizar tales actividades en bien de la sociedad. El panóptico hace red y se utiliza claramente a través del discurso en el uso de tecnologías propias, en la imposición y práctica del poder, incidiendo en la libertad en el camino de sujetos y bienes. Lo que en nombre de la 'seguridad' y la salud crea un red de control, cribado y restricción.

**Palabras clave:** Salud mental; Sustancias psicoactivas; Políticas públicas; comunidades terapéuticas; borde triple

## ABSTRACT

This work aims to study public mental health policies aimed at the care of people who use psychoactive substances in the border region, between Brazil, Argentina and Paraguay, in the same way, it aims to understand how the forms of treatment have been given in these regions, respecting human rights. The justification of this research lies in the importance of the content of some realities with international reflections, where the main instruments of care, reception and monitoring of users of substances will be exposed, taking into account all the social, cultural, legislative, subjective and regional complexity, encompassed by the triple border. In this way, an oriented research was developed and based on the methodology of integrative and documental bibliographic review. As a result of the covid 19 pandemic, in 2020, there was a significant increase in the use of substances, opioids, cannabis and cocaine and a fundamental question about the moral prognosis of therapeutic communities involves the docility of bodies through work, proposing that, subjects who use psychoactive substances, so that the use interferes negatively in their routine, they will be people reconstituted to society through the performance of work so that, in the future, they can perform such activities for the good of society. The panopticon makes a network and is clearly used through the discourse in the use of technologies of the self, in the imposition and practice of power, impacting freedom in the path of subjects and goods What in the name of 'safety' and health creates a network of control , screening and curtailment.

**Key words:** Mental health; Psychoactive substances; Public policy; Therapeutic communities; triple border.



#### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CT	Comunidades Terapêuticas
ECT	Eletroconvulsoterapia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HD	Hospital Dia
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SPA	Substâncias Psicoativas
SRT	Serviços Residenciais Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UNASUL	União das nações Sul-americanas
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

## SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	12
2 - ENCONTRO EM CARACAS	14
3 - SAÚDE MENTAL NO BRASIL: Aportes iniciais	16
3.1 Contrarreforma psiquiátrica	16
3.2 Reforma psiquiátrica	22
4 - SAÚDE MENTAL NA ARGENTINA	26
4.1 Lei e política de saúde mental na Argentina	26
5 - SAÚDE MENTAL NO PARAGUAI	38
5.1 Política de saúde mental no Paraguai	38
6 - AVANÇO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA AMÉRICA LATINA	45
7 - TERRITÓRIO	49
8 - TRÍPLICE FRONTEIRA	54
8.1 Tríplice fronteira: Brasil, Argentina e Paraguai (BAP)	54
8.2 Rigidez e fluidez nas fronteiras	55
8.3 Saúde	55
9 - COMBATE AOS ENTORPECENTES	62
9.1 Comércio na fronteira	62
9.2 Brasil	64
9.3 Paraguai	65
9.4 Argentina	66
10 - CONCLUSÕES	66
11 - REFERÊNCIAS	71

## 1. INTRODUÇÃO

Esse trabalho é um produto do trajeto que iniciei em 2021, quando ingressei na especialização em Direitos Humanos na América Latina, curso ofertado pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana, A partir disso, me dediquei a estudar sobre os direitos humanos básicos e o respeito à dignidade humana, voltados para o escopo da atenção psicossocial, tendo como direção de pesquisa uma proposta de análise pautada nas políticas públicas de saúde, segurança e direitos humanos de maneira crítica.

Com esse contato, ao longo da especialização, pude participar de discussões e propostas que respeitam o cuidado em liberdade, a dignidade humana, assim como as proposições pautadas pela humanização como direcionamento clínico-político, também as questões relacionadas ao consumo, comércio e colocação das substâncias psicoativas no território da tríplice fronteira.

Neste período, foi possível acompanhar pesquisas e estudos que foram desenvolvidas em rede, com a discussão referente à saúde mental e atenção psicossocial. Me envolvi com curiosidade e sensibilidade, podendo aprender com os autores, cenários, os serviços, as políticas, as propostas e, principalmente, o relato das pessoas que estavam internadas, podendo conhecer um pouco melhor as singularidades e subjetividades que envolvia cada processo de construção entre as políticas de saúde e a proliferação das comunidades terapêuticas, bem como a relação que a sociedade, comunidade e familiares estabelecem como atores importante nesse itinerário.

Em todos os países abordados na pesquisa, o tema das políticas de saúde e o uso de substâncias ganhava cada vez mais destaque para mim. Desta forma, o presente trabalho final de especialização propõe um estudo sobre o tema dos do uso de substâncias na tríplice fronteira e o modelo de atendimento/acompanhamento prevalente que garanta os direitos humanos. Esse tema foi idealizado em 2022 com uma proposta de debate e estudo por meio de uma revisão bibliográfica integrativa narrativa.

Algumas perguntas foram formuladas ao longo de todo meu percurso: Como estão sendo atendidas as situações de uso prejudicial de substâncias psicoativas na região de fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai? Qual a direção de elaboração e implementação de políticas públicas de saúde mental nesses países? Quais alternativas de cuidado são propostas para a atenção às pessoas que utilizam substâncias psicoativas de modo prejudicial nesta região? Qual o papel das comunidades terapêuticas, elas garantem liberdade à prática religiosa, de ir e vir? Existem relações trabalhistas nesses

ambientes e acesso à saúde com qualidade?

Esse trabalho tem como objetivo geral entender como os serviços de saúde mental atendem as pessoas com uso intenso de substâncias psicoativas em território de fronteira (Brasil, Argentina e Paraguai) garantido seus direitos humanos básicos (ir e vir, religioso, saúde e alimentação), com objetivos específicos de compreender a propagação das comunidades terapêuticas para acolhimento e que tipo de cuidado é ofertado relacionado ao consumo de álcool e outras drogas na região de fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai; promover discussão sobre a garantia dos direitos humanos nesses espaços de acordo com a cultura, legislação de cada país e sua população; e conhecer as políticas e leis de saúde pública voltada a área de saúde mental e de substâncias psicoativas, bem como a desinstitucionalização e a sedimentação de uma rede territorial de saúde, considerando as garantias e ofertas de cuidado biopsicossociocultural.

A aposta é que essa reflexão possa contribuir para o fortalecimento da discussão sobre a temática, também no conhecimento, debate e avaliação de políticas públicas de saúde mental que respeitem os direitos humanos. Acredita-se que a constituição e o fortalecimento da rede de atenção psicossocial possa evitar a inserção desses dispositivos mais conservadores no trajeto da experiência do uso abusivo de substâncias psicoativas, substituindo a internação nos serviços asilares, manicomiais, sustentando o cuidado nesses momentos em caráter comunitário de base territorial.

Desta forma, foi desenvolvida uma pesquisa orientada e embasada na metodologia de revisão bibliográfica integrativa e documental. Uma revisão integrativa é abrangente, envolve a construção de uma extensa revisão da literatura, proporciona discussões sobre métodos e resultados de pesquisa, bem como reflexões sobre pesquisas futuras. O objetivo original deste método de pesquisa é obter uma compreensão profunda de um determinado fenômeno com base em pesquisas anteriores. Clareza na apresentação das análises, para que os leitores possam identificar as verdadeiras características da pesquisa incluída na revisão (SEGURA-MUÑOZ et al., 2002).

A metodologia de pesquisa documental envolve a utilização de fontes primárias, dados que não foram tratados ou analisados cientificamente. Estabelece objetivos específicos sendo relevante na complementação da pesquisa bibliográfica, por exemplo. A análise dos documentos podem ser recentes, atuais, regressos, históricos, com abordagem histórica, cultural, econômica ou social, referindo-se à um nicho ou indivíduos em um recorte temporal. Esse método é bem utilizado nas pesquisas de cunho social, humano, pesquisas qualitativas, com análises sobre determinado processo ou fenômeno,

todavia, se estende à análises quantitativas e bancos de dados (FONSECA 2002).

A realização da pesquisa documental envolve e pré-análise onde é desenvolvido a definição dos objetivos da pesquisa, cujas perguntas serão objetos da resposta da pesquisa, após análise dos dados, com elaboração de hipóteses a serem confirmadas ou refutadas, assim estabelecer objetivos, planos de trabalho, identificando fontes de dados constituem tal metodologia (GIL, 2007).

No primeiro capítulo abordarei uma discussão teórica sobre a contextualização das políticas públicas em saúde mental nos países: Brasil, Argentina e Paraguai. A região de fronteira também será abrangida, considerando as peculiaridades e os trânsitos ocorridos em tal território.

O segundo capítulo trará argumentações sobre as substâncias psicoativas (consumo, comércio, transporte, produção, impactos), meios de tratamento/acompanhamento em saúde (aumento das comunidades terapêuticas), segurança em região de fronteiras, as regras das nações sobre território, territorialização e o processo de territorialidade, mencionando aspectos sobre a interferência da pandemia nessa dinâmica.

Essa pesquisa foi um levantamento da minha experiência, se fazendo importante no aspecto do entendimento e da observação sobre as políticas públicas voltadas às substâncias psicoativas, com ênfase sobre os meios de acompanhamento em saúde mental e atenção psicossocial referente ao campo de álcool e drogas, para assim, fomentar uma práxis mais humanizada e respeitosa à essas pessoas que buscam um serviço necessitando de atendimento qualificado e humanizado.

## **2. ENCONTRO EM CARACAS**

Na década de 90, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) junto da Organização Mundial de Saúde (OMS) fomentaram e promoveram o documento com a temática sobre a reestruturação da atenção psiquiátrica no continente da América Latina, com o intuito de orientar e estabelecer novas políticas que impactam nas práticas dos serviços de saúde mental, movimento ficou conhecido como a “Declaração de Caracas” (MACHADO, 2007). Com a participação de várias entidades da composição social da época (ong's, associações, políticos, juízes, conselhos, universidades, jornais) que convergiam para o movimento de inovação sobre as práticas psiquiátricas que respeitasse direitos básicos e promovessem saúde em liberdade para a população da

região (OPAS, 1990).

Vale destacar a importância dos meios de comunicação em massa nesse processo da divulgação do tema da saúde mental, abrangendo novos vieses para a reestruturação, em larga escala, da atenção à saúde mental, com tal proposta tendo direções de trabalhos em várias frentes, principalmente sobre o esclarecimento do que se tratava, mobilizando assim a opinião pública, como um importante determinante sobre esse paradigma do sofrimento psíquico difundindo reflexões sobre a sociedade (LEVAV, RESTREPO & MACEDO, 1994).

Dentre várias diretrizes, a declaração de Caracas prioriza que os serviços de saúde prezam pelo modelo de atenção em caráter comunitário, contínuo e integral, que se articule e se integre com a atenção primária à saúde, redirecionando o modelo de saúde vigente (hospitalocêntrico), caracterizado pela instituição do hospital psiquiátrico, para o territorial, com garantia e ações de defesa dos direitos humanos, com objetivo a inclusão social (OPAS, 1994). O apoio e adesão dos governos, principalmente os municipais, têm sido de extrema importância para a sedimentação do produto da conferência.

Após 32 anos, a implementação dos objetivos principais vêm sendo construídos, implementados e discutidos, pensando em novas formas de atenção e preservação dos direitos fundamentais nos países da América Latina, com importantes experiências sobre o enfrentamento e superação de desafios e obstáculos. O reconhecimento dos direitos humanos de pessoas com sofrimento mental, também é outra vitória importante, principalmente em relação a reintegração social, e percepção sociocultural do paradigma da loucura (ROCHA, 2018).

Há também, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o desativamentos de vários destes dispositivos, criando assim as redes comunitárias de atenção à saúde e psicossocial, com fortalecimento da participação social e democracia, bem como, uma nova forma de ver o trabalho em saúde mental. Diversas linhas foram sendo desenvolvidas, como a integração com a atenção básica, a criação de serviços especializados para atender a população infanto-juvenil, debates e consolidação da prevenção, internação breve e reinserção social, a atenção a grupos vulneráveis e sistemas de saúde descentralizados (AMARANTE, 2018).

Os princípios norteadores visam sustentar algumas necessidades evidenciadas por este documento, como a centralização da proteção relacionados aos direitos humanos básicos e cidadania dos sujeitos, pessoas e indivíduos com sofrimento/transtorno mental, a elaboração de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, contando com equipe

multiprofissional, atenção integral, em momento de maior ou menor intensidade de sinais e sintomas ou das questões que causem sofrimento mental, quando necessário, a internação breve em hospitais gerais, promoção de saúde, almejando a redução de fatores precipitantes ou predisponentes na sociedade, protagonismo e resolutividade na atenção primária com participação e centralidade do usuário e familiares. A intersectorialidade é outro eixo dessa arquitetura, com necessidade da pactuação de ações entre diversos atores sociais(OPAS, 1990).

Apesar desse avanço supracitado, se faz marcante a permanência das discussões sobre políticas e meios para alcançar os objetivos pendentes, de modo a evitar a restauração do modelo manicomial/asilar. Ainda existem hospitais psiquiátricos e leitos disponíveis comparado ao modelo substitutivo no território, bem como o financiamento de tal dispositivo, a avaliação e monitoramento também tem representado aspectos que demandam ser aprimorados(MELO, 2019).

Ainda existem barreiras e imbróglios para capilarização e sedimentação da assistência à saúde mental estabelecida em Caracas, uma vertente é a vulnerabilidade enfrentada pelos povos indígenas e a conurbação justaposta (ou não) das cidades. Esse crescimento se torna exponencial, em comparação com o investimento, aprimoramento e desenvolvimento da rede de atenção à essas pessoas(MENDES, 1992).

Novos desafios socioculturais e técnicos tem persistido, como por exemplo: as políticas públicas e a perspectiva de gênero e sexualidade; o tema do suicídio e os modos de prevenção e diminuição da passagem ao ato, automutilações e autolesões; o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, bem como transporte, comércio, etc, são questões que influenciam nas composições de inúmeras práticas de violências e isso impacta na saúde mental da população da América Latina e nos serviços e modos de se organizar para essa demanda crescente(MOUJAN, 2011).

### **3. SAÚDE MENTAL NO BRASIL: Aportes iniciais**

#### **3.1 - Contrarreforma psiquiátrica**

A partir do governo Temer, a crise nas políticas de atenção psicossocial vem se agravando. A liberdade, autonomia, dignidade e respeito são estruturas fundamentais desse modelo, intrínseca à uma rede de atenção territorial, esse aparato está sendo desmontado através de sub financiamentos e realocação de recursos para o modelo hospitalocêntrico, que cresce exponencialmente (DELGADO et al, 2019).

Diversas normativas (portarias, notas técnicas, editais, resoluções, decretos) foram alteradas, pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, com impacto significativo, principalmente, através da NT 11/2019 que presta “...Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas” (BRASIL, 2019).

Essa nova proposta visa o fomento à internação psiquiátrica, e fragmentação da política referente à álcool e outras drogas, destacando o incentivo financeiro às comunidades terapêuticas, com retorno de práticas de abstinência, religiosidade e proibições ao uso de drogas (BRASIL, 2019).

Apesar dessas características se apresentarem agora, desde a promulgação da PEC 95 que o SUS e as políticas intersetoriais vem sofrendo, gravemente, na garantia de assistência em saúde mental e atenção psicossocial. O emprego, a qualidade de vida, a saúde pública e o bem estar sofrem redução como resultado dessa política, que atingem diretamente a saúde mental e intensificam o sofrimento mental. O governo federal alterou a política nacional de atenção básica, excetuando o programa de agente comunitário na estratégia de saúde da família, precarizando, ainda mais, a atenção básica.

Outras medidas descontinuam esse modelo de saúde da atenção primária, como a portaria 2436 de setembro de 2017 que ‘revisa’ a ordenação da atenção básica (BRASIL, 2017). A democracia no setor saúde é extremamente afetada com essa portaria, também há descaracterização do quantitativo de agentes comunitários de saúde em equipes e sobrecarga da cobertura territorial e familiar por parte desses, sem critérios claros de como será feito e mensurado (MELO, 2019)

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é um eixo central no trabalho territorial preconizado pela reforma psiquiátrica, no acompanhamento e vinculação das pessoas que utilizam serviços de saúde nas unidades, associado ao matriciamento para fortalecer a articulação com a comunidade. O cuidado integral necessita de articulação e integração ampla entre a rede de atenção psicossocial (RAPS) com os demais dispositivos e recursos sociais, territoriais e comunitários. O conjunto RAPS e ESF, quando não se apoiam, podem cair na lógica do ambulatório.

O estabelecimento através da resolução 32 de 2017 da comissão intergestores tripartite que insere o hospital psiquiátrico especializado na RAPS, junto do aumento e direcionamento de recursos para este, ultrapassando 60% de reajustamento no preço da diária, marcam o começo de uma contra reforma psiquiátrica (BRASIL, 2017). Seu



terceiro artigo, também é problemático, pois estabelece a pactuação de diretrizes clínicas nas linhas de cuidado sem caracterizar quais seriam tais orientações. Outra colocação controversa, envolve a articulação entre diversos ministérios e as comunidades terapêuticas (BRASIL, 2017).

A estrutura e composição do hospital dia (HD), presente nesta resolução, traz reflexões sobre a importância do território, pois, o HD tentou e não foi suficiente em sua cobertura da complementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), já que, dentre inúmeras diferenças, não tem a lógica do trabalho territorial como sedimento de sua política, se tornando um dispositivo eco dos hospitais psiquiátricos, reforçando o modelo hospitalocêntrico, biologicista e ambulatorial.

Um ponto importante de observação e comparação é em relação ao financiamento e custeio de equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental (sem formas), sem infraestrutura de um dispositivo de trabalho, sem população referenciada, chegando a receber trinta mil reais por mês, por um grupo composto de cinco profissionais (BRASIL, 2017). Um centro de atenção psicossocial adulto, na modalidade um, com equipe minimamente composta por nove profissionais, com serviço próprio, cobrindo um território de até setenta mil habitantes, recebe quase vinte e oito mil e quinhentos reais mensalmente (BRASIL, 2011).

Fica a contradição e turbidez desta resolução quando aparece no artigo 5º, a reafirmação ao modelo de base comunitária, em outros trechos: “fortalecimento da RAPS”, “ampliação da rede de atenção”, sendo que todas as outras propostas vão em direção ao fortalecimento da centralidade nos moldes hospitalar.

Os hospitais gerais para serem credenciados pelo ministério da saúde (MS), necessitam ter um número superior a oito leitos, o que impacta negativamente para os municípios menores, que não possuem hospitais com tais recursos, sendo induzidos a recorrer ao hospital psiquiátrico existente nos grandes centros municipais. Há uma possível investigação, em relação ao tempo de permanência, considerando que os hospitais gerais credenciados que ocuparem oitenta por cento dos leitos, receberam mais recursos financeiros, isso pode estender a permanência de pessoas nos leitos psiquiátricos nesses hospitais para ganho de verba.

O desmonte da RAPS continua com a diminuição dos cadastros e qualificações dos CAPS, com a não atualização das bases de dados sobre a rede referente aos dispositivos de saúde mental. Em janeiro de 2018, as resoluções 35 e 36, promulgada pela comissão intergestores tripartite, pautavam sobre o retorno ou entrave financeiro

direcionado aos serviços de saúde mental que não apresentassem faturamento, reduzindo drasticamente a quantia repassada, principalmente, aos centros de atenção psicossocial e serviços residenciais terapêuticos (SRT) que não divulgaram corretamente suas produções (BRASIL, 2019).

A partir de 2016, o financiamento, anualmente vem diminuindo para os CAPS, mesmo sem conseguir o nível de cobertura adequado (90%). Isso interfere desfavoravelmente nas articulações, na intersetorialidade, na constituição de rede, criando barreiras no atendimento das necessidades da atenção psicossocial, sendo esse ponto da criação e qualificação dos CAPS, importante para a reforma psiquiátrica. A diminuição da implantação, credenciamento, qualificação e criação de CAPS/RAPS, amplia uma lacuna na assistência.

A resolução 32 da comissão intergestores tripartite, mais a portaria do ministério da saúde 3588 de 2017, desenvolve o Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas, na modalidade 4, traz mais um aspecto divergente da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica, já que apresenta problemáticas em diversas dimensões. Primeiro do ponto de vista de gestão, onde o repasse do ministério da saúde é de quatrocentos mil reais em parcela única para o CAPS ad IV, porém quando comparado aos CAPS III (R\$ 84.134,00), CAPS ad III (R\$ 105.000,00), essa discrepância nos valores, pode criar uma inclinação dos gestores municipais a aderir essa proposta.

O quantitativo populacional, também é algo a se pensar, pois essa política tem vigência à nível nacional, e para a implementação do CAPS ad IV é necessário o município ter mais de quinhentos mil habitantes (BRASIL,2017), nas grandes metrópoles é viável, mas no interior e em estados, como o Acre, onde estima-se que sua capital tem 419.452 habitantes (IBGE, 2021), não é estimulante, nem possível sua implementação.

Seria mais eficaz, a aplicação de vários dispositivos de CAPS de acordo com o quantitativo populacional do município em alvo, capilarizando e expandindo sua cobertura territorial e descentralizando o atendimento em uma única unidade em um único ponto específico do espaço geográfico, facilitando o acesso.

Um agravante basal dessa proposta, está no quantitativo de leitos para atenção à crise, tal medida reforça práticas manicomiais, hospitalocêntricas, configurando um entendimento de crise em saúde mental organicista, defasado e obsoleto, onde o leito entra como recurso e não o incentivo à outras práticas de prevenção, não para que a crise não aconteça, mas que se diminua os riscos nesses momentos.(BRASIL, 2017).

Tal CAPS é mais uma reestruturação do hospital psiquiátrico metamorfoseado pela

proposta dos centros de atenção psicossocial, como ordenador da rede, com prevalência do biopoder executado por profissões biomédicas, evidenciado pelas enfermarias. Essa constituição difere do cuidado humanizado, com respeito, autonomia, dignidade, protagonismo, território e com projetos terapêuticos singulares na construção horizontal de uma linha de cuidados.

Implementar esses dispositivos próximos de locais onde há concentrações de pessoas que utilizam substâncias, reforça um modelo higienista e rompe com a noção territorial do trabalho, com uma abordagem in loco, desassociando a vida, a rotina, a constituição do sujeito, reduzindo-o à um problema único e exclusivo do uso de drogas.

A menção feita ao termo 'substitutivo', aponta para a clara intenção de restabelecer modelos anteriores, além de excetuar a história e conquistas no âmbito da saúde pública, da saúde mental e da reforma psiquiátrica. A exclusão e ou não identificação de atores sociais, ONGs, associações, grupos, etc, movimentos que representam a sociedade é um ponto a ser debatido, já que o texto menciona o quantitativo de entidades, mas indetermina quais seriam, e os coletivos que têm relevância na discussão desse tema, deixaram notas contrárias ao ministério da saúde.

A agregação da política nacional sobre drogas, que era transversal a vários ministérios, torna-se centralizada e realoca os mecanismos de atenção à esse tema de álcool e outras drogas em um superministério da cidadania, fomentando a promoção e financiamento das comunidades terapêuticas, através de editais e elevação da verba para o hospital psiquiátrico e retorno do ECT (eletroconvulsoterapia) (BRASIL, 2019). O levantamento de 2019 mostra que a quantia gasta pelo governo federal na atenção aos usuários de álcool e outras drogas foi de cento e cinquenta e três milhões e setecentos mil reais, a partir da incrementação das comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos e criação do CAPS ad IV, como dispositivos institucionais da RAPS (BRASIL, 2019).

Esse movimento do ministério da saúde, de financiamento decorrente da inserção de novos dispositivos, associado à não participação social na composição dessas propostas, traz reflexões sobre o possível retorno do asilamento, na centralidade em um saber / uma categoria profissional, na institucionalização de um público que sofre com esse aspecto, ontologicamente, principalmente por seu perfil sociodemográfico, sua etnia, raça, orientação sexual, condição financeira, religião. Religião essa apresentada na nota técnica com viés de reforçar a necessidade da comunidade terapêutica.

O fator do financiamento expressivo nesses dispositivos, mesmo com a emenda da

constituição 95, que tem deixado todo o Sistema Único de Saúde (SUS) muito fragilizado, suscita a precarização e sucateamento, tanto em recursos humanos, quanto em infraestrutura dos demais dispositivos da rede de atenção psicossocial, com contratos de trabalho defasados e condições precárias de se estabelecer um serviço longitudinal, integral e presente no território.

A internação prolongada é um preceito de combate da reforma psiquiátrica brasileira, levando em conta que tal nota técnica tende expandir o financiamento se a internação for superior a noventa dias, apresenta mais um retrocesso. O direcionamento do governo federal, parece ser, retornar com modelos de atenção já superados por estimular e produzir preconceitos, intolerância, ortodoxismos religiosos, violação dos direitos humanos básicos, impactando diretamente na reforma sanitária e de modo mais específico na reforma psiquiátrica brasileira, o que suscita a necessidade da resistência.

Atualmente, o SUS e a reforma psiquiátrica sofrem um processo sistemático de sucateamento e retrocessos, com mudanças que reforçam a centralidade do cuidado pautado na exclusão, no asilamento e no isolamento social (ROCHA, SALEMO, 2018).

No dia 21 de dezembro de 2017, quando o coordenador-geral de saúde mental, álcool e outras drogas do ministério da saúde, aprovou de modo constitucional, com participação das instâncias de competências na reunião de comissão intergestores tripartite, a portaria 3588 que resgata o financiamento para os hospitais psiquiátricos, bem como o desenvolvimento e implementação de serviços ambulatoriais, ao invés dos serviços de base comunitária e territorial (BRASIL, 2017).

Isso ocorre como desdobramento de um alinhamento entre a associação brasileira de psiquiatria, a federação nacional de comunidades terapêuticas e o ministério da saúde que turvam o política de saúde mental e atenção psicossocial, reforçando o 'cuidado' em instituições de exclusão e de longa permanência (LIMA, 2019).

Em 04 de Fevereiro de 2019, a coordenadoria geral de saúde mental, álcool e outras drogas, lançou uma nota técnica de número 11/2019, que reforça mudanças nas políticas de saúde mental, descrevendo que o ministério da saúde não considera serviços como sendo substitutos à outros, não estimulando o fechamento de unidades de qualquer natureza (BRASIL, 2019).

Essas mudanças e outras subsequentes, afetaram diretamente no modo que os serviços funcionam, impactando na forma de acompanhamento e atendimento das pessoas que têm essa demanda de cuidado/atendimento/acompanhamento. Nota-se que esse movimento do ministério da saúde, dificulta ainda mais a manutenção e continuidade

dos serviços da RAPS, quando realoca-se os recursos para dispositivos obsoletos e defasados, ineficazes no atendimento aos tópicos da saúde mental e sociais em base territorial, revitalizando o hospitalocentrismo.

É possível o retorno da democracia na constituição de políticas relacionadas à saúde mental, com o estabelecimento do pacto social-democrático. Resistir a esse movimento político, coletivamente, se faz importante no que tange o enfrentamento ao desmonte do SUS e ao cuidado em caráter territorial.

### **3.2 - Reforma psiquiátrica**

Para entender este acontecimento político recente no Brasil, precisamos retornar à história e compreender a que ele se opõe. A reforma psiquiátrica brasileira surge no final da década de 70, não sendo possível dissociá-la da reforma sanitária, junto de um projeto de redemocratização. Na mesma época, a saúde mental brasileira, muito influenciada pela psiquiatria democrática italiana, se politizou, dando ênfase ao combate às instituições psiquiátricas, principalmente por circunstâncias precárias de trabalho, violências institucionais/profissionais e abusos que ocorriam nesses locais, onde, os manicômios e hospitais fechavam a porta de saída e ampliaram suas portas de entrada (YASUI, 2006).

Essas peculiaridades estimularam pensamentos críticos, rompendo com a epistemologia psiquiátrica, proporcionando estratégias mais horizontais, produzindo efeito no espectro social e cultural (TENÓRIO, 2002).

A realização de um cuidado em saúde passa a englobar aspectos que envolvem a micropolítica no campo do trabalho, a responsabilização e participação dos atores envolvidos nessa concepção de cuidado, de maneira ativa. A retirada da centralidade sobre a doença e a proposição de cuidado integral, do sofrimento, da necessidade singular em caráter comunitário se torna o novo epicentro (COSTA-ROSA, 2000).

Logo, o Sistema Único de Saúde e sua organização nascem para proporcionar saúde através de intervenções que favoreçam formas mais amplas, com integralidade, com participação social, com investimentos na intersetorialidade, no território, na comunidade, onde, cada sujeito possa vivenciar sua forma de manifestar saúde e/ou doença (CAMARGO, 2002).

A reforma psiquiátrica pensa a partir dessa rede de poder tecida pelos discursos, pelo ato de desejar e as formas de se comportar, discutindo, assim, temas (de âmbito familiar, cultural, profissional, individual) que atravessam as vidas dos sujeitos. Estamos diante de um novo paradigma, cujo cuidados com a pessoa em sofrimento psíquico,

estejam imbricadas pelo respeito, pela responsabilidade, pela liberdade e ética, rompendo e afastando-se das práticas hospitalocêntricas, asilares, instaurando a atenção psicossocial como modelo, trazendo um novo olhar social sobre a loucura. Tais características tornam os modelos citados divergentes, pois, em sua gênese, os modos de se organizar, o processo de trabalho, as formas de se relacionar rompe com as características prevalentes no manicômio e ou asilo (COSTA-ROSA, 2000).

Com mais de duas décadas de vida, a lei da reforma psiquiátrica notabiliza progressos na área da saúde mental, com diminuição no quantitativo de leitos de hospitais psiquiátricos, realocação e ampliação dos recursos públicos no serviços de base comunitária (AMARANTE, 2018).

O tensionamento proveniente da reforma psiquiátrica, visa a sedimentação de práticas territoriais, que provoque na comunidade casos vinculadas ao tema da saúde mental e seus sofrimentos, divergindo assim do modelo manicomial, dado que, prezava pela retirada do sujeito do convívio social que não respondiam à uma métrica comportamental.

Pensando em formas de intervir no ambiente, a tomada de responsabilidade por toda RAPS, principalmente pelo CAPS, visa reconhecer com todo alcance social o estado de sofrimento. Isso não está definido em um local, em um serviço, em um hospital, mas centraliza o ambiente de vida da pessoa, onde ela socializa (DELL'ACQUA E MEZZINA, 1991).

A reestruturação desse modelo no Brasil, ressignificando os moldes de assistência no âmbito da saúde mental, visa valorizar o cuidado no território, aproximando a sociedade e a família dos sujeitos. A reforma psiquiátrica não termina na reformulação dos serviços, nem no amplo crescimento dos aspectos culturais, éticos e políticos (AMARANTE, 2007), já que, com o avanço das políticas públicas, principalmente, no início dos anos 2000, amplia-se a criação de redes assistenciais sedimentadas em base comunitária.

Além de constituir um movimento de protagonismo para cada ator envolvido, deve também auxiliar em projetos e programas no campo da saúde pública, qualificando a assistência prestada pelo CAPS, promovendo o próprio serviço e balizando as equipes nas resoluções de problemas, evitando recorrer às internações, ou utilização dos serviços de caráter asilar. (FIORATI; SAEKI, 2008).

Essas pontuações evidenciam as fragilidades que encontram-se gerando preocupações, ocasionando necessidades de produzir conhecimentos, proficiência,

práticas e práxis, assim, se faz lembrar que formação também é um modo de combate. (LANCETTI, 2008).

Atualmente a atenção psicossocial implica e problematiza a fidedignidade do saber e do discurso psiquiátrico e de suas formas de poder, bem como seus impactos no modelo substitutivo. Já que, a internação psiquiátrica pode desenvolver uma marca na vida das pessoas, como o estigma, perda de auto estima, autoconfiança, o afastamento de vínculos e a dificuldade de reconexão, identificar-se como 'doente' e não ter controle, identificação ou lembrança de seus atos (MAGALHÃES, 2016).

As metas da atenção psicossocial vão em contramão aos efeitos causados pelo asilamento, assim, englobam a desospitalização, desmedicalização, a importância da subjetividade e do meio sociocultural, a participação familiar e comunitária, horizontalização das relações, interdisciplinaridade, autogestão, a interlocução, transição e a singularização.

O modelo asilar centra-se na hospitalização, desterritorialização, medicalização, objetificação da doença/sinais/sintomas, centralidade do poder médico (COSTA-ROSA, 2000).

É do núcleo dessa batalha, entre interdição e desqualificação da atenção psicossocial, e a produção de saberes, de desejos, de valorização da subjetividade por este modelo substitutivo, positiva o discurso da saúde mental e atenção psicossocial, apesar dos dilemas e das dificuldades enfrentadas pelas pessoas que são acompanhadas nesses serviços, bem como os trabalhadores, ebulindo a emergência de rompimento de atenção em saúde balizado pelas práticas históricas segregacionistas. Isso retoma a análise das relações do campo psicossocial, se converge ou diverge dos modelos psiquiátricos anteriores.

Assim se faz relevante o tema da saúde mental no processo de construção, significação e solidificação do modelo de atenção psicossocial, problematizando as relações de poder, os discursos e os saberes que são produzidos nessas relações. A atenção psicossocial possui uma produção significativa nas circunstâncias possíveis para intrusão e propagação contra engendramentos de outros saberes, outros poderes que ramificam-se para as táticas e estratégias de atender/acompanhar a saúde mental. A atenção psicossocial se firma como política pública de saúde mental no Brasil, o CAPS é um componente dessa rede, descrito na portaria 3088 de 2011.

A articulação da rede em saúde mental é extremamente importante e necessária, todavia, apenas articulação dos serviços de saúde não efetua um trabalho de base

comunitária, territorial. A intersetorialidade e transversalidade norteiam o trabalho contínuo de articulação e integração com outros setores de áreas diferentes, bem como o território proporciona diferentes e novos saberes, potentes, na e pela comunidade, sendo um meio importante na transversalidade do desenvolvimento de alternativas e soluções na saúde mental.

Com o propósito de fornecer um encaminhamento para as finalidades oferecidas pelos serviços, o ministério da saúde lançou alguns documentos com orientações. O Manual: “saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” traz tópicos sobre atividades do CAPS, apontando para o acolhimento da crise, referentes ao álcool e outras drogas e diversas situações de vulnerabilidades como ontológico ao seu mandato. (BRASIL, 2004)

Os CAPS são produtos de articulação social, de movimento social por direitos de pessoas que necessitam de suporte ao sofrimento mental, que deve tornar o hospício obsoleto, explanando as violações que aconteciam dentro dos manicômios. (BRASIL, 2004)

Apesar de toda a complexidade e atribuições, junto de suas inúmeras e diferentes atividades listadas neste documento, ele por si só, não dá a garantia de acolhimento a essas problemáticas, pois, a maneira que entende-se essas características, interferem diretamente, na forma do atendimento a essas situações. As evidências desse documento, garantem que os CAPS devem acolher as diferentes manifestações de sofrimento. Conjuntamente, a depender da compreensão, sugere-se que a equipe possa intervir.

O CAPS como local onde um sujeito é acompanhado e atendido, deve problematizar as táticas e estratégias que proporcionem aumento de sua capacidade de prestar atenção e acolher (VASCONCELOS, 2010). É visto que as mudanças ocorridas no modelo de saúde mental e atenção psicossocial, e em suas formas de cuidar, demandam responsabilização pelas pessoas que utilizam desses serviços, seja pelo acolhimento e desenvolvimento de vínculos profissionais e afetivos, proporcionando modos de subjetivação (AMARANTE, 2007), reinvenção desses modos e a composição de resistências, na dinâmica de vida em liberdade, traçando a integração do trabalho ao território.



## 4. SAÚDE MENTAL NA ARGENTINA

### 4.1 - Lei e política de saúde mental na Argentina

Em 2010, a presidente da Argentina promulgou a Lei Nacional de Saúde Mental, com o intuito de promover um trabalho associado entre as esferas públicas de modo regulamentado. O estímulo de uma forma participativa da população com intuito de esclarecer as dúvidas, assim, consolidando o processo de implementação e estabelecendo mecanismos específicos das diretrizes de trabalho e das políticas que tornam mais adequada a aplicação correta da lei (ALONSO,2010).

As pessoas internadas em manicômios são um público importante das políticas de saúde mental na Argentina, apesar de dificuldades no processo de desinstitucionalização evidenciado pela dificuldade de articulação dos setores da saúde mental, culminando, ainda, em longos processos de internação.

A lei propõe a intersectorialidade como um dos eixos centrais, ou seja, o trabalho, é entendido como não dependente, exclusivamente, da saúde, é integração entre os canais, mas que exige outro tipo de política e quando se lê a regulamentação, observa-se que existem doze áreas governamentais que têm responsabilidades específicas de saúde e mais onze áreas com responsabilidades específicas na política de Saúde Mental. Dessas duas áreas, sete têm um conjunto de critérios de visibilidade concreta mas organizados em diferentes setores (ROSENDO, 2010).

Iniciar a regulamentação da lei de Saúde Mental com o conselho interministerial de políticas alimentares, proporcionam ações do órgão regulador, subitamente em poucos artigos. Um deles estabelece a criação de um conselho com a participação dos ministérios mencionados no artigo 36 da lei, que são saúde, educação, trabalho e desenvolvimento Social, que se reunirão pelo menos uma vez por mês com o chefe de gabinete da área, onde vão discutir as políticas intersectoriais exigidas pela saúde mental (ARGENTINA, 2010).

O outro conselho que cria o regulamento do conselho consultivo honorário, a qual é a área de participação dos trabalhadores, familiares e usuários, bem como as conquistas da sociedade civil, particularmente os direitos humanos que o difundem as políticas existentes é uma participação prévia que as organizações da sociedade civil têm para poder discutir a aplicação da lei participando da elaboração da política (ARGENTINA, 2010).

Tal participação deve ocorrer no âmbito deste conselho consultivo, isso é uma das

partes fundamentais da lei ampliando o número de atores e da qualidade dos serviços e dos sujeitos que se sentam para discutir a organização dos direitos humanos, institucionalizando a participação da secretaria de direitos humanos do ministério da saúde da própria ouvidoria da nação, organismos de usuários e trabalhadores, órgãos de direitos humanos, familiares e trabalhadores com a função de controlar dimensões mais generalistas e a aplicação da lei.

Nos casos das internações prolongadas, o controle judicial se faz presente, na relação entre as clínicas particulares e hospitais públicos, para observar a situação em que as pessoas fazem a denúncia, denunciando os próprios juízes que não cumprem suas funções perante a autoridade de correspondência, no caso de uma comissão de conselho da magistratura (AGUDELO; ZEA; GÓMEZ, 2015) .

Há uma instância de trabalho em comissão formada entre a secretaria de saúde e a de direitos humanos, se reunindo pontualmente ou especificamente, para gerar os protocolos de autorização e fiscalização do funcionamento das instituições. É um organismo chave que discute as condições de autorização e controle de operações de hospitais monovalente (especializados), como trata-se da saúde mental, foca-se no escopo de funcionamento dos hospitais psiquiátricos. Não é permitido a habilitação, a partir de agora, através do artigo 27, da lei 26.657 (lei nacional de saúde mental).

É necessário discutir as formas que fragilizam a lei, por exemplo, se um hospital que está trabalhando, atualmente, para saúde mental, com a incorporação de um dentista ele já está transformado em polivalente (hospital geral/multiespecializado)? (GÓMEZ , 2011).

É possível enriquecer muito a implementação dessa lei, pois, um dos grandes efeitos que temos, fundamentalmente no campo dos vícios e adictos, envolve aqueles dispositivos de tratamento de dependência que praticamente não há controle pelo poder público, em geral, aquelas instituições que recebem horas emprestadas do Estado ou obras sociais não são controladas, quando a função do Estado é controlar todas as instituições que estejam funcionando e isso não é feito ou é feito com instrumentos frágeis. A ideia é poder gerar um protocolo, uma forma de controle que se aplique de modos homogêneo a todas as províncias (KRAUT,2006).

A outra instância de trabalho conjunto é um registro nacional para a procura de identidade e filiação, articulado entre o ministério da saúde e o ministério do interior. Visando a resolução de um problema importante observado nas instituições, fundamentalmente axilares da Argentina, sobre as pessoas sem identidades ou que as

desconhecem, seja por não possuir documento ou pela ausência ou impossibilidade de dar referência aos seus vínculos familiares. O que se propõe é que este tipo de situação seja imediatamente registrada em nível nacional e que o ministério do interior colabore na busca pela cidade em obtenção do documento nacional, partindo de uma busca da família referente às pessoas que se encontram nessa situação e que permaneçam no cartório até a resolução.

Tal lei federal é obrigatória para todas as disposições, mas é claro que existem capítulos da lei que exigem que cada província gere suas próprias mudanças em algumas áreas. Se espera que cada província crie seu próprio órgão de revisão, o órgão nacional de revisão permanecerá para poder discutir e controlar a aplicação da lei em todo o país e ajudar as províncias a criar o seu próprio, ou, pressioná-los a fazer seu trabalho, mas a ideia é que cada cidade tenha sua própria revisão, não sendo, necessariamente, igual ao nacional, sempre respeitando a participação das organizações da sociedade civil e os usuários, familiares, trabalhadores e os direitos humanos, tentando fazer com que não haja maioria automática por parte dos atores estatais (ARGENTINA, 2010).

A legislação define que cada província deve criar seu órgão de revisão, o que tem sido uma dificuldade das cidades afastadas do centro. Por outro lado, há a necessidade de criar o conselho interministerial, essa articulação faz relacionamentos entre diferentes ministérios, também pode ser feita pelas províncias entre seus diferentes setores ou áreas que vão intervir, da mesma forma que o órgão consultivo.

A relação no espaço de participação institucional das organizações da sociedade civil, envolvendo-se na discussão das políticas e dos planos das províncias, adaptam a cobertura de obras sociais que são nacionais e pré-pagas. O controle se dá pela superintendência de serviço de saúde, mas cada província tem um trabalho social provincial que não pode ser controlado ou modificado pela legislação nacional. Alterações, adaptações, vão, posteriormente, fazer a continuidade do trabalho social nacional (GÓMEZ, 2011).

No artigo 22 é possível elaborar a nomeação de seu próprio advogado, ou fornecido pelo Estado, que está a cargo de representar pessoas internadas involuntariamente em nível nacional. Tal movimento deve capilarizar-se pelas províncias, neste novo paradigma que representam o ponto de vista e a vontade da pessoa que vai ser representada e não, como estamos acostumados, advogados que de alguma forma fazem o que acreditam ser o melhor para a pessoa, estabelecendo um processo de tutela, invisibilizando o sujeito (ARGENTINA, 2010).

Esta é uma experiência que tem dado bons resultados, pois os tempos de internação foram reduzidos, debitados, e até mesmo, internações necessárias foram evitadas. Situações de eletrochoque/eletroconvulsoterapia sobre as pessoas internadas que, queriam, submetê-las verticalmente, foram evitados.

O aumento do orçamento de saúde mental para 10% do orçamento da saúde é outro ponto importante. O que a lei propõe para o orçamento nacional? Nos lugares onde não há equipes interdisciplinares, a Argentina tem regiões onde a formação das equipes são deficitárias, nesse caso, deve-se priorizar, nesta fase de transição, que a pessoa seja tratada com os recursos que existem a comunidade, isso é algo absolutamente essencial, se faz importante atenção na comunidade enquanto a formação de suas equipes está sendo planejada (ALTAMIRA,1993).

A constituição do plano de substituição do hospitais monovalentes envolve em um dos eixos da lei, a transformação/modificação do sistema até substituir, definitivamente, os monovalentes e isso significa poder planejar como cada província cumprirá suas obrigações como condição para poder receber assistência da nação, ou seja, aquela província que não está apresentando um plano de como vai substituir seus próprios monovalentes não pode participar de nenhum tipo de assistência à Saúde Mental da nação.

Viabilizar serviços em hospitais gerais, é claro, como uma das chaves fundamentais para substituir os espaços de internação. Os Estados colaboram no censo proposto pela lei nacional, porque a criação e implementação de um processo de inclusão e descamação social, engloba o conhecimento, detalhado, de cada uma das pessoas, que são aproximadamente 25.000, internadas no país, tanto no setor público, quanto no privado e o setor privado poderia facilmente convertê-lo através de regras, já estabelecidas pela previdência social (INDEC, 2010).

O que a lei diz sobre os benefícios e as deficiências das terapêuticas dubitáveis e os critérios para acessá-los discorre sobre a importância de definição sobre o plano de programa médico obrigatório, os órgãos não permitem que obras sociais cubram eletrochoque por exemplo, algo que vem acontecendo com estabelecimento de uma política tarifária que favoreça a criação de dispositivos substitutivos (LOPERA ,2012).

A lei promove que os processos de trabalho e normativas, diretrizes e protocolos, sejam favorável e integrado com a inclusão social e não generoso com internações, muito menos se forem internações prolongadas, desta forma, também na lógica da rede, tenta-se influenciar para que haja, cada vez mais, benefícios da auditoria, fomentando

que os prestadores (públicos e privados) cumpram a lei.

Isso é um ponto importante para identificar os familiares que estão internados em hospitais monovalentes e proceder com a projeção, para cada um deles um ambulatório ou esquema de inclusão em outros tipos de dispositivos substitutivos, ou seja, o Estado assume a responsabilidade por todas as pessoas que estão internadas tanto no setor público quanto no privado (TABORDA, 2012).

Os movimentos sociais também têm responsabilidade neste sentido, as instituições de saúde dizem que cada um dos hospitais e clínicas também tem coisas muito específicas a fazer por um lado, expondo em uma placa, para que as pessoas que cuidam de seus familiares tenham clareza sobre seus direitos e quais são os telefones para poder fazer qualquer denúncia ou obter informações, há que entregar ao pessoal uma cópia da lei e do regulamento, declarar que cada um deles tem conhecimento do regulamento, disponibilizar um meio de reclamações à disposição de todos em cada uma das instituições, é o direito que a lei propõe à comunicação e as relações sociais e familiares, devendo ser verificadas na medida em que não pode haver instituições que têm quartos ou celas, muito menos limitações de chamadas telefônicas (ARGENTINA, 2011).

Este é o cartaz informativo em que se pode ver a lei nacional e o número de telefone do órgão de revisão local e da direção local de saúde mental.

No que diz respeito à política de toxicodependência, a lei incorpora como parte das políticas de saúde mental, existem algumas definições que são interessantes e que avançam, apesar de ainda vigorar a lei das drogas, que muito se opõem à lei da saúde mental mas que a antecede.

A lei de saúde mental modifica o paradigma que a lei de drogas propõe e a regulamentação aprofunda isso ao propor três coisas centrais, por um lado, o cuidado tem que ser baseado em uma perspectiva integral da saúde da pessoa, por outro lado é levado em conta que a singularidade importa, para além do tipo de vício (ARGENTINA, 2010).

Parte-se de uma política onde a lógica da atenção e a lógica da abordagem foca o objeto na substância sob a hipótese de que a substância é a causadora da doença, aqui o que está sendo considerado é a lógica inversa. Diz que existe um sujeito com conflitos, com problemas e que seus problemas podem levar ao consumo de suas substâncias, mas que o tratamento deve ser ordenado e a abordagem deve ser organizada com base na singularidade de cada pessoa e não em relação direta, com foco de cuidado à droga (objeto) (ROSENDO, 2010).

Devem ser incluídos dentro dos dispositivos que a lei propõe, dispositivos criados, baseado na estratégia de redução de danos e isso é um empecilho, porque existem algumas ações de redução de danos que, do ponto de vista da lei de drogas, são ilegais, por exemplo, aconselhar uma pessoa que usa drogas, compulsivamente, sobre certas estratégias para evitar doenças transmissíveis, para a lei de drogas pode ser facilitação do consumo, enquadrado como crime.

Com a lei de Saúde Mental e a regulamentação favorece a implementação de estratégias e de aparelhos que não causa o entendimento do incentivo ao uso de drogas, mas com a compreensão de como em todo o campo da saúde o paradigma é cuidar do outro e o cuidado vai até onde é possível, até onde o outro permite, ou até onde a própria evolução das distinções permite, não é possível deixar as pessoas fora de cuidados porque não são passíveis de cura total, trabalhando para a continuidade de tratamento, melhorando suas condições de vida (KRAUT,2006).

A internação judicial é debatido em muitas províncias e é uma dificuldade sobre tratamento dos declarados 'incompetentes', nessas situações tem prevalecido as intervenções dos juízes com discricionariedade para tomar decisões, que no campo da saúde mental é possível manejar de outra forma mais horizontal e articulada.

O tema do artigo 34, permanece como isento da lei, o juiz ainda pode tomar certas determinações para evitar a exoneração ou alta de uma pessoa que está sob internação. Em primeiro lugar, deve-se dizer que o código penal está em processo de modificação, então é provável que em curto prazo haja novidades. O que a regulamentação da lei propõe é que a criação de novos dispositivos com a lei de saúde mental deve prever a acessibilidade de pessoas declaradas 'incompetentes' ou privadas de liberdade para o processo penal. O que pode ser exemplificada por quando uma pessoa é declarada incompetente, muitas vezes as discussões, e isso corresponde à saúde, não aos serviços penitenciários (ARGENTINA, 2010).

Com prevalência, acontece que o juiz manda para a internação, porque o código penal não deixa muitas opções de serviços substitutivos a essa população, e outros, porque a política de saúde não deixa opções. O subsecretário de saúde mental e dependências das províncias, oferece programas, especialmente, projetados para pessoas privadas de liberdade que podem conter e minimizar internações ou estágios ambulatoriais com mais ou menos acompanhamento em modelo substitutivo.

Um aspecto que tem gerado resistência tem a ver com as diretrizes de adaptação para substituição dos hospitais monovalentes, foi verificado de duas maneiras, por um

lado as pessoas que são contra a proposta da lei para substituir o hospital monovalente e, por outro lado, pessoas ou instituições, províncias que são a favor do que a lei propõe (LOPERA ,2012).

Neste ponto, os controles de substituição requerem um processo pelo qual os dispositivos e hospitais monovalentes não existam mais, não basta ter um hospital monovalente com melhores condições de higiene, com melhor infraestrutura, ou equipes interdisciplinares/atividades, é necessário um processo em que este tipo de recursos se tornem obsoletos, já não existam e que as internações sejam feitas em hospitais gerais. Por isso, os regulamentos estabelecem e definem diretrizes muito claras sobre esse aspecto, por um lado há um prazo fixo para que os recursos humanos devam ser treinados e atribuídos a uma avaliação pessoal de quem trabalha em hospitais monovalentes e designados para dispositivos substitutivos de acordo com sua capacidade e idoneidade, é claro que a lei diz que ninguém pode ceder seus direitos trabalhistas ou seu emprego em função da lei de Saúde Mental. Mas a ideia é que todos possam ter um lugar de acordo com sua capacidade para seu perfil e também à sua preferência para com os novos dispositivos que serão criados (ARGENTINA, 2010).

O plano de adaptação deve ser coerente com o objetivo de substituição. Por exemplo, um plano de adaptação para um monovalente, que consiste em construir novos pavilhões, ou seja, adaptação, não é consistente com os objetivos de dispositivos substitutivos, não deve ser dado um investimento maior no monovalente e nem um investimento menor nos leitos menores monovalentes, cuidando gradualmente para que o dinheiro que não é investido no monovalente, vá para o investimento na rede de dispositivos substitutivos para a concentração gradual de recursos humanos, insumos e espaço para formação de graduação e pós-graduação. Não é só investir mais, mas mobilizar os recursos que estão atualmente no monovalente para que possam constituir os novos dispositivos e isso inclui a formação (LOPERA ,2012).

Não faz sentido formar residentes, mesmo que seja no formato de residência interdisciplinar em instituições de saúde mental que busca-se substituir (monovalentes), muito menos nomear um hospital como escola primária que também é alvo de substituição. De qualquer forma, sobre a formação, o que a lei propõe é reduzir gradativamente os espaços de formação que hoje estão nos cursos e nos estágios da prevalência de locais monovalentes. Cada vez mais criar mais espaço de formação nos hospitais gerais, nos centros de saúde dos bairros, nas casas de centros de dia a meio caminho, em todos os novos dispositivos que procuram desenvolver, no que diz respeito,

ao ensino universitário.

Há universidades autônomas com um mecanismo próprio de seleção de autoridades e de tomada de decisões, mas é necessário que as universidades acompanhem esta mudança, já que, o grau de formação tanto para médicos, para assistentes sociais, para psicólogos clínicos, para generalistas, para enfermeiros, são essenciais, então haverá possibilidade de diálogo onde estiver o ministério da Saúde da nação (TABORDA, 2012).

A maioria das universidades podem dialogar através da área correspondente do ministério da educação entre si, propondo quais são as recomendações, que coisas devem ser feitas, quais elementos, quais assuntos são bons, quais questões devem ser incluídas na formação de graduação e pós-graduação de nossos profissionais. Para acompanhar esse processo de transformação no que diz respeito a organização da equipe interdisciplinar, também surgiram muitas dúvidas, em alguns casos, se o trabalho teve que apagar os limites entre uma disciplina e outra, o poria os profissionais de uma disciplina a realizar ações ou obter tarefas que não correspondem a eles (ARGENTINA, 2010).

Os regulamentos e o trabalho em equipe não significa que cada um não assuma a responsabilidade que tem, pelas peculiaridades inerentes à sua profissão, em um dos pontos surgiram dúvidas como por exemplo se psicólogos iriam poder medicar. Isso é, absolutamente, não possível, porque não está dentro de sua formação ou de suas responsabilidades profissionais medicar. Mas se a ideia é trabalhar, sustentar o trabalho em equipe e cada um contribuir, porque, senão, não seria trabalho, não seria enriquecedor se não houvesse perspectivas diferentes ou visões diferentes da interdisciplinaridade ampla, também é dito ao regulamento que cada jurisdição define as características ética de suas equipes interdisciplinares (ALTAMIRA, 1993).

A composição de uma equipe básica, em suas instalações e avaliações, exigem pelo menos um psicólogo ou um psiquiatra, cada região, cada jurisdição pode montar as equipes de acordo com as necessidades e com as características da população, também ao que cada jurisdição decide.

O regulamento esclarece o aspecto do diagnóstico interdisciplinar e abrangente. Esse esclarecimento tem a ver com o histórico, de reivindicações, propostas e discussões sobre a necessidade de classificação geral sob um diagnóstico por humanos, pode-se obter, como a lei propõe, um sistema de diagnóstico que leve em conta caso a caso, para trabalhar a singularidade. O regulamento deixa claro a ideia de que a interdisciplinaridade



e diagnóstico integral tem a ver com a descrição das características relevantes de cada caso particular, articulando a perspectiva das diferentes disciplinas que intervêm, ou de padrões de organizações oficiais nacionais ou internacionais (BERMUDEZ ,2012).

Elaborar um esquema de diagnóstico que respeite as diferentes abordagens disciplinares, em grau que esclarece isso justamente em função do regulamento de explicar essa sintomatologia, fenomenologia e descrição, quando a lei fala da assinatura de profissionais de diferentes disciplinas. Há equívocos sobre esse processo de interpretação, quando alguém possa interpretar que uma internação assinada por um psiquiatra e um clínico é interdisciplinar ou assinada por um psicólogo clínico e um psicólogo forense, originalmente teria que ser profissões de grau diferentes, como é levantada aqui e as conclusões devem ser conjuntas.

Em alguns lugares, o interesse e os relatórios primários consistem na avaliação do psicólogo, de um lado o do psiquiatra e por outro o do assistente social, adverte-se que ao menos as conclusões devem estar juntas, devendo ser tomadas em equipe.

A grande frase em que girava em torno da mudança, quanto à exigência de internação involuntária, é dita pela lei que as instalações devem ser com consentimento, como regra, mas em certos casos podem ser realizadas sem o consentimento da pessoa, em que casos onde existe risco certo e iminente para si ou para terceiros (ARGENTINA, 2010).

O regulamento completo é definido e diz que os riscos estão diante da contingência ou proximidade de um dano que já é conhecido, como: seguro, verdadeiro e indubitável que ameace ou cause danos à vida e a integridade física da pessoa ou de terceiros.

Às vezes surgem situações diversas e pode haver uma pessoa que em avaliação pode-se pôr em risco em decorrência de sua atitude, mas não por causa de doença mental e requeira hospitalização. Um exemplo concreto envolve um casal em processo de divórcio conflituoso, com ameaças e violências, tal aspecto não envolve doença mental ou transtorno mental, tal situação envolve risco e periculosidade. O regulamento, esclarece que o risco certo e iminente que merece a 'internação' é o que vem de uma doença mental, se não vem de uma doença mental , bem, não merece 'internação', nesse exemplo dado, o que é visto envolve outras medidas de proteção, mas que a internação na saúde não seja usada para resolver outros problemas que não têm relação com isso.

Em relação às ações da polícia, recomenda-se que as províncias leiam e adotem o protocolo que o ministério da segurança da nação elaborou, a definição da lei é clara, a polícia e a força de segurança podem agir e devem agir na rua, em situações de crise por

saúde mental ou vícios, da mesma forma que têm que agir quando há uma gestante prestes a parir, prudentemente, de forma subsidiária à ação da equipe de saúde e, às vezes, esperando para a chegada da equipe de saúde para que a ação seja ordenada e sem o uso da força ou com o uso adequado e mínimo da força indispensável. Certamente o acesso, a discussão e a adaptação à realidade de cada província.

Há duas situações que exigem notificação obrigatória, à autoridade que tem a ver com a população com a internação de pessoas cuja identidade é desconhecida, para além das diligências que habitualmente têm acontecido é de notificar formal e fidedignamente as autoridades e a direção de saúde mental ou, neste caso, a subsecretaria da existência daquela situação, para que a autoridade, neste caso, notifica-se o registo nacional que vai estar sediado no ministério do interior e na saúde para colocar toda a força de toda a estrutura do Estado na resolução desta situação (ARGENTINA, 2010).

Também é de notificação obrigatória, quando há uma pessoa internada e a sua possibilidade de sair é frequente e sua situação de alta, por motivos de saúde, é atrasada devido a problemas de habitação social, etc. Tal situação, também, deve ser notificada à autoridade máxima de saúde mental de cada província, de forma a responsabilizar-se para que os serviços de saúde não fiquem a cargo dos profissionais, apenas do chefe do serviço, tendo que resolver.

Há situações que as ultrapassam do que propõe a lei, além do estritamente necessário para superar uma crise, sendo importante recorrer à autoridade política para que ela tome providências sobre o assunto e dê uma solução rápida em relação às soluções possíveis (BERMUDEZ, 2012).

Muitas clínicas privadas têm regulamentações muito restritivas em relação às visitas que uma pessoa internada pode receber, a lei vai na contramão disso e estabelece que as pessoas têm direito a acompanhamento permanente, claro, e em certo tempo. O que o regulamento propõe é que essa restrição seja pontual, deve ser fundamentada, não pode ser uma via de regra, não pode haver normas institucionais que digam que durante o primeiro mês de internação as pessoas não vão receber visitas, o que é absolutamente ilegal e deve ser modificado, e também em decorrência do diálogo com as organizações familiares, as regulamentações contêm a premissa de que se um familiar, por exemplo, não pode se atrasar, pois não poderá ver seu ente querido, nem as instalações, sem saber que a comida que é servida à pessoa etc. Sim, porque em muitas vezes, a desculpa terapêutica foi usada para que a pessoa nem pudesse saber as condições em que seu

familiar foi internado, condições que por algum motivo, claro, foram ocultadas e, evidentemente, não eram as melhores condições (ARGENTINA, 2010).

Quanto ao internamento de crianças, de adolescentes e de pessoas com declaração de incapacidade. A diferença entre incapazes, capazes ou entre menores de 18 anos e maiores se esbate no sentido de que essas pessoas também devem ser oferecida a assinatura do consentimento, ou seja, se um menino de 15 a 16 anos pode entender a situação, também é importante que, se ele concordar com sua internação, ele também assina o consentimento e essa informação, será enviada para os juízes. Sempre drt's notificado, mesmo que haja consentimento, sendo relevante avaliar no sentido de que, se houver, pode ser registrado e se não houver, pode-se procurar alternativas em que haja consentimento, ou eventualmente tenha-se que justificar o risco certo e iminente, como também é feito com adultos (RESTREPO ,2012).

Por último, em relação às internações, tanto as voluntárias, como as involuntárias, necessitam de algumas especificações, por exemplo, a que horas foi notificado, podendo ser por telefone, por mensagem de texto, da forma que for acordado com o tribunal de cada lugar, porque o importante é que seja mandado para a avaliação interdisciplinar, que seja avisado para a saída ser rápida e facilitada, de acordo com cada caso, garantindo que a pessoa participe nas decisões que são tomadas sobre o seu tratamento, na medida do possível, que no momento da internação a pessoa tenha o direito de nomear um advogado e seja informada, caso não o faça, caso seja necessário notificar a dependência província que ofereça o serviço de advogados à uma internação voluntária, pode se tornar involuntária e vice-versa, ou seja, posso ter um paciente internado voluntariamente, mas que quer sair exatamente no momento, de sua crise mais aguda (ARGENTINA, 2010).

Bem, nesse caso seja possível impedi-lo de ir, mas a partir desse momento é necessário fazer os avisos que a lei estabelece para qualquer internação involuntária, também o regulamento esclarece que os relatórios periódicos devem ser interdisciplinares, devendo conter qual estratégia de tratamento adotada e quais resultados foram obtidos, justificando, fundamentalmente, a continuidade da internação, bem como o projeto de alta fornecida pela equipe interdisciplinar. Isso não foi previsto na lei mas é interpretado pelo regulamento assim como interna-se por decisão interdisciplinar, no início da internação deve ser entregue ao usuário e uma cópia relativa do artigo 7 da lei, não de toda a lei, mas do artigo 7º, que estabelece seus direitos (LOPERA, 2012).

É importante poder fazer tanto a lei e os regulamentos visíveis como um instrumento, de luta, porque isso é uma luta contra o sistema asilar, contra um sistema de restrição de direitos que se recusa a se afastar, pelo fato de ter um século de história e qualquer prática humana com séculos da história resistirá, sempre, às mudanças e porque também há interesses em jogo. Por isso é importante que não nos atentamos obsessivamente à letra da lei mas que seja, fundamentalmente, o seu espírito e que contagie. O que é espírito de militância? O que é espírito de transformação? E o que é transformação? O que é possível nessas condições políticas mudar as condições culturais?

Há o anúncio de um projeto de reforma do decreto normativo da lei nacional de saúde mental nº 26.657 , que pretende dar uma revirar a política de saúde mental que teve como marco aquela lei sancionada com grandes acordos e valorizada como modelo por organizações internacionais para a proteção dos direitos humanos. Este novo regulamento é uma clara contradição com os princípios e com os direitos e diretrizes emanados da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. O projeto prioriza um modelo de intervenção contrário ao modelo social da deficiência (GÓMEZ ,2003).

A lei nacional de saúde mental foi um avanço fundamental para o reconhecimento das pessoas com doença mental como sujeitos de direito e para a substituição do manicômio por tratamento digno. O projeto de decreto regulatório é, claramente, um retrocesso no respeito aos direitos humanos desse grupo de pessoas.

Os pontos mais preocupantes são as modificações sobre a concepção de saúde mental como um processo multideterminado por componentes históricos, socioeconômicos, culturais, biológicos e psicológicos (BERMANN,1965), e restaura o modelo médico hegemônico com uma perspectiva biológica insuficiente para um tratamento integral da saúde mental. .

Essa visão possibilita exclusivamente “práticas baseadas em evidências científicas” e exclui as contribuições de disciplinas essenciais para a reabilitação da doença mental, como terapia ocupacional, musicoterapia, arte, enfermagem, psicologia, acompanhamento terapêutico e serviço social, entre outras. Reinstala o manicômio sob o nome de "hospitais especializados em psiquiatria e saúde mental" e admite o isolamento total das pessoas que considera "doentes" novamente como tratamento regido pela "arte médica" (LONDOÑO ,2014).

Da mesma forma, possibilita o tratamento em comunidades fechadas para pessoas

com uso de drogas. Na mesma linha, ao determinar a internação compulsória, substitui a exigência de iminência de dano para si ou para terceiros e instaura o conceito de periculosidade, pois permite uma avaliação com base nos riscos potenciais.

Prejudica e desvirtua o direito à defesa técnica dos usuários, e estabelece que os advogados de defesa devem considerar a opinião da equipe de tratamento para não interferir no esquema terapêutico, circunstância que desconsidera a voz e os interesses do usuário. Além disso, estabelece que o juiz nomeará o defensor oficial, impedindo a ação de ofício de acordo com a lei do Ministério Público da Defesa (BERMUDEZ ,2012).

Restabelece a lógica do modelo tutelar de substituição da vontade , ao reconhecer expressamente que uma pessoa pode ser declarada completamente incompetente em clara contradição com as disposições do recente Código Civil e Comercial da Nação e normas de hierarquia superior.

Retira a designação da autoridade máxima do Órgão de Revisão da Lei da jurisdição do Ministério Público da Defesa e atribui-a ao Ministério da Saúde Nacional. Desta forma, a Autoridade de Aplicação da Lei será quem designará a pessoa responsável por exercer as funções de controle sobre si mesma. Por sua vez, impõe uma nova conformação plenária que desequilibra a pluralidade de setores e favorece as maiorias médicas hegemônicas (RESTREPO ,2012).

A Lei Nacional de Saúde Mental foi produto de amplo consenso e mudou o paradigma do asilo para uma abordagem de direitos humanos que restaurou direitos. Pelo gravíssimo revés que isso implica, pedimos ao Presidente da Nação, Mauricio Macri, que não assine o decreto que será taxado de inconstitucional, e ao Ministro da Saúde da Nação, Adolfo Rubinstein, que cumpra a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e assegurar a participação das organizações de usuários de serviços de saúde mental e de pessoas com deficiência antes da aprovação dos atos administrativos que os afetem.

## **5. SAÚDE MENTAL NO PARAGUAI**

### **5.1 - Política de saúde mental**

O Paraguai tem trabalhado na constituição de um sistema de saúde com enfoque na atenção primária à saúde, com fluxo de trabalho estabelecido através da capilarização das clínicas de saúde da família, adstritos em uma área delimitada, com população alvo, equipes multi e interdisciplinares, fornecendo cuidado holístico e integral (DOMINGUES;

NOGUEIRA, 2015).

Em 2008, é elaborado um plano de saúde objetivando a qualidade de vida com princípio norteador da equidade, com garantia ampla de acesso. A descentralização dos serviços é um eixo importante desta proposição, porém, entendida como um desafio para a reformulação do sistema de saúde.

Essa problemática, envolve a reincidência de casos de violências nos serviços públicos de saúde contra a população, ampliado pela desigualdade social (BARRETT, 1911). A baixa oferta de dispositivos de saúde, bem como, escassez de profissionais qualificados e a pouca oferta de cuidado com qualidade, impacta, negativamente, na atenção à saúde mental, tendo, ainda, prevalência do modelo asilar e manicomial.

Há um limbo sobre a historicidade da evolução das políticas de saúde mental no Paraguai, considera-se que a ditadura militar e a noção de importância da saúde biológica sobre a mental contribuíram para esse cenário atual (BIRCH, 1993).

Em relação a fiscalização dos hospitais psiquiátricos, foram constatadas no estabelecimentos diversas deteriorações, tanto no aspecto de infraestrutura, quanto na garantia dos direitos humanos básicos. O Paraguai se detinha ao movimento de substituição dos serviços centralizados, asilares e manicomiais, mas a comissão interamericana de direitos humanos encontraram a necessidade de intervenção nesse hospital psiquiátrico em Assunção, vinculado à universidade.

Várias condições precárias e deontológicas (negligência, imprudência e imperícia) fomentam a violência e a má qualidade da assistência, aglutinando um quantitativo de pessoas em condições desumanas, superlotando os espaços de cuidado, perpetuando a assistência (defasada) hospitalar ao atendimento territorial, nessa localidade, provida pelos ambulatorios. Com isso, foi estabelecido um prazo para reforma da assistência no país, priorizando a saúde mental (LA CUADRA, 2014).

Esse movimento fez com que o governo do Paraguai, se articulasse com seus dispositivos para mudança dessa cinemática de atendimento à saúde mental ou psiquiatria, almejando contemplar a necessidade das pessoas internadas, como a construção e sedimentação de uma rede em atenção à saúde mental, comunitária. Inúmeros problemas foram surgindo, como a formação de lobbies, o não investimento em formação para assistência qualificada, com esses obstáculos, houve uma pequena melhora, porém, não o suficiente comparada aos critérios internacionais de direitos humanos (PARAGUAY, 2008).

No início da implementação, o montante de recursos investido na saúde mental,

enquanto política e dispositivos, era um por cento dos cálculos que direcionaram dinheiro para o ministério da saúde mental e bem estar. 84%, era para o hospital psiquiátrico, posteriormente, após a constituição da política de saúde mental, foi aumentado mais 8%. O perfil de pessoas atendidas pelo hospital psiquiátrico, envolve casos de ruptura/desconexão com a realidade, casos considerados graves, esquizofrênicos, catatonia, histeria grave, etc. Tal movimento, evidencia que a centralização desses casos no hospital, com necessidade de aumento de verba, procede o não investimento em um modelo substitutivo. (MOUJAN, 2011).

A expansão do prazo para a consolidação do serviço, foram recorrentemente utilizados pela dificuldade de implementação do serviço comunitário, da criação de políticas robustas em saúde mental e também ao processo de desinstitucionalização e reintegração social.

Com o dispositivo criado para avaliar os sistemas de saúde mental, a utilização no Paraguai foi importante para caracterizar e explicar a utilização da internação longa nos hospitais psiquiátricos como recurso, prevalente na atenção de pessoas com algum tipo de transtorno mental, principalmente, as situações de crise e uso de substâncias psicoativas e a inaugural rede ainda não cobrindo as demandas populacionais (KOHN et al, 2005).

Os espaços de formação também são poucos, de tal modo que os recursos humanos e mão de obra qualificada para atuar na saúde mental, rompendo com o paradigma da psiquiatrização, medicalização, internação e hospitalização são escassos, associado à regulamentação por parte do governo de um dispositivo relacionado aos direitos humanos dificulta ainda mais a mudança da assistência do Paraguai relacionado à saúde mental. Isso é extremamente preocupante com a garantia dos direitos humanos básicos, atingindo e ampliando o sofrimento psíquico da população do Paraguai (DOMINGUES, 2018).

Até o ano de 2010, não houve melhoria significativa sobre a rede de atenção em saúde mental, com retorno da comissão dos direitos humanos ao país, medidas de cautelas foram adotadas para melhorar o estado dos internos nos hospitais psiquiátricos. Um ano antes, o Paraguai se articulou com o Brasil para qualificar as assistências de saúde mental em seu país, embasado pelo modelo brasileiro que se integra com as equipe de saúde da família (LÓPEZ, 2011).

Nesse período, novamente, o hospital psiquiátrico recebeu medidas cautelares, apesar da movimentação no Paraguai para mudar seu modelo de atendimento à saúde

mental e psiquiatria, essa já é a quinta intervenção, decorrente das violações nesses ambientes.

No quinquênio 2009 à 2013, o plano instituído pelo governo, visava a mudança da assistência hospitalar e iatrogênica para a promoção, positiva, da saúde mental com qualidade e territorial.

Com isso é elaborado a constituição de censos e cartografia demográficas, estudos e pesquisas epidemiológicas, com a finalidade de obter dados sobre pessoas com sofrimento e transtornos mentais, para assim, conseguir elaborar políticas mais efetivas e próximas da realidade da população adstrita. O processo de desinstitucionalização com os serviços territoriais de base comunitária, tendo a humanização como pilar importante e a garantia dos direitos humanos é outro eixo proposto pelo governo (PARAGUAY, 2011).

A participação popular toma forma no eixo da constituição das políticas de saúde mental. A construção com as contribuições, discussões, experiências e vivências de usuários, pessoas que utilizam os serviços, familiares, profissionais, gestores na elaboração das políticas de saúde mental em suas idiossincrasias.

Tal política demonstra a viabilidade e a possibilidade de superação do modelo manicomial e dos centralismos, principalmente relacionado aos hospitais e aos saberes 'psi'. Um objetivo importante é a qualidade de vida e políticas que contemplem esse eixo, a integralidade, a equidade, o caráter comunitário e territorial e a cidadania dos cidadãos.

A participação popular é extremamente importante nesse processo, junto da universalidade, de um serviço com rede integradas e a equidade, inclinam a gestão participativa na elaboração de representações e organizações que trabalhem com a saúde mental e planejamento social da gestão pública sobre a saúde mental (PARAGUAY, 2008)..

A gratuidade é uma garantia sine qua non ao acesso à tal serviço, sendo reforçada pela política de saúde mental, de tal modo que a ampliação e qualificação dos serviços e assistências são relevantes na fomentação do trabalho territorial. O respeito à dignidade humana, substancialmente está na elaboração da política em decorrências das violações e violências ocorridas nos serviços pregressos, com necessidade de qualificação e mudança cultural da representação social ao tema da saúde mental e transtornos psíquicos (PARAGUAY, 2011).

Tais ações buscam atuar amplamente sobre a qualidade da assistência e redução dos fatores de risco da saúde mental, em caráter biopsicossocial. Essa expressão



transcende a mera presença de tal política, mas exige o fortalecimento e ressignificação de uma rede comunitária, integrada, digredindo do modelo manicomial, em todas as esferas de assistência, com reorganização e reformas para coadunar com tais propostas (TORRES, 2017).

Visando otimização de tal transição em atenção, a rede integrada de saúde mental é balizada pela política de saúde mental do Paraguai, que segue o modelo em hierarquias dos níveis, primária, urgência, emergência, especializada e hospitalar, de tal maneira que os serviços se integrem e se complementam, não somente existindo e funcionando, mas que em sua oferta e proposta, consiga tornar os hospitais psiquiátricos e manicômios obsoletos e defasados. Os serviços complementares são outra ramificação importante da política nacional de saúde mental, constituídos pelas vigilâncias em saúde, centros informação, transporte, redes de apoio, reabilitação, assistência farmacêutica, redes de diagnóstico, com atributos pautados pelo multiprofissionalismo, interprofissionalismo, transdisciplinaridade, interdisciplinaridade (PARAGUAY, 2011).

As equipes de saúde da família, apesar de não serem, necessariamente, especialistas em saúde mental, prepara-se ao estabelecimento de uma vertente voltada à saúde mental em seu processo de trabalho, tanto no aspecto do transtorno mental, quanto no sofrimento psíquico e uso abusivo de substâncias psicoativas, nos diversos níveis de atenção (MOUJAN, 2011).

Em nível primário, há a incidência de ações voltadas à prevenção e promoção de saúde, os processos de educação continuada, formação em saúde, assistência e reabilitação. Já o nível de atenção especializado, acontece no centro comunitário de saúde mental e ou nos centros ambulatoriais de especialidades, em consonância com os hospitais gerais e dispositivos provenientes de pactuações firmadas pelos gestores.

Às urgências e emergências são registradas como suporte e as necessidades dos serviços de saúde mental, os reguladores (centros) contará com a presença médica para emergências e diagnósticos, critérios para internação e tratamento. A rede de atenção hospitalar, estimula uma série de processos e cuidados para que a internação não seja o primeiro recurso na conduta de atenção à saúde mental, quando a internação acontecer será em ambiente preparado, em leitos em hospitais gerais (PARAGUAY, 2011).

É descrito à internação como só utilizável quando a conduta terapêutica trazer mais benéficos do que as intervenções em caráter territorial, limitando as situações de crise em saúde mental, postergada até 14 dias. A internação involuntária requer a avaliação de componentes que evidenciam o risco para si e para outros, sendo essa a

única intervenção possível, preservando os direitos humanos durante a internação

Os serviços substitutivos englobam uma categoria de instrumentos voltados para a desinstitucionalização e reinserção na sociedade, com atenção aos aspectos de trabalho, renda e autonomia, bem como sendo um intermediador das situações de crise que envolvam a internação. A finalidade é o estímulo da participação social à comunidade das pessoas com sofrimento mental, assim, ampliando sua qualidade de vida (PARAGUAY, 2011).

Sobre o envolvimento e acompanhamento do usuário que realiza a utilização de substâncias psicoativas, a política não é aprofundada, descrevendo pouco as ações planejadas nessas situações. O Paraguai é um país que sofre bastante com o aumento do consumo de álcool, maconha, cocaína e crack e os prejuízos gerados pela disseminação em sua população (PARAGUAY, 2014).

No âmbito da atenção primária, está o escopo do atendimento aos usuários de substâncias psicoativas provenientes das equipes de saúde da família e grupos de auto-ajuda. Há uma normativa, minimamente descritiva, construída pelo ministério da saúde e bem estar do Paraguai, que trata sobre as comunidades terapêuticas e centros religiosos na proposta de oferta de saúde, considerando o cunho religioso desses dispositivos.

O centro nacional de adição, localiza-se ao lado de um hospital psiquiátrico, com público masculino, feminino, adulto e infantil, os serviços prestados são ambulatoriais e de desintoxicação. Todo esse sistema de atenção aos usuários de substâncias psicoativas são carentes de profissionais qualificados e sensíveis a essa problemática, de tal forma os serviços especializados para isso também são poucos.

Alguns protocolos foram criados a partir do desenvolvimento da política de saúde mental em 2011, direcionados para assistência ao manejo clínico de saúde mental no nível primário. Tal protocolo foi construído em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Brasil) (PARAGUAY, 2012).

O conteúdo desses protocolos são ofertados pelo ministério da saúde e bem estar através de cursos e capacitações. A média de duração desse curso é de 365 dias, com público alvo profissionais da rede pública de saúde, com preferência aos trabalhadores da saúde da família, devido à sua capilarização territorial. Outro documento importante é desenvolvido por profissionais (psicólogos, médicos, enfermeiros, psiquiatras, assistentes sociais) descrevendo os critérios de admissão, permanência, manejo e alta das pessoas em sofrimento psíquico com transtorno mental (PARAGUAY, 2013), visando a segurança

e qualidade das interações.

Já no ano de 2015 é regionalizado os serviços de saúde e organizado a partir das regiões sanitárias, dispondo dos serviços de assistência à saúde mental na atenção primária, hospitalar e especializada, de tal modo a ampliar a assistência em saúde mental.

O financiamento ainda é um ponto crítico, não ultrapassando 1% do orçamento destinado à saúde. É sugerido que o montante para a saúde mental transcende os 5%. O total gasto em saúde mental no Paraguai, factualmente, entre 79% e 81% foi utilizado em decorrência de internações psiquiátricas, atualmente é o oposto, com a maioria dos recursos investidos em dispositivos de caráter ambulatorial (LÓPEZ,2011).

Embora esses dados corroboram à um bom cenário, é importante salientar que alguns obstáculos persistem na transição da assistência, um deles é o pouco quantitativo profissional especializado na qualificação da assistência, também o dimensionamento de profissionais e serviços, bem como os pólos de formação (KOHN,2005).

Apenas 2 universidades produzem a qualificação de psiquiatras em todo o Paraguai e não possuem a instituição da política de saúde mental em seu projeto pedagógico das disciplinas do cursos, abrangendo a reforma psiquiátrica, aglutinam o ministrar das aulas apenas na psiquiatria descritiva, fenomenológica, sinais e sintomas para poder fechar um diagnóstico.

Outro fator preocupante são os dados apontando o alto número de pessoas em longa internação, institucionalizadas em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, sem perspectiva de transferência ou saída para a rede substitutiva para o acompanhamento em saúde mental (LA CUADRA,2014).

Um fator cultural se mostra de extrema importância, impacto e complexidade, pois, tal fator envolve o estigma e preconceito relacionados à saúde mental. A população paraguaia tem forte dogmas religiosos, principalmente pelo judaico cristã/catolicismo, então, muitos dos fatores patoplásticos, nos momentos de crise, envolve relação com personagens religiosos e a “possessão demoníaca” é uma explicação recorrente utilizada pelos leigos. A saúde do homem também é afetada nesse aspecto, pois não é raro os episódios em que os homens buscam atendimento em saúde e são associados com divergências de orientações sexuais e gêneros.

O desenvolvimento da saúde mental e de suas políticas à atenção e manejo pelos serviços públicos de saúde no Paraguai é semelhante a américa latina, um histórico marcado por violências, exclusões, manicomialização, desrespeito aos direitos humanos básicos, associado a defasagem dos serviços de saúde em todo o território nacional

(MOUJAN,2011).

O governo visa a reversão de tal assistência iatrogênica e violenta, através dessa nova política de saúde mental embasada na reforma psiquiátrica, proporcionando qualidade de vida, integração social, respeito à dignidade e a vida humana, aos direitos humanos , com maior investimento nesse setor (PARAGUAY, 2011).

As fragilidades incluem a necessidade de promover a descentralização e ampliação da ação e dos serviços profissionais no campo da saúde mental e, fundamentalmente, a criação de leis de saúde mental para garantir a proteção dos direitos humanos dos usuários e criar regulamentos que estipulem o tempo de permanência em instituições psiquiátricas (DOMINGUES,2018).

Por fim, as alegações contidas na atual política nacional de saúde do Paraguai vão desde a ênfase no cuidado comunitário até o fim da hospitalização de longa estadia. No entanto, deve-se considerar a importância da política, o tempo é um aspecto importante a levar em conta, talvez a passagem do tempo possa criar conexões, associando às mudanças incrementais propostas na política, tornando-se a porta de entrada para países poderem negociar sobre cuidados de saúde mental.

Uma visita à história do cuidado em saúde mental na América Latina, e mais detalhadamente no Brasil e Paraguai, nos deu um panorama que prevê os rumos da assistência psiquiátrica, em políticas nacionais de saúde mental desses países.

## **6. AVANÇO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA AMÉRICA LATINA**

Um breve histórico sobre o surgimento das comunidades terapêuticas (CTs) se faz importante nesse processo de contextualização, com o fim da segunda guerra mundial houveram algumas experiências com a implementação desses dispositivos. Os Estados Unidos da América voltaram suas atenções para as questões relacionadas ao álcool e drogas, de maneira mais rígida, balizado pela reconstituição de identidade através da moralidade do indivíduo. Na Inglaterra, aconteceu o desenvolvimento de outro dispositivo, com intuito de tratar os transtornos, distúrbios e sofrimento mental, segmentada na reforma psiquiátrica inglesa (SOMMER,2011).

Com esse cenário pós guerra, muitos médicos tinham como principal público alvo os militares, traumatizados pelas experiências no campo de batalha. Ainda com a prevalência do modelo hospitalocêntrico e do saber médico, o propósito fundamental era a colocação do hospital como um espaço de cura , promovendo e integrando toda a

equipe profissional de tais dispositivos e familiares.

Dessa maneira, a comunidade terapêutica incluiria a família no processo de tratamento, valorizando e inserindo essa participação com finalidades terapêuticas e promoção de cuidado, também como prevenção à precipitação de novos problemas em saúde mental (ZINBERG, 1980).

A proposta da CT de Jones (Inglaterra), era sedimentada pela aceitação, tolerância e controle dos movimentos 'desviantes', com mútuo apoio em um ambiente democrático, com amplo acesso e oportunidades. Outro pilar substancial envolvia a reintegração à sociedade e trabalho, para garantir fontes de renda e subsistência, o processo de trabalho nesses locais contavam com técnicas 'educativas', superioridade dos profissionais em detrimento dos usuários e pressões psicológicas (BORTHWICK, 2009).

Em gênese, a essência inata de tal proposta é a exploração, com narrativa de cuidados terapêuticos, sendo esse o principal diferencial das CT com os demais dispositivos que se assemelhavam ao cuidado (MORIN, 1994).

Na América Latina, a implementação e proliferação das comunidades terapêuticas, se assemelham ao modelo proposto nos Estados Unidos da América, focado na reforma moral do sujeito, com forte influência religiosa. Destaca-se que a invasão européia na América, constituiu uma forte presença cultural do catolicismo, fazendo eco até os dias atuais, no imaginário social, a relação de religião e transtornos mentais, sendo comum a associação entre possessão demoníaca com a esquizofrenia, por exemplo (PRIGOGINE, 1994).

Assim, uma das doutrinas estabelecidas nas CT's, ontológica, envolve a violação dos direitos humanos básicos relacionado à produção e expressão de sua religiosidade, assim, esses estabelecimentos provocam a aceitação por parte dos usuários e familiares à uma linha religiosa escolhida e praticada pela instituição (MORIN, 1994).

Em países com baixo investimento público em saúde mental, por exemplo, Argentina, Paraguai, Chile, Colômbia e Brasil. Há o fomento de criação de novas comunidades terapêuticas, de tal forma que, associado à cultura local e disponibilidade à população, aos casos de sofrimento mental intenso e transtorno mental, são, organicamente, recorridos pela população mais distantes dos centros das capitais, com alto nível de vulnerabilidade e pouco recurso financeiro as 'internações' nas comunidades terapêutica (ÁLVAREZ, 2003).

De acordo com a OPAS, a religião é largamente presente nas comunidades terapêuticas, com prevalência da religião cristã, católica, outras religiões, havendo

também, instituições não vinculadas à religiões específicas, que por sua vez propaga, intensamente, o debate da espiritualidade na restauração das pessoas que utilizam substâncias psicoativas.

As comunidades terapêuticas são singulares em seu modo de atuar, porém, exercem atividades comum, embasado pelo viés religioso, apoiando nos aspectos relacionados ao trabalho, espiritualidade e disciplina, associado à terapia medicamentosa, bradam como os recursos indispensáveis ao cuidado, tratamento e cura do uso de substâncias psicoativas (GUTIÉRREZ, 2010).

Outro movimento que rompe com os direitos humanos, envolve o trabalho (larboterapia), onde, os internos são empregados de maneira não remunerada conforme legislações trabalhistas em países sul-americanos, praticando atividades de competências técnicas, insalubres, assemelhando-se a escravidão. Atividades como limpeza, alimentação (distribuição e preparo), manutenções em infraestrutura das CT 's, atividade de vigia, chegando até ao controle de armazenamento e dispensa de medicação clínica e psicotrópica (BORDA, 2009).

Isso evidencia a utilização de mão de obra barata em substituição à contratação de profissionais devidamente selecionados para execução das atividades de suas competências, com seus regimes e direitos trabalhistas. Há existência de castigos, punições e torturas em caso de recusa da execução do trabalho. É comum o Estado financiar algumas comunidades terapêuticas, recentemente países como Argentina, Paraguai e Brasil utilizam de tal meio de oferta de 'cuidado', todavia, há, também, os mecanismos que essas CT's encontram seu sustento, seja por doações de igrejas, familiares, parcelas da população, acontece cobranças de mensalidades dos usuários (MAISANO, 2014). Essa movimentação traz a adversidade sobre a contratação de profissionais qualificados para execução das atividades necessárias à manutenção da comunidade terapêutica, atendimentos (MILANESE, 2012).

Tem uma questão fundamental sobre o prognóstico moral das comunidades terapêuticas que envolve a docilização dos corpos através do trabalho, propondo que sujeitos que utilizam substâncias psicoativas, de modo que o uso interfira negativamente em sua rotina, serão pessoas reconstituídas à sociedade através da realização de trabalho para que, futuramente, possa executar tais atividades em seus empregos.

As punições e castigos aos indisciplinados, além de recorrentes, exacerbam a execução do biopoder, considerando a hierarquia dos trabalhadores e as práticas aos subordinados. Algumas punições envolvem a prática repetitiva de determinada atividade,

violência física, psíquica, patrimonial, privação de sono, sobrecarga de trabalho, assédio, restrição parcial ou total à alimentação, contenção física, mecânica e espacial (MILANESE, 2005).

As violações de liberdade e prática religiosa também constituem outro tipo de violência, a narrativa prevalente nas comunidades terapêuticas, com viés religioso, principalmente pelos trabalhadores em cargos mais elevados nesses dispositivos, é que o uso de substâncias psicoativas é pecado, somente a religião pode salvar (TARGINO, 2017)

As internações involuntárias e compulsórias, não são estritamente reguladas, a característica asilar, associado à inexistência de projeto terapêutico singular/individual, ou propostas de cuidado e atenção constituído, com respeito e participação do sujeito, relacionando as problemáticas, promovem prolongados tempos de internação nesses locais (CLDD, 2010).

Apesar de serem portas abertas, uma série de atividades elaboradas no interior desses espaços promovem o enclausuramento dos usuários. É pouco provável a saída, por vontade própria, em momento desejado, quando a pessoa é considerada problemática ou insubordinada, diferindo da narrativa sobre autonomia e liberdade. O processo de trabalho que os usuários realizam também atenua essa possibilidade. Outro ponto marcante, envolve a distância desses lugares dos centros ou meios de transporte, sendo, em sua maioria, localizados em áreas rurais, distantes dos centros das metrópoles, com retenção de pertences e documentos pessoais na admissão (violência patrimonial) (MPS, 2008).

A prática de internações compulsórias também se fazem presente nas comunidades terapêuticas, seja por fragilidade ou inexistência de política públicas voltadas à essa área, também retoma o aspecto da disponibilidade de serviços de saúde qualificados, de maneira a facilitar a atenção às situações de crise ou de uso intenso de substâncias psicoativas (ÁLVAREZ, 2003).

Poucos são as CT 's que possuem médicos, mas tal característica não impede a proliferação de medicalização e uso de psicotrópicos nesses ambientes, caracterizando-se como risco extremamente elevado à vida dos usuários. No Brasil, uma técnica utilizada em algumas comunidades terapêuticas envolvem o encaminhamento dos usuários aos CAPS, para acesso a avaliação psiquiátrica, receita de psicotrópicos e a medicamentos gratuitos, para posterior inserção as comunidades terapêuticas sem acesso ao ir e vir, utilizando recursos financeiros dos internos/usuários (benefícios) para

manutenção, controle e tutela das pessoas em seus serviços.

Essa medicalização evidencia outra problemática nas comunidades terapêuticas sobre a centralidade biomédica e da psiquiatria como modelo de saúde relacionadas ao transtorno mental e ao uso de Substâncias psicoativas, apresentando como modelo de cuidado as práticas manicomiais. Os vínculos defasados de trabalho fomentam a precarização da assistência (PRIGOGINE, 1994).

Outro objeto do imaginário social sobre as substâncias psicoativas, envolve a correlação entre os usuários e interferência/manifestações religiosas, há um outro aspecto que associa a drogas com a criminalidade e periculosidade, o que difere dos estudos realizados em diversos setores acadêmicos, em regiões da América Latina.

A utilização da polícia como pilar do combate às drogas, também não tem se demonstrado eficaz como proposto ao longo dessa pesquisa, a relação indivíduo - substâncias psicoativas, vão muito além do escopo da saúde isoladamente ou qualquer outro setor isoladamente, é um caso multifatorial, que requer intersectorialidade ampla nas propostas e discussões relacionado ao tema (CICAD, 1999).

O desmonte e sucateamento, bem como, o não desenvolvimento de políticas voltadas para a saúde mental e uso de substâncias psicoativas, agravar, severamente, o cuidado em liberdade, fomentando e ampliando as narrativas e instituições de serviços que são ou se assemelham a proposta de 'cuidado' propagado pelas comunidades terapêuticas. As populações mais vulneráveis são, extremamente, violentadas com tal as políticas de atenção ao uso de substâncias (BASAGLIA, 1994).

O manicômio faz eco nas comunidades terapêuticas, através da internação, violências, isolamento, punição, apropriação dos corpos, controle, tais aspectos se bricolam e transfiguram com o passar do tempo, a sociedade capitalista tem vivenciado uma reconfiguração e renovação de dispositivos e instituições, que autorizam-se a violentar, conter e controlar em nome de cuidar, sendo legitimada de forma jurídica ou na ausência do legislativo. Os grupos desviantes, têm sido extremamente impactados nessa reorientação das instituições totais, oprimindo os considerados 'desviantes' pretos, pobres, mulheres e LGBTQIA+ (MANIFESTO, 2013).

## **7. TERRITÓRIO**

A construção do conceito de território, implica em uma elaboração conceitual prática, étnico, cultural e social, o espaço e sua noção distingue do já estabelecido, sendo



natural em sua matéria, lapidado pela sociedade e seus fluxos de base, o território retoma ao constructo formalizado e quantificado, sujeitado, balizado, sofrendo transformações em suas redes, modificado, com circuitos, fluxos e sistemas instalados e que se instalam na economia, no jurídico e na sociedade, formando um complexo, modelado e modelador. Isso faz o território e sua locacionalidade ecologicista, seus objetos exossomáticos na produção e reprodução das identidades (RAFFESTIN, 1993).

Na constituição do Estado moderno, os pilares básicos são: o povo, sua soberania e o território, portanto a relação plasmótica entre Sociedade, Território e Estado, que ainda refere-se ao patrimonialismo (BAHIA, 1979).

O território expressa o exercício de poder, ou melhor, do biopoder, representado politicamente, não no sentido político partidário, mas política enquanto pólis. Muito se associa à manifestação do poder e da soberania ao patrimônio e propriedade, representado juridicamente, designando o conceito de territorium, dando o sentido de propriedade a um percentual geométrico de terra. Esse entendimento é comum ao período monástico, onde os reis (soberanos) conotavam o local do dominador e a dominação por seu poder, demarcação e interdição (LE BERRE, 1995).

O conceito de territorialidade envolve a peculiaridade de um organismo para o qual se apodera de um território, empossando-se, e dando sentido de seu, protegendo-o de seus membros iguais (RAFFESTIN, 1993).

Na perspectiva da proxemia, uma circunscrição, uma membrana, uma barreira não visível, separa os espaços individuais, em seus signos, forma-se uma linguagem não fonética que acompanha os indivíduos, formando sujeitos, como territórios manejáveis inerentes, ampliando e minimizando de acordo com cada percepção singular de um sujeito sobre seu referido espaço cultural espacializado e especializado. (HALL, 1966)

O sentido político dos modos de organização do espaço pelo ser humano, entendida como territorialidade, demonstra um movimento comportamental e organizacional dos espaços em diferentes dimensões, como a influência em territórios delimitados ou demarcados, sendo exclusivos ou distintos, em parte pelo menos, por seus agenciadores, uma evidenciação disso, envolve a significação de propriedade privada, que varia entre ocidente e oriente (SOJA, 1971).

A relação social entre os homens impacta e amplia o entendimento de territorialidade, para além da individualização do binômio território-homem, assim o espaço, tempo e sociedade buscam por autonomia, limitando-se em seus recursos disponíveis no sistema, criando novos, e resignificando antigos. Essa dinâmica flui em

classificações estáveis e instáveis (RAFFESTIN,1993).

Tal sistema complexo de socialização entre os humanos, no espectro social e geográfico, a territorialidade envolve o sentido de identidade em relação ao espaço, uma compartimentação da interação entre os seres humanos o meio (espaço) e um sentido de exclusividade (SOJA, 1971)

A identidade espacial parte dos sentimentos e afetos topofílicos. O senso de exclusividade, tem uma relação forte com a comunicação proxêmica, aflorando-se com risco iminente de invasão ou evasão abrupta ao espaço da familiar ou próprio, por desconhecidos ao ambiente e a cultura. A interatividade espacial proporciona uma relação vantajosa, mutuamente, enfatizando o escopo da classe social e a contextualização histórica (RAFFESTIN, 1993).

A territorialidade, também, pode ser entendida como uma manifestação de poder não extintiva, tampouco agressora, é uma arguição, uma técnica, uma estratégia ontológica do humano, na afetação, influência e controle social do espaço, individualmente ou internacionalmente. É um movimento de um grupo ou indivíduo, visando afetar, obter controle, influenciar pessoas, relações e seus fenômenos , e demarcar o controle e poder sobre uma área específica (território) (SACK, 1986).

Expressa-se em tempos distintos e espaços diferentes, podendo ser simultâneo também, como os centros cidadão, com a territorialidade comercial atravessando e atravessada pela territorialidade dos grupos urbanos, das igrejas, dos trânsitos, das tribos, justapondo-se sazonalmente, rotineiramente, ciclicamente com o uso dos espaços pelo comércio, empresas e empregos na parte do dia e uso de substâncias psicoativas, roubo e sexo pela noite (SOUZA, 1999).

A territorialização ou reterritorialização implica na elaboração de signos, simbolismos que compõe a identidade (abstrata e concreta) à um contorno delimitado e definido, singularizando-o, tornando-o único. Esse processo conceituado como enraizamento do território (HAESBAERT, 1999).

Os modelos atuais de cidades dialogam, ou deveriam, em uma identidade visibilizada, materializada e objetiva com qualidades dos grupos sociais em suas escalas, a multidentalidade das cidades e a heterogeneia fomentam a singularização desses espaços, bricolando o estar, apropriando-se dos microterritórios internos, por atores idiossincráticos , hibridizando a cultura, o diálogo, a estética, a plástica e a exclusividade das relações sociais em seus agregados. (COSTA, 2005).

A complexidade que envolve o trabalho no território, abarca também, a polissemia

do termo território, apresentando-se como divisão administrativa, política, e entendido como área geográfica, como local de interação entre serviço e população (GONDIM et al., 2008), ou emerge no cuidado da atenção básica opondo-se ao modelo centrado no hospital. Esse termo por vezes é lido como processo, como relação entre cultura, sujeito, espaço e habitação.

A saúde tem se apropriado desse conceito, agregando novos sentidos aos existentes como: ambiente, espaço e território. Essencialmente é pertinente as confusões nessa ressignificação e adjetivação dos conceitos originais (MONKEN, 2008).

Essas divergências entrelaçam-se com os discursos, que nem sempre apresentam coerência entre si, sobre a lógica do trabalho territorial. Utilizar de outras áreas para pensar o território se faz importante, levando em consideração as ideias propostas pelo campo da antropologia, ciência política, sociologia, ecologia e ergologia. A Geografia contribui na dimensão entre Estado e Território (jurídico política) e a territorialidade humana relacionada a territorialidade animal (etológica) (MONKEN, 2008).

Milton Santos formula uma teoria social sobre o destino e as construções dos lugares que atravessam a noção de território (SILVEIRA, 2011). A modernidade e sua herança de conceitos puros traz uma noção de território não tão adequada às peculiaridades contemporâneas, usar do território e não usá-lo em si carece de uma reavaliação histórica, moldando assim como um plano de fundo estático da vida. Entendê-lo é fundamental, deslocando-se da alienação, para compreensão de estar e da existência coletiva e singular (SANTOS, 1994).

Ele teoriza sobre o espaço geográfico, entendendo-o como um âmbito social, atribui esse conceito como facilitador do entendimento da atualidade no mundo (SANTOS, 1996). O espaço não é minimalista, não é uma coisa, não é um conjunto de coisas, não é outra coisa, não é um sistema de coisas; é uma realidade de relações, de casos, de bricolagens e conexões juntas.

Deve-se compreender e considerar outras realidades, a natureza, a sociedade, o trabalho. Isso rompe com o conceito puramente geográfico de espaço, sendo uma união inseparável que participam os objetos geográficos, sociais e naturais, e também a vida e as relações que a completam movimentando a sociedade e sendo movimentado por essa (SANTOS, 1988).

A partir desses pensamentos, o território não é exclusivamente um conjunto, um grupo dos sistemas. O território é usado, é o chão, é a identidade (sentir que pertence e pertencer ao que pertence), é o trabalho, é a residência, é a troca, é a espiritualidade, é a

vida. (SANTOS, 2007).

Existem confusões e acepções entre espaço e território, o território é anterior ao espaço, é um recorte do espaço a ser habitado, sendo um campo de forças extremamente complexo, é uma teia, uma rede de forças e relações sociais, definindo um limite entre o dentro e o fora (SANTOS, 2002).

Um outro conceito trabalhado por Milton Santos é referente ao uso do território e suas dinâmicas adjacentes e dos lugares em rede, essa simultaneidade possibilita a criação sucedida de solidarismo, apesar das diferenças, assim sendo conceituado as verticalidades e horizontalidades. As horizontalidades serão os domínios da contiguidade, daqueles lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial, enquanto as verticalidades seriam formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais (SANTOS, 1998).

Pensar sobre território, a partir da concepção de Milton Santos, nos ajuda na abordagem analítica de maneira sistemática da realidade nesse momento histórico, interrogando sua própria constituição. Assim, através desse conhecimento exista a possibilidade de fornecer novas horizontalidades por uma outra globalização respeitando a dignidade das pessoas.

Com a redemocratização no Brasil e a gênese do SUS, o conceito de território no escopo da saúde passa a ganhar importância, principalmente em relação aos modelos assistenciais e os paradigmas da saúde naquela época, alicerçando a reforma sanitária. No final da década de 70 e início da década de 80, existia um modelo de saúde centralizador que não era bem distribuído no território, criava mais barreiras do que acesso, pouco eficaz, divergente das reais necessidades da população. No fim dos anos 80 foi criado o SUS, através da reforma sanitária que foi resultante da movimentação social brasileira, logo, não pode ser reduzida ao sistema único de saúde (PAIM, 1997).

A lei 8.080, em seu artigo 198, define a organização do SUS a partir de três pilares fundamentais: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. A descentralização visava uma adequação do SUS às realidades singulares do país, delegando a gestão das decisões ao município. Essa municipalização estava imbricada de uma concepção sobre território não muito bem definida, incorporando aos programas de saúde em decorrência da mudança no sistema de saúde municipal, tentando qualificar a assistência à saúde (KALIL, 1992).

É nesse período que se amplifica a preocupação com o conceito de território, a implementação do SUS como um sistema territorial alavanca a discussão sobre

territorialização e descentralização, culminando no interesse de limites e delimitação de territórios para saúde e sua organização (MONKEN, 2008). A centralidade do território é entendida como um processo habitado pelas forças sociais, que se juntam e misturam com diferentes cosmovisões, conflitos e interesses. O território é cultural, epidemiológico e político mas sem homogeneidade, é simétrico e assimétrico (MENDES, 1992).

A discussão sobre a saúde e a territorialização deve ser analisada pelo espaço e a relação que se implica com a saúde, com os riscos, conjuntamente com os espaços dos territórios e lugares onde as interpretações da realidade acontecem em sincronicidade, território esse singularizado (MONKEN, 2008). O território é carregado de poder, exercitando a construção dos poderes dos cidadãos e do estado. A cultura se inseriu nessa discussão sobre território, sendo ontológico à este o sentido simbólico, embasado em um território usado. A desigualdade atinge a rotina das pessoas, de maneira heterogênea, impactando sobre a discussão e o entendimento do processo saúde doença na comunidade, evidenciando novos contextos, novas conexões e novas operacionalizações na atenção à saúde (MONKEN, 2008).

A cidade divide os locais, o local do pobre e do clero, o local do comércio e dos serviços, da mesma forma que produz riscos para cada ator ou coletivos sociais, criando assim maneiras de utilização particulares (GONDIM, 2008).

## **8. TRÍPLICE FRONTEIRA**

### **8.1 - Tríplice fronteira: Brasil, Argentina e Paraguai**

A história dos países Brasil, Argentina e Paraguai se assemelham em alguns aspectos, como ditaduras militares, movimentos de exploração, relações econômicas, pobreza, ambiente, tráfico, corrupção (SEVERINO, 2010).

As cidades que formam essa tríplice fronteira, Puerto Iguazu, Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, possuem diferentes impactos em seus estados e países na área econômica, de desenvolvimento e social. Todavia, quando se trata da segurança pública e diplomacia, é perceptível que Foz do Iguaçu, quando comparada às outras cidades, possui melhor desenvolvimento e infraestrutura.

Ciudad del Este, tem um processo de comercialização intenso, que conurba diversas atividades, como trânsito, lojas, lixo, aglutinação de pessoas. Já Puerto Iguazu, possui um policiamento intenso presente nas ruas, divergindo das cidades anteriores, e com pouco comercialização de artesanato e refeições (CARDIN, 2010).

Os meios midiáticos do Paraná, um jornal local, tem realizado publicização pejorativa desse aspecto da Ciudad del Este, praticando assim a execução de poder contra os meios policiais do município vizinho (SILVA, 2011), mais uma vez reproduzindo o panóptico, no controle e vigilância do país vizinho, estigmatizando assim as pessoas paraguaias como vândalos, baderneiros, desordeiros, reduzindo o povo paraguaio comparado aos brasileiros.

Se torna perceptível as diferenças entre as três cidades, sendo discrepante o aspecto da infraestrutura, oferta e promoção de serviços, violência, fluxos de pessoas, atividades comerciais prevalentes, comércio, artesanato, tráfico, turismo e alimentação. Tais diferenças, implicam em um desafio na integralidade e construção conjunta, onde, ambos os lados cedam, minimizando assim, a relação xenófoba, os estigmas e preconceitos nesses territórios.

Nesse aspecto as fronteiras, têm contribuído na rede de poderes, onde as nações se movimentam, se sobrepõe e submetem, uma perante à outra, destarte, os acordos firmados tendem a favorecer os países mais ricos e desenvolvidos, o que prejudica, fragilizando, ainda mais as relações entre os territórios (ALMEIDA, 1998).

## **8.2 - Rigidez e fluidez nas fronteiras**

Quando se pensa sobre a América do Sul, é importante entender o movimento de integralidade entre os povos, o Mercosul é um movimento de aproximação, não apenas referente ao comércio livre, mas sim, com ganhos além dos financeiros, com desenvolvimento mútuo. Se faz necessário, nesse primeiro momento, a explanação sobre o conceito de território e algumas de suas variações, desenvolvendo-se posteriormente, ao decorrer dessa pesquisa; abordando o tema de fronteiras e suas diferentes representações.

Território é um entremeio, uma interposição, uma mediação perante o mundo e o social, um espaço definido, limitado, amorfo de controle, representativo, relacional, um pano onde se sobrepõe o poder, produtivo, imprestável, forte e fraco, simétrico e assimétrico, é a representatividade da pulsão do homo-sapiens/homo faber. (BIESEK; PUTRICK 2009)

Territorializar é a criação do agir, do biopoder sobre a proliferação do social, do coletivo e individual, formando uma rede de poder, uma teia, em diferentes escalas e dimensões, que segrega e inclui, que apropria e expropria simultaneamente (HAESBAERT, 2006) .

Já a territorialidade envolve todo o processo de desenvolvimento de comportamento no território, característica ontológica a produção de conhecimentos e práticas, voltadas para a realidade material (SAQUET, 2007).

Assim sendo, torna-se mais perceptível, o Estado, nomeando-se em território, adstrito e dominador das pessoas que o habitam, com fronteiras que apontam as finitudes, controlam a política e a administração direta. As fronteiras, que definiam o que/quem estava do lado de lá e de cá, vem se diluindo a partir dessa contemporaneidade e ação territorial. Sendo pontos de intersecção, que formam um novo território, sem arestas, com interação e integração diversificada.

As diferenças, cultural, religiosa, étnica, etc, produzem meios e mecanismos de controle, assim, com essa aglutinação, seja pela igualdade/semelhança e ou pela diferença, as cidades produzem determinado tipo de atividades que ampliam seu desenvolvimento, com uma ou mais funções, como no caso da tríplice fronteira, existe uma dinâmica de poderes entre três países, que se chocam a todo instante, produzindo formas de se comportar e burlando as regras, produzindo encontros e desencontros, com uma dinâmica alta dos fluxos.

### **8.3 - Saúde**

Com o desencadear da pandemia covid 19, causada pelo vírus Sars-cov-2, o lockdown foi uma estratégia utilizada por diversos países visando a contenção da proliferação da infecção. O Bloqueio de acesso à transportes e as ligações entre países, como pontes, viadutos, etc, ocorreram na maioria do território nacional, na tríplice fronteira alguns problemas relacionados às leis, normativas e notas técnicas não abrangeram às peculiaridades, reais dessa região (FEITOSA, 2020).

Outra característica ontológica ao ser humano envolve o ir e vir, o transitar. Mas com a atual composição de países, limites, territórios e fronteiras, algumas regras impostas a esse direito humano fundamental, limita a transitação entre os Estados. A migração fica regida, por cada país em seu território correspondente, podendo ser ampliada ou reduzida (AUGUSTO, 2021).

Em regiões fronteiriças, esse debate envolve questões mais profundas, principalmente relacionadas às vulnerabilidades que podem ser desenvolvidas nesse processo. Tais regiões caracterizam com seus altos fluxos migratórios como produto da economia, cultura e sociedade e direitos entre os povos, visando assim a elaboração de políticas inerentes ao território (LISBOA, 2021).

Com o alto deslocamento de pessoas entre Ciudad del Este, Puerto Iguazu e Foz do Iguazu, principalmente pelo comércio e turismo, se faz importante tal movimentação na constituição dessas cidades e no planejamento municipal e estadual a partir dessa dinâmica. O fechamento da fronteira entre essas regiões gera apreensão, o que cria uma literacia negativa sobre os imigrantes, como causadores de adoecimento e reforça não capacidade de atenção por parte das instituições públicas e órgãos e sistemas voltados ao controle à propagação .(NOGUEIRA, 2020)

Formas de desenvolver tecnologias legais, administrativas e formais para conseguir diminuir, drasticamente, as migrações ilegais. Há de se considerar, que nem toda imigração envolve um estar permanente no país destino, mas sim sazonalidade decorrente de inúmeros fatores, como: guerras, vulnerabilidades, miséria e etc.

Região da Tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai envolve essa transição de todos os povos em busca de benefícios e qualidades decorrentes dos outros países, seja preço, acesso à determinado serviço, experiências de vida (BARBOSA, 2018).

Assim sendo, o fator permeável da Fronteira envolve esse ganho mútuo entre os países, atendendo a demanda das suas populações que buscam serviços ofertados pelo outro país, na maioria dos casos relacionados ao meio de transporte, educação, saúde e comercialização.

Já a inflexibilização da abertura das Fronteiras, envolve essa fragmentação e não acesso aos sistemas preços e materiais, visando controle pelo setor público ou privado marcado por suas diferenças sejam elas étnicas, econômicas, culturais ou sociais (ALESSI, 2020).

O resultado disso engloba diariamente o fluxo de brasileiros atravessando a fronteira em busca de mercadorias ou preços, estudar, comprar gasolina, para fazer negócios, para turistar. Então essa dinâmica envolve aspectos multifatoriais que abordam o direito internacional, a soberania do estado e do país, até mesmo, os princípios dos direitos humanos universais.

Apesar do estabelecimento do direito de ir e vir, os Estados, países e nações conseguem mediar fluxo de trânsito em seu território, podendo limitar ou ampliar o acesso a migração, emigração e imigração, levando em conta o risco, potencial ou real, da soberania ou da segurança nacional esteja evidente ou aparentemente em risco (BERGER, 2020).

Estudiosos e parte do poder público, consideram que o fechamento abrupto das



Fronteiras no Brasil envolve uma ruptura basilar dos Direitos Humanos e um retrocesso às conquistas provenientes das discussões sobre a cooperação internacional.

É importante salientar que o fechamento das Fronteiras impacta diretamente no fluxo local macro e micro. Como atribuição do presidente do país, na legislação brasileira, o fechamento total ou parcial envolve uma série de choques na área econômica, social, cultural e política (GÁMEZ, 2020).

Com a pandemia de covid-19, o isolamento social foi um importante recurso para contenção das mortes antes da elaboração das vacinas, mas embora o risco sanitário fosse algo de necessidade emergencial e diversos Estados adotaram fechamento das Fronteiras como alternativa. Os múltiplos impactos nas outras áreas, como economia e educação, foram um agravante na vida social das pessoas que passaram por essa situação.

Tanto na Argentina quanto no Paraguai os governos tomaram medidas de fechar as fronteiras, como precaução as novas infecções, com alguns detalhes pontuais para o trânsito nas fronteiras, as exceções envolviam estrangeiros em situação irregular residindo no país, ou pessoas que faziam tratamento médico em outros países (KRÜGER, 2019).

Esse fechamento, de modo rápido, fez com que poucas pessoas ficassem sem conseguir entrar e sair do país, esperando autorização legal dos líderes do governo. É muito preocupante, A forma que se dá tal acontecimento violando o direito básico responde essas pessoas ao risco de infecção por covid-19 (LIMA, 2020).

As fronteiras permanecem fechadas por um maior tempo do que o planejado inicialmente, isso produziu impactos negativos, desemprego em massa, lojas falindo, população adoecendo e não satisfeita com o caminhar do manejo da crise em saúde.

Outro impacto importante, envolve a mudança repentina de pessoas em decorrência da anúncio do fechamento das fronteiras, tal qual o aumento do consumo de alimentos, gerando escassez e a diminuição da produção agrícola.

O setor do Turismo, em ambos os países, Brasil, Argentina e Paraguai, tiveram decréscimo da rotatividade de pessoas, setores como hospedaria, aeroportos, rodoviárias diminuíram suas arrecadações afetando a economia e o desemprego local, estadual, nacional e internacional (POOLE,2020).

A diminuição do emprego formal, o aumento da informalidade e a diminuição da carga horária aumentaram drasticamente o número de trabalhadores suspensos, afastados ou dispensados, ressaltando aqui o aumento de contratações por aplicativos de

entrega, de delivery e transporte.

A saúde é sem dúvidas o mais importante dos aspectos na pandemia, afetando diretamente outros setores, as dinâmicas territoriais, o itinerário pessoal/individual de cada pessoa. Tal complexidade exige um sistema integrado na atenção e acompanhamento relativo à saúde pública. Como o sistema de saúde do Brasil é público, universal, equânime e integral, outros cidadãos de outros países recorreram a ele como forma de receber cuidados, o que afeta diretamente na organização local do fluxo de atendimento, bem como, o dimensionamento dos profissionais da área da saúde (ANDRINO, 2020).

Toda essa complexidade em condições normais, se agravam em uma pandemia, essas nuances se tornam extremamente delicadas, pode-se perceber que o governo brasileiro, paraguaio e argentino, não se atentaram na laboração de políticas públicas voltadas para a saúde, economia e segurança, durante a pandemia, do mesmo jeito que na atenção de imigrantes e seus familiares.

Torna-se evidente que na pandemia não houve surgimento ou inovação de cunho segregacionistas ou preconceituosos, mas sim a potencialização dos já existentes, de estigmas e xenofobia, construídos ao longo da história, também, se faz notório a não eficácia das políticas voltadas para as regiões de fronteiras, considerando sua singularidade (FOUCHER, 2009).

É sabido que um problema significativo em região de fronteira é a deficiência em oferta, prevenção, promoção, recuperação e atuação em saúde, nesse aspecto há diversos dilemas estruturais, necessitando de intervenções diplomáticas. O Sistema Único de Saúde desenvolveu o SIS-Fronteira (sistema integrado de saúde das fronteiras), assim, realizando programas e intervenções integradas com outros países nas regiões de fronteira (BRASIL, 2006).

Através desse sistema, pretende-se que os municípios consigam adequar programas às suas realidades singulares, fornecendo integração com os demais países, atualmente existem dificuldades no ponto do investimento nesse sistema, sendo o montante, em sua maioria, destinado às despesas obrigatórias, com pouco recurso na implementação de novos dispositivos, recursos ou tecnologias.

No Brasil, o modelo prevalente e mais capilarizado é o da atenção primária à saúde, representado pela Estratégia de Saúde da família, Unidade básicas de saúde, Urgências e Emergências, rede de atenção psicossocial, dentre outras redes. A utilização de substâncias psicoativas, também requer integralidade ampla entre os serviços da rede

de atenção psicossocial, considerando a importância do território nessa dimensão da saúde mental, se faz importante a comunicação e trabalho conjunto entre os países (OPAS, 2020).

O CAPS (centro de atenção psicossocial) tem sido um dispositivo importante na atenção e acompanhamento dos casos complexos, mas agora, quais são os serviços que se debruçam sobre o uso de SPA nos casos de complexidade intermediária ou baixa complexidade? Como que a estratégia de saúde da família se articula nos casos que não são o 'perfil' do CAPS?

A maioria dos trabalhos nas fronteiras são mais complexos do que comparado à capital, mas a saúde, os profissionais da saúde, lidam com baixo investimento e precarização do trabalho, bem como, sucateamento dos recursos disponíveis, e um fator idiossincrático que é as relações diplomáticas (SÉGUIN, 2015).

Há de se considerar o ano eleitoral no Brasil, como um agravante na composição de políticas, portarias, normativas e notas técnicas, por exemplo, a conferência nacional de saúde mental, que até o primeiro semestre de 2022 não havia eleito seus delegados, pois, não sabia se aconteceria tal evento com financiamento do ministério da saúde (MS), já que os trâmites burocráticos (eleição de delegados, representantes estaduais, local e organização do evento) não tinham sido definidos, e as justificativas dadas pelo envolviam a pandemia, o que é interpretado com suspicácia, já que, após o primeiro semestre as atividades do governo federal e suas instituições tendem a priorizar as eleições nacional (RODRIGUES, 2020).

Outra peculiaridade no território de fronteira envolve as chamadas "população flutuante", que seriam pessoas de outros locais que residem em um município por um prazo determinado, longo ou curto, que necessitem utilizar os serviços de saúde (GODINHO, 2008). Foz do Iguaçu, além de ser uma região de fronteira, também é um polo turístico, com alta circulação de turistas, imigrantes, moradores, uma população estimada no ano de 2021 de 257.971 pessoas (IBGE, 2021), porém, contando com quem transita pela cidade, esse número pode duplicar ou triplicar, dependendo do evento, por exemplo feriados de grandes fluxos, ou o período da estação do ano (ZUANAZZI, 2016).

No Paraguai, a situação torna-se complexa, pois Foz do Iguaçu, municipalmente investiu em tecnologias e dispositivos de saúde, em quantidade superior ao mínimo estipulado pelo MS para todo território nacional, já o país vizinho não possui um sistema de saúde, voltado para essa característica fronteiriça, menos ainda para o consumo de substância psicoativa. Na Argentina existe uma baixa cobertura das necessidades de

saúde populacional; isso culmina em êxodo na busca por atendimento médico, culminando no Brasil um recurso para atendimento gratuito à saúde (ZUANAZZI, 2016)

Considerando a sazonalidade da passagem dessas pessoas pelo Brasil, ou pelo território em busca de saúde, um agravante está no 'desaparecimento' na continuidade do tratamento ocasionando dificuldades na prevenção e recuperação em saúde. Durante a pandemia de covid 19, ressalta-se a dificuldade de controle, principalmente dos turistas, quando o destino principal envolve a região sudeste e nordeste, o Paraná, como um forte ponto turístico, torna-se um local que estrangeiros com quadros sintomáticos presentes chegam necessitando de cuidados hospitalares.

Os recursos humanos na região de fronteira também se mostram escassos, com poucos profissionais da área da saúde atuantes e com aumento da não continuidade nos serviços, com os profissionais preferindo as regiões da capital e dos grandes centros (ANDRINO, 2020).

No Brasil, um dos maiores desafios da saúde mental está na modificação da utilização e investimento nos dos dispositivos de cuidados centralizados e centralizadores, para os dispositivos de comunidade em caráter territorial. Se faz importante que o novo modelo seja concebido no imaginário social, tornando os hospitais, hospícios, sanatórios, comunidades terapêuticas obsoletos, com cuidado em liberdade, respeito à dignidade humana e terapêuticos.

Aumentar o investimento do SUS para a saúde mental também é de extrema importância, transferindo os recursos destinados aos hospitais psiquiátricos e aplicando na rede de atenção psicossocial. Bem como a utilização de fundos de organizações como a ONU, UNODC, OPAS (LISBOA, 2021).

O papel do centro de atenção psicossocial (CAPS) é fundamental na ordenação da RAPS, estruturalmente, o CAPS surge como substituto ao modelo hospitalar, centrado na figura do psiquiatra, reduzindo os números de internações. Promove o respeito à dignidade humana, o atendimento humanizado, co-responsabilização, integração com a comunidade e familiares, trabalho no território, redução de danos, vinculação, acolhimento, acompanhamento, integração com outros dispositivos sociais (igrejas, praças, quadras, comércios, etc)

Já em relação ao consumo de substâncias, há uma região em Col Caninobyú e Japorã, conurbadas, de difícil controle jurídico/Estatual e finitude, onde o consumo de substância, comércio e atividade de profissionais do sexo são recorrentes, sem atuação do setor saúde na redução de danos de tais atividades (ALESSI, 2020).

Os recursos da saúde mental não são suficientes para cobrir a necessidade da população para o tratamento/acompanhamento dos agravos decorrentes da utilização de SPA, logo, essa oferta, universal, de saúde se faz excludente e seletiva, de modo geral, não eficaz amplamente, deixando as pessoas que utilizam tais substâncias, vulneráveis, sem tratamento, fragilizadas, sofrendo com o estigma e preconceito social.

A segurança pública, também, é outro ponto no combate aos problemas de saúde ocasionados pelo uso de entorpecentes. A minimização da segurança, dificulta o controle das fronteiras com os países produtores de tais substâncias (Bolívia, Paraguai, Colômbia) (FEITOSA, 2020).. Associado à corrupção, as penas e punições fomentam a sensação de inexpugnabilidade dos comerciantes de SPA. Esse movimento reforça o comércio e agrava as questões de saúde da população sul-americana, também, a apropriação e invasão territorial de produtores de cannabis e cocaína progressivamente, impactando nos problemas de saúde mental, exponencialmente. Isso gera um processo de normalização da rotina das substâncias psicoativas nas atividades de vias diárias da comunidade submetida em tal processo.

## **9. COMBATE AOS ENTORPECENTES**

### **9.1 - Comércio na fronteira**

O Paraguai, a Argentina e o Brasil são conectados por suas fronteiras, ligando a Ciudad del com Foz do Iguazu e Puerto Iguazu, nesta região há um forte transfluxo de mercadorias. Com isso, os conflitos, entre polícia federal e 'contrabandeiros' de produtos ilícitos ou lícitos, são reincidentes (MACHADO, 2006).

Uma característica marcante na fronteira é mobilidade e fluidez, logo, a tríplice fronteira entre os países supracitados incorpora os movimentos sociais mobilizados ao comércio lícito e ilícito, que por consequência, desencadeia a mobilidade dos dispositivos estatais como polícias, exércitos, dentre outros meios que o Estado utiliza na manutenção do controle (SCHALLENBERGER, 2011).

Sem dúvidas, uma das grandes problemáticas que envolvem o comércio na região de fronteira relaciona-se com a entrada e saída de substâncias psicoativas (SPA) contrabandeadas, entre as regiões de Argentina, Brasil e Paraguai, circunscrevendo ainda mais nas cidades próximas. Tais eventos, tomam métricas condizentes com o nível de desenvolvimento da população, da economia e política, contribuindo assim na resolução ou evolução de conflitos, fragmentando ou estabelecendo as relações diplomáticas.

O limite territorial e ou político instrumentaliza a atuação social exercendo poder, seja para o governo, controle ou para a restrição do maquinário social e suas ações em um espaço circunscrito (FERRARI, 2010).

Nota-se que o nó envolto da segurança nacional em região de fronteira, está atrelada ao relacionamento intra e inter social, amplamente, sendo necessário relacionamentos com os países vizinhos amigáveis em diversas áreas sociais, regional, local, na interculturalização e integração, respeitando as singularidades e subjetividades de cada indivíduo.

A comercialização de SPA, de modo ilegal, é considerado uma atividade criminosa, passiva de punição na esfera judicial, tal atividade influencia e interfere de diversas maneiras em inúmeros países, impactando nas políticas, na administração de modo violento e corrupto. Com essa característica, o comércio e tráfico de drogas representa uma atividade extremamente lucrativa, e com esse aspecto, dificultando ainda mais o combate à essa prática.

O narcotráfico metamorfoseia seus processos de condução, produção, distribuição e entrega de substâncias entre as fronteiras, utilizando-se de diferentes formas, como a utilização de 'mulas', em objetos, roupas, recipientes, em órgãos internos, em espaços intra-corpóreos, essas técnicas e esconderijos avançam consideravelmente ao longo dos anos (PROCÓPIO, 1999).

Tal rede possui mecanismos articulados e integrados, muitas das vezes fracionados, onde os participantes só possuem conhecimento sobre seu trajeto de atuação, não compreendendo todo o processo. Dos recursos "nessa rede de comércio" envolve investimento em infraestrutura, como portos, albergues, aeroportos, apartamentos, submarinos, laboratórios, armazéns, segurança com armamento moderno, de grosso calibre.

A participação política partidária é intensa, na garantia de menor controle da fiscalização, bem como acesso a determinados espaços mais controlados, como os grandes centros e capitais dos países. No quesito de articulação, torna-se complexo a integração ampla entre os países, considerando suas diferentes políticas, culturas, leis e territórios no combate ao tráfico de drogas, o aspecto da comunicação é um dos mais agravantes dificultador entre o diálogo para articulação intersetorial-internacional. Já as organizações ligadas ao comércio de SPA, buscam ampliar suas influências internacionalmente para capilarizar seu mercado (PINHEIRO-MACHADO, 2006).

A Argentina, em 2010, produziu um movimento em direção à essa integração com

os demais países do MERCOSUL, visando o fortalecimento de parcerias para investigação, fiscalização e combate à essas organizações que comercializam SPA, assim afinando o diálogo com Brasil e Paraguai, principalmente com as instituições da polícia federal (Brasil) e da secretaria nacional antidrogas (Paraguai).

A Organização das Nações Unidas (ONU), ramificada na UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime) também tem influenciado e ajudado no combate ao tráfico de substâncias no território sul-americano. A UNASUL (União das nações Sul-americanas), é outro dispositivo que visa a integração entre as regiões da América do Sul, almejando assim a combinação entre política, cultura, sociedade, economia, reduzindo assim as desigualdades, isolamento e desarticulação dos países em seu desenvolvimento e sua atuação (BRASIL, 2008).

O comércio de entorpecentes ultrapassa em arrecadação a indústria dos automóveis, o Brasil exporta principalmente para os Estados Unidos, sendo um nicho favorável ao tráfico de narcóticos, no sentido da produção e exportação, considerando sua localização geográfica com acesso ao oceano e ao lado de grandes produtores de maconha e cocaína (FRANCISCO, 2017)

Em 2016, é retomado o debate sobre a segurança nas fronteiras e o risco que os cartéis têm proporcionado. Por iniciativa do Brasil, a participação da maioria dos países sul-americanos, a discussão fomentou maior implicação e ação no combate ao contrabando, tráfico de armas e ao narcotráfico (BRASIL, 2016).

A movimentação de disputa pela região de fronteira tem sido intensa, entre diversos atores, policiais representando os Estados, exércitos, facções criminosas, dentre outros, que proporcionam um cenário de intensa violência para as pessoas que moram nesses locais. A falta de investimento e de verba voltadas a isso tem sido um problema do governo federal, por outro lado, nessa ausência, os grupos vão dominando essa região, facilitando a movimentação do comércio de substâncias, principalmente entre, Brasil, Paraguai, Peru, Argentina e Bolívia. (SENAD, 2015).

## **9.2 - Brasil**

A extensão geográfica do Brasil, favorece, de certa forma, a entrada e comercialização de cocaína no território nacional, associado à uma defasagem do poder público na construção e efetivação de políticas públicas na região de fronteira. Assim, o Brasil se torna um território estratégico para exportação de SPA para outros continentes, como a África e Europa. Em 2011, o levantamento do UNODC, aponta que pouco mais da metade, 54%, de todo o montante de cocaína apreendido no Brasil, tinha proveniência da

Bolívia (UNODC, 2013).

Em decorrência da pandemia de covid 19, em 2020, houve aumento significativo no uso de substâncias, opióides, cannabis, cocaína, (UNODC, 2020) assim, estima-se que o Brasil seja o segundo maior mercado de cocaína das Américas, em 2006 já possuía 870.000 usuários. Há de se considerar que o uso de substâncias não serão resolvidos ou minimizados apenas com recursos militares, porém, as principais bases de investimento ainda são nesse setor.

Então, são inúmeras ações de combate, repressão, inteligência conjunta na área de fronteira em cooperação com os países fronteiriços, voltadas para o escopo de desempenho das polícias, principalmente no patrulhamento, na tentativa de fortalecer o controle e promover segurança e meios de comunicação eficiente entre os policiais (RIBEIRO, 2013).

A fiscalização ocupa um espaço significativo no espectro de atuação do governo federal brasileiro em cooperação com os países que fazem fronteiras, produtores de substâncias. Destarte, o compartilhamento bilateral de informações, atuação táticas das polícias, bem como missões e treinamentos síncronos, têm potencializado o combate às organizações criminosas.

Uma evidência de tal composição entre os países no combate à produção e comercialização de substâncias ilícitas, abarca a comissão “3 mais 1”, com intuito de desenvolvimento de uma companhia estratégica na região de fronteira, almejando o controle desse fluxo nas extensões fronteiriças. (AMARAL, 2007).

### **9.3 - Paraguai**

Como dito anteriormente, o Paraguai tem uma produção significativa de cannabis no continente sul-americano (UNODC, 2014), a região de Ciudad Del Este e seu comércio envolve escoamento intenso ao Brasil, para a cidade de Foz do Iguaçu. As práticas que são consideradas como ilegais pela legislação brasileira abarcam o escambo e comercialização de objetos falsificados, produtos contrabandeados, tráfico de armas e de drogas (RODER, 2006).

Há de se considerar que Brasil e Paraguai, são os países que mais realizam atividades conjuntas, alguns autores consideram que a operação Nova Aliança foi bem sucedida no aspecto do trabalho em equipe entre as instituições policiais brasileiras e paraguaias, estimulando a ação de novas alianças e operações em outros territórios, até mesmo de outras nações, se tornando um ícone para as atividades integradas amplamente na América do Sul (KALIL, 2011).



A exponenciação da atuação militar nessas regiões, tem explicitado que, tanto no Brasil, como no Paraguai, os principais métodos e recursos para o combate ao comércio, exportação, tráfico, produção de SPA, são focadas no trabalho militar, com pouco investimento específico nas outras áreas, como a saúde, por exemplo.

O Paraguai tem feito o movimento de aproximação e compartilhamento de informações, sendo mais aberto ao diálogo, referente ao combate às drogas, do que o Brasil, Argentina e Bolívia. Todavia, não tem estruturado políticas públicas eficazes, por conta própria, ao itinerário das SPA em território nacional e continental.

#### **9.4 - Argentina**

A Argentina tem uma participação ativa nas discussões de políticas de combate ao tráfico, venda, comércio e trânsito de substâncias psicoativas, porém, seu enfoque tem sido mais relacionado às apreensões de armas. Vale destacar que a Argentina realizou exercícios militares conjuntamente com Brasil, Paraguai e Uruguai em 2012 na região de fronteira, realizando combate ao narcotráfico (FRANCISCO, 2017).

Com um aumento no processo de militarização da fronteira, é possível perceber a importância dada pela Argentina no estabelecimento e consolidação dos tratados de cooperação entre os países, ampliando a atuação territorial, em parceria, adscrito à jurisdição de cada nacionalidade, impactando profundamente no comércio de entorpecentes.

Assim, a troca de informações e estratégias públicas, tem atingido alguns objetivos estabelecidos pelos três países na diminuição da circulação de entorpecentes, prevenindo, controlando, fiscalizando e reprimindo o mercado ilegal de SPA.

## **10. CONCLUSÕES**

Essa pesquisa discutiu sobre a articulação entre saúde mental e direitos humanos, nas sociedades brasileira, paraguaia e argentina, criando um território interseccional denominado como região de fronteira. Aspectos como segurança, educação, migração, economia, cultura, religião, militarização, capitalismo, poder e substâncias psicoativas estiveram presente, permeando todo o debate, criando novas perspectivas para atenção e acolhimento das pessoas que sofrem com o uso de SPA em tal território, evidenciando a problemática enfrentada por esses povos na oferta e garantia de direitos humanos fundamentais. Essa provocação, visa aprimorar o debate e a inclusão desse tema na perspectiva das constituições de serviços, políticas e formas de acolhimento/atenção à esse público, almejando a oferta de saúde com qualidade e humanizada nessas regiões.

Os novos serviços de saúde, substitutivos ao modelo asilar, hospitalocêntrico e manicomial, tem apresentado potências nas novas formas de atenção ao uso intensivo e prejudicial de substâncias psicoativas, com os respectivos países alvos desse estudo definindo suas políticas e legislações para melhorar a qualidade da assistência em saúde mental, respeitando os direitos humanos pactuado internacionalmente, promovendo, em sua maioria, na medida do possível, meios para a desinstitucionalização, reintegração social, garantia dos DH e cidadania, implementação e sedimentação da rede de atenção, profissionais qualificados e diversificados na atuação da complexidade em saúde mental, condutas de promoção e prevenção para atenuar, antecipar e reduzir os focos sociais de que desencadeiam problemas mentais e psicossociais e também o protagonismo e respeito aos sujeitos, familiares e comunidades, isso de modo intersetorial e integral.

Os serviços existentes que alcançam essa população, como as comunidades terapêuticas e centros religiosos, com práticas questionáveis em seu processo de trabalho, tem recebido atenção dos órgãos governamentais no âmbito da fiscalização, regularização, adequação e incentivo, com objetivo de extinguir os movimentos de desrespeito e violações aos direitos humanos básicos inerente ao seu processo de acolhimento/tratamento e de vida, como: ir e vir; liberdade religiosa e espiritual; trabalho forçado análogo ao trabalho escravo; a execução de atividades que requerem profissionais técnicos em sua execução; direito a segurança alimentar e nutricional e não utilizar da extração da alimentação como prática punitiva.

A propagação das CT e centros religiosos tem se dado pelo aspecto político, social e cultural. Um importante ponto infere-se ao estado da dormência política sobre a criação de serviços com finalidade de servir ao território com cuidado e oferta de saúde mental e atenção psicossocial, criando assim, poucas alternativas para a população utilizar, gerando demanda à essa linha de cuidados para a intoxicação de substâncias psicoativas, acompanhamento longitudinal e resolutividade dessa problemática que não se dará apenas pelo setor saúde.

A sociedade e a cultura também intensificam essa relação, por fatores históricos, como no período das ditaduras militares, que a utilização do confinamento de pessoas como prática higienista era a solução imposta. Tais fatores subsunçores reverberam, ainda, no imaginário social atualmente, associado a crença religiosa de “possessão demoníaca”, recorrendo ao meio religioso (CT e centros religiosos) e a tais práticas de enclausuramento por ausência de serviços capilarizados no território, que atinjam pontos distantes dos centros e das capitais na proposta da atenção psicossocial e do cuidado em

liberdade.

É difícil a implementação do sistema de saúde no tocante à saúde mental com liberdade e qualidade, o estigma social tem sido um grande obstáculo na promoção da cultura ao acompanhamento em saúde mental. As ausências de políticas públicas que fortaleçam as leis de saúde mental e atenção psicossocial, na composição de rede de saúde em liberdade, opositora ao modelo hospitalocêntrico e manicomial, também são agravantes em diversas regiões da América Latina.

A parte de formação e educação continuada é uma ferramenta extremamente importante, mas tem sido diluída, com poucos profissionais, atuantes, implementando-as em seus processos de trabalho, ou buscando capacitação, bem como, as ofertas de cursos e qualificações por parte da área da educação voltada para a promoção e implementação de profissionais especialistas em saúde mental com qualidade e capacidade.

Os lobbies de grandes hospitais têm prejudicado o avançar da constituição de redes substitutivas ao modelo hospitalar, isso faz permanecer a utilização das internações como recursos, possíveis e existentes, em diversas áreas da América Latina, propagando uma lógica de segregação, exclusão e rejeição. O campo da saúde mental é repleto de embates, muitas vezes de caráter de grandes empresas, que abdicam dos valores humanos, científicos e éticos que devem sedimentar as decisões em uma política pública.

Os desafios de integração com a rede de atenção primária à saúde (postos, UBS, clínicas da família, etc) é outro prejudicador da capilarização da atenção psicossocial, na qualificação dos serviços públicos de atendimento e em maior cobertura territorial.

Os dispositivos voltados à atenção às situações que envolvam o consumo intenso/abusivo de substâncias psicoativas tem crescido quantitativamente em diversos países, a partir da concepção da problemática do uso de drogas, todavia, a mudança do perfil desse público tem ocorrido em ritmo acelerado, tornando-se cada vez mais complexo e grave o trabalho de atendimento à esse público. Jovens, negros, pobres, pouca escolaridade, desempregados, são características dessa nova composição de consumidores de substâncias psicoativas. A mudança na legislação, com viés de se adaptar a essa nova demanda, se faz necessário, mas a lentidão na implementação de políticas anteriores e atuais dificultam ainda mais essa prevenção das drogas.

São diversos impasses sobre a atenção e acompanhamento das necessidades de pessoas que utilizam álcool ou outras substâncias, tais lacunas afastam a os serviços mais capilarizados, como a atenção primária, de seu protagonismo. É recorrente a

centralização de um 'cuidado' desvinculado da saúde, com nenhuma ou pouca eficácia clínica terapêutica provada.

Uma evidência disso são as comunidades terapêuticas, cujo modelo se estrutura de forma paralela ao cuidado em liberdade, com respeito e protagonismo do sujeito, reintegração social, com garantias dos direitos humanos básicos. Tais comunidades, exercem 'cuidado' com longa duração de internação, não têm as necessárias condições sanitárias e de recursos humanos (profissionais) desrespeitam direitos básicos e impõe valores religiosos. Na maioria das vezes, são sustentadas com recursos públicos, sem apresentar evidência científica em sua terapêutica.

O cuidado em saúde para as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas tem levantado objetos importantes, tais como: os debates sobre grupos específicos (jovens, indígenas, população LGBTIQIA+, pretos); as diferenças entre os problemas referentes ao álcool e os problemas referentes a outras drogas e os impactos na vida de cada sujeito, principalmente em relação aos jurídicos; os condicionantes e determinantes sociais do uso nocivo de álcool e drogas; o fortalecimento da rede de saúde, voltada para os aspectos da atenção psicossocial e a necessidade de aumento da cobertura dos serviços, além das violações de direitos em instituições asilares, como as Comunidades Terapêuticas.

Os fatores sociais que estatisticamente têm proporcionado agravos nos problemas de saúde são o baixo nível escolar, pouca renda por membro da família, cor/raça e gênero. Na utilização intensa de entorpecentes, a baixa escolaridade associada à situação de vulnerabilidade social, baixa renda financeira, desemprego, ser jovem, ser homem e preto estão entre as principais causas para o uso, principalmente de Crack.

As dimensões da segurança pública e suas interfaces, tem se mostrado um fator precipitante nos casos de intoxicação, comercialização e circulação de substâncias psicoativas, causando a percepção e reflexão sobre os casos de aparente ineficácia e ou corrupção, ineficaz em decorrência da escassez de recursos humanos e dispositivos, tecnológicos e operacionais, bem com a circulação, recorrente, de policiais em regiões de fronteiras. É pontuado que os bens apreendidos do tráfico de entorpecentes, seria uma boa estratégia para obter recursos e investir na fragilidade da segurança pública, mas a desestruturação e desarticulação entre a polícia e o judiciário, impedem a concretização de tal evento.

A polícia, que sofre fortemente com esse sucateamento, também é percebida como discriminadora e corrupta, de tal modo que a violência se torna prevalente com os mais

pobres, em situações mais vulneráveis, moradores de comunidade, dicotomizando do tratamento das pessoas com destaque ou prestígio social, residentes de bairros nobres, heteronormativos e brancas.

A assistência à saúde, volta-se também à ineficiência, tanto de recursos quanto de aplicabilidade, proporcionando um serviço de acesso escasso à população de região fronteiriça. Considerando o baixo quantitativo de dispositivos da rede de atenção psicossocial, CAPS ad, CnR, UA, associado ao pouco investimento na rede substitutiva e redirecionamento dos recursos destinados a estes dispositivos para o modelo hospitalocêntrico por parte do ministério da saúde, que dificulta a adesão das pessoas com problemas decorrentes do uso de entorpecentes, sem acolhimento e acompanhamento apropriado.

Há de se considerar a característica da cultura nesse itinerário das SPA em região de fronteiras, a promoção de saúde e o alerta dos riscos é uma premissa do sanitarismo. Em relação à saúde mental, é necessário o reconhecimento da identidade da pessoa com sofrimento mental, bem como os serviços disponíveis, pela própria comunidade. Um espaço pensado para o desenvolvimento foi o centro de convivência e cultura, sociabilizando e intervindo no território, com convívio entre as diferenças, solidificando laços sociais, integração e inclusão.

A lógica imposta pelo poder e a parcimônia exercida ou considerada pelos países, metamorfoseada em nome de acordos, imperializa, de modo consensual ou não, a imposição de regras de instituições, como por exemplo a UNODC, ou outras organizações supranacionais que promovem uma globalização dominadora.

A comercialização de substâncias psicoativas, a exportação e importação de entorpecentes, o tráfico de drogas, qualquer nomenclatura para designar a produção, a comercialização, o trajeto de Cocaína, Cannabis, Crack, é multisetorial, e não dá para almejar uma resolutividade ou uma minimização apenas com a utilização de policiais, apreensões, operações, exércitos ou o poderio militar dos países.

É necessário o investimento na área de educação, segurança, saúde, tecnologias, infraestrutura, etc, para uma melhoria das condições sociais nessas áreas. Vale destacar que a singularidade que envolve o trabalho na região de fronteira, torna todo o processo mais complexo, já que são culturas, países, pessoas, leis, poderes, territórios diferentes, também os significados e a prioridade são escalonadas de maneira diferente, não há um métrica, uma contribuição, uma participação igual dos países.

Essa dinâmica envolve muita violência, tornando as regiões de fronteiras

extremamente vulneráveis para os moradores, pela atuação dos traficantes, bandidos e malfeitores, quanto por parte da polícia. Esta, também sofre com o baixo investimento público e criação de políticas menos arriscadas ao trabalho policial, sendo um setor sucateado intencionalmente, como dito no início do texto, por uma forte participação de políticos e pessoas com muito dinheiro, o que não apresenta melhora efetiva nas condições sociais e humanas nessas regiões.

O movimento neoliberal tem um aspecto privilegiado na ordenação social, os tratados e pactos são estabelecidos através de uma lógica econômica, com intervenção forte de instituições supranacionais, não difundindo a liberdade e estabelecendo uma complexa verticalidades das relações, impondo suas vontades, com um aparato e recursos militares para diluir a manifestação social que se opõem a tal movimento, militarizando as relações sociais e políticas.

O panóptico faz uma rede e é claramente utilizado através do discurso no uso das tecnologias de si, na imposição e prática do poder, impactando a liberdade no trajeto dos sujeitos e mercadorias, estimulando e investindo ainda mais em 'segurança', restringindo ainda mais a circulação de pessoas. O que em nome de 'segurança' e saúde cria uma rede de controle, rastreamento e cerceamento.

## 11.REFERÊNCIAS

AGUDELO VANEGAS N A, Zea L E, Gómez Arias R D, Martínez Ruiz O, Rodríguez Ospina F L, González E R, Gestión de políticas públicas y salud. Revista Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3091/309125498001/index.html>

ALESSI, G. As lições contra o coronavírus que Coreia do Sul e China podem dar ao mundo, incluindo o Brasil.El País Brasil, 30 mar. 2020. Disponível em: <[https://brasil.elpais.com/internacional/2020-03-30/as-licoes-contr-a--coronavirus-que-coreia-do-sul-e-china-podem-dar-ao-mundo-incluindo-obrasil.html#?sma=newsletter\\_brasil\\_diaria20200331](https://brasil.elpais.com/internacional/2020-03-30/as-licoes-contr-a--coronavirus-que-coreia-do-sul-e-china-podem-dar-ao-mundo-incluindo-obrasil.html#?sma=newsletter_brasil_diaria20200331)>.

ALMEIDA, P. R. de. MERCOSUL: fundamentos e perspectivas. Brasília: Grande Oriente do Brasil, 1998.

ALONSO, M. M. y Gago P. T. (2010) Relevamiento sobre la formación y distribución de Psicólogos en Argentina. Actualización cuantitativa. Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Buenos Aires. Argentina.

ALTAMIRA, C. : Crisis y Movimiento Obrero Hacia una nueva centralidad obrera? ,Rev. Margen Izquierdo,Año 3, No 7, Bs. As., enero de 1993.

ÁLVAREZ, S. (2003). Los discursos de la pobreza y el Desarrollo Humano. Lumen Humanitas: Buenos Aires.

AMARAL, Arthur Bernardes do. A Tríplice Fronteira e a guerra ao terror: dinâmicas de constituição da ameaça terrorista no Cone Sul. Carta Internacional, v. 2, n. 2, p. 48-58, 2007.

AMARANTE, P. Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental. São Paulo: Editora Zagodoni, 2018.

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRINO, B.; GRASSO, D.; LLANERAS, K. Así evoluciona la curva del coronavirus en México, Colombia, Chile, Argentina y el resto de Latinoamérica. El País América, 7 abr. 2020. Disponível em: <[https://elpais.com/sociedad/2020/04/07/actualidad/1586251212\\_090043.html#?sma=newsletter\\_america20200321m](https://elpais.com/sociedad/2020/04/07/actualidad/1586251212_090043.html#?sma=newsletter_america20200321m)>.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, 2010.

AUGUSTO, O. Coronavírus: governo pode fechar fronteiras? Veja o que diz a lei. Informação postada no site: Metrôpoles. 2021. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/coronavirus-governo-pode-fechar-fronteiras-veja-o-que-diz-a-lei>>.

BAHIA, L. A. Alternativas do Estado Territorial. Encontros Internacionais da UnB, Brasília: UnB. 1979.

BARBOSA, R. S. Política de saúde, questão regional, efetividade e equidade do gasto: subsídios contra ajustes injustos no SUS. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas Instituto de Economia, Campinas, 2018.

BARRET, R. El dolor paraguayo. Edictora Guarani, Assunción, 1911. Disponível em: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/211601.pdf>

BASAGLIA, F. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. (org.). Psiquiatria Social e Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

BERGER, Z. et al. Covid-19: Control measures must be equitable and inclusive. The BMJ, v. 368, n. 1141, 2020.

BERMANN, G. (1965). La Salud Mental y la Asistencia Psiquiátrica en la Argentina. Buenos Aires: Paidós, 1ª. ed.

BERMUDEZ J. La historicidad de la comprensión en la hermenéutica de Gadamer. Revista Filosofia UIS 2012; 11 (1): 45–70.

BIESEK, A. S.; PUTRICK, S. Imigração na tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina e a representatividade da colônia árabe. 2009. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/74819856/IMIGRACAO-NA-TRIPLICE-FRONTTEIRA>>.

BIRCH, M.H. El legado económico en los años de Stroessner y el desafío por la democracia. In: BRUN, D. Abente (Ed.) Paraguay en transición. CADEP: Asunción, 1993. Disponível

em:<http://web.isanet.org/Web/Conferences/FLACSOISA%20BuenosAires%202014/Archive/9e94d2a8-7194-4840-83e4-48b5be283652.pdf>

BORDA, O, F. (2009) “Cómo investigar la realidad para transformarla”, en: Una sociología sentipensante para América Latina (Antología de Fals Borda). Bogotá: CLACSO, Siglo del Hombre Editores, pp. 253-302.

BORTHWICH, A.; HOLMAN, C.; KENNARD, P.; MCFETRIDGE, M.; MESSRUTHER, K.; WILKES, J. The relevance of moral treatment to contemporary mental health care. *Journal of Mental Health*, v. 10, n. 4, p. 426-439, 2009. CASTEL, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BRASIL. NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2019.

BRASIL. PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 de dezembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 23 dez. 2011

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. União de Nações Sul-Americanas. Ministério das Relações exteriores, 2008. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/integracaoregional/688-uniao-de-nacoes-sul-americanas>>.

BRASIL. Programa de Proteção Integrada de Fronteiras (PPIF). DECRETO Nº 8.903, de 16 de novembro de 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/gsi/ptbr/arquivos/ppif.pdf>.

CAMARGO-BORGES, C. Sentidos de saúde/doença produzidos numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF). FFCLRP-USP: São Paulo, 2002.

CARDIN, E. G. A expansão do capital e as dinâmicas da fronteira. 2010. Tese (Doutorado em Sociologia). Departamento de Sociologia, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho – Unesp/Araraquara, 2010, 195.

CICAD – COMISION INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS; OPAS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Normas de atención para el tratamiento de la dependencia de las drogas: una experiencia en las



Américas. [s.l.]: CICAD; OPAS, 1999. Disponível em: <[http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/pa/Doc%2027%20-%20Normas%20m%C3%ADnimas%20OEA.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/pa/Doc%2027%20-%20Normas%20m%C3%ADnimas%20OEA.pdf)>

COMISIÓN LATINOAMERICANA SOBRE DROGAS Y DEMOCRACIA -CLDD. (2010). Drogas y Democracia: hacia un nuevo paradigma. Recuperado el 17 de Octubre de 2010, de <http://www.drogasedemocracia.org/Espanol/DocumentosComissao.asp>

COSTA, M. S. Reforma Psiquiátrica, transformações nos modos de lidar com as situações de crise: uma análise a partir das experiências de dois serviços de atenção psicossocial do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2005.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

CRUZ, N. F. O., GONÇALVES, R. W. e DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2020, v. 18, n. 3, 2020.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990.

DELL'ACQUA, G. MEZZINA, R. Resposta à Crise: Estratégia de Intencionalidade da Intervenção no Serviço Psiquiátrico Territorial. Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

DOMINGUES, J. A implementação da Política de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad del Este (PY). Pelotas: UCPEL, 2018. 287.

DOMINGUES, J.; NOGUEIRA, V. M. R. Política de Saúde Mental no Paraguai: avanços e desafios no campo da atenção e direitos humanos. Seminário América Latina: Cultura, Histórica e Política. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2015. Disponível em : <http://seminarioamericalatina.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Pol%C3%ADtica-deSa%C3%BAde-Mental-no-Paraguai-avan%C3%A7os-e-desafios-no-campo-daaten%C3%A7%C3%A3o-e-respeito-aos-Direitos-Humanos-Juliana-Domingues-e-VeraMaria-Rib.pdf>

FEITOSA, T. V. N.; MARTINS, W.; JAQUEIRA, M. O Acesso à Saúde em Região Fronteira: a tríplice fronteira Argentina, Brasil e Paraguai em meio à pandemia do coronavírus. In.: RevistaBOCA, ano II, vol. 4, n.11,Boa Vista, 2020.p.7.

FERRARI, M. Conflitos e Povoamento na Fronteira Brasil-Argentina. Ed. da UFSC, 2010.

FIORATI, R. C. & SAEKI, T. O acompanhamento terapêutico na internação hospitalar: inclusão social, resgate da cidadania e respeito à singularidade. Comunicação Saúde Educação, 2008.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002.

FOUCHER, M. Obsessão por fronteiras. Tradução de Cecília Lopes. São Paulo: Radical Livros, 2009.

GÁMEZ, L. O coronavírus pisa nos calcanhares dos povos originários. El País Brasil, 14 abr. 2020. Disponível em:<[https://brasil.elpais.com/planeta\\_futuro/2020-04-14/o-coronavirus-pisa-nos-calcanhar-es-dos-povos-originarios.html#?sma=newsletter\\_brasil\\_diaria20200415](https://brasil.elpais.com/planeta_futuro/2020-04-14/o-coronavirus-pisa-nos-calcanhar-es-dos-povos-originarios.html#?sma=newsletter_brasil_diaria20200415)>

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GÓMEZ ARIAS R. ¿Cómo se analiza una política pública? Una introducción al tema. En: Seminario Políticas Públicas y Salud; Medellín 2003. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2003. p.1–26.

GÓMEZ ARIAS R. Manual de Gestión de Políticas Públicas y Salud — Cap. 4: Aspectos Operativos. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2011. P.56–66. Disponible en: [http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/814/Archivos\\_Modulo\\_3/Material\\_Basico/Gomez\\_RD\\_manual\\_politicas\\_cap\\_4\\_Aspectos\\_operativos.pdf](http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/814/Archivos_Modulo_3/Material_Basico/Gomez_RD_manual_politicas_cap_4_Aspectos_operativos.pdf)

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.

GUTIÉRREZ, P. y MONTENEGRO, A. (2010). La configuración histórica de las estrategias de investigación/intervención en contextos comunitarios y de movilización social en América Latina. Material de Trabajo CLACSO.

HAESBAERT, R. A desterritorialização: Entre as redes e os aglomerados de exclusão. In: CASTRO, I. E., et al., Geografia: Conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999, p. 165-206.

HAESBAERT, R. O Mito da Desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2006.

HALL, E. T. A Dimensão Oculta. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1966

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (INDEC). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 [Matinal Census of population, homes and households 2010]. Disponible en: <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>.

KALIL, M. E. X. Saúde Mental e Cidadania no contexto dos Sistemas Locais de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

KALIL, R. B., O TRÁFICO TRANSNACIONAL DE DROGAS NO CONTEXTO BRASILEIRO: o impacto da globalização sobre a ação estatal brasileira e o Auxílio dos organismos internacionais, 2011, UFRGS.

KOHN, L. I., CALDAS A. JM, VICENTE B, A. L, CCARAVEO- A. JJ, SAXENA S, Saraceno B. Los trastornos mentales em America Latina y El Caribe: asunto prioritário para La salud publica. In Revista Panamericana Salud Publica. 2005. Disponível em <https://scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n4-5/229-240/es/>.

KRAUT, A. (2006). Derechos Humanos y salud mental en Argentina. En Emiliano Galende y Alfredo Kraut (Eds), El Sufrimiento Mental. El poder, la ley y los derechos. Buenos Aires: Lugar Editorial.

KRÜGER, C. Da avaliação de impacto à governança transfronteiriça: contribuições para o aperfeiçoamento da gestão de políticas públicas. 2019. Tese (Doutorado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

LA CUADRA, F. M. Os desafios da política social na América Latina. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*. São Paulo, v. 19, nr. 64 jan/jun 2014. Disponível em [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BHSpOpEA\\_jMJ:bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/download/10382/25692%26lang%3Des+%&cd=1&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BHSpOpEA_jMJ:bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/download/10382/25692%26lang%3Des+%&cd=1&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br).

LANCETTI, A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2008.

LEVAV, I., RESTREPO, H., & MACEDO, C. G. A. Reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 43(2):63-69, 1994.

LE BERRE, M. Territoires. *Encyclopédie de Géographie*. Paris: Economica, 1995. p. 601-622.

LIMA, L. Coronavírus: 5 estratégias de países que estão conseguindo conter o contágio. *Época*, 18mar. 2020. Disponível em: <https://epoca.globo.com/sociedade/coronavirus-5-estrategias-de-paises-que-estao-conseguindo-conter-contagio-24312020>.

LIMA, R. C. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2019.

LISBOA, M. T. A Tríplice Fronteira, a economia e a pandemia. Informação postada no site: 100fronteiras. 2021. Disponível em: <https://100fronteiras.com/opiniao/noticia/triplice-fronteira-economia-pandemia/>.

LONDOÑO O, MALDONADO L, CALDERÓN L. Guia para construir Estados del Arte. Bogotá: International Corporation of Networks of Knowledge; 2014.

LOPERA ECHAVARRÍA J. D. Salud mental y sabiduría práctica. Un intento de integración y aproximación conceptual. *Tes. Psic.* 2012 ene–jul; 7: 60–75.

LÓPEZ, C. Médico critica la “manicomialización” de institutos psiquiátricos. *Diario ABC Color*, Asunción, 26 jun. 2011. Disponível em: <http://www.abc.com.py/edicionimpresa/locales/medico-critica-la-manicomializacion-de-institutos-psiquiatricos-275932.html>.

MACHADO, A. L. Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2004, v. 9, n. 2 [Acessado 11 Outubro 2022], pp. 483-491. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200024>. Epub 05 Jun 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200024>.

MACHADO, R. P., Globalização às avessas: O comércio informal na fronteira Brasil/Paraguai. In: Maria Helena Martins. (Org.). *Cone Sul: Fluxos, Representações e Percepções*. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 264-273.

MAGALHÃES, R. O. S. Dos indicadores às narrativas de vidas: A intervenção em hospital psiquiátrico no contexto de uma rede substitutiva. UNICAMP, 2016.

MAISANO, P. O. S. Práticas religiosas no tratamento de dependentes químicos. 2014, 102 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)–Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2014.

MANIFESTO por uma psicopatologia clínica não estatística. Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 361-372, set. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142013000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000300001&lng=en&nrm=iso)>.

MELO, A. K. A.; SEVERO, A. K. S. Saúde mental, cultura e arte: discutindo a reinserção social de usuários da rede de atenção psicossocial. Gerais, Rev. Interinst. Psicol., Belo Horizonte , v. 12, n. 2, p. 282-299, dez. 2019 .

MENDES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.

MILANESE, E. (2012). Tratamento Cumitário: Manual de Trabalho I. Brasil: Secretaria Nacional de Políticas de Drogas, Instituto Empodera.

MILANESE, E. (2005) Interregional Cooperation to establish a common response to drug use and its consequences in Latin America and the Caribbean. Final Report. Caritas Germany, Freiburg. E.

MINISTERIO de la Protección Social (MPS) y UNODC. (2008). La Política para la Reducción del Consumo de SPA al alcance de tod@s: Una herramienta para construir política en lo local. Bogotá: República de Colombia.

MINISTERIO de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2011) Perfil Epidemiológico del suicidio en la Argentina. Algunas aproximaciones. Buenos Aires

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008.

MORIN, E. (1994). Epistemología de la Complejidad. En D. Fried, Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad. Buenos Aires: Paidós.

MOUJAN, M. C. A. Presente y futuro de los servicios de salud mental en Paraguay. Centro de Documentación, Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología. Universidad Católica Nuestra Señora de Asunción, 2011. Disponível em: <<http://www.psicoeureka.com.py/publicacion/8-2/articulo/10>>.

NOGUEIRA, V. M. R.; CUNHA, F. R. A pandemia da Covid-19 em regiões transfronteiriças: primeiras aproximações. In.: Revista MERCOSUR de políticas sociales. 4,14-28 dezembro. 2020.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS. Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental en Uruguay [Internet]. [Consultado 2013 Jul 12]. Disponible en:

[http://www.who.int/mental\\_health/uruguay\\_who\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/uruguay_who_report.pdf)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Folha Informativa – COVID-19. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875)>.

PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. Saúde e Democracia: A Luta do CEBES. – São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PARAGUAY (2011). Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Mental. Política Nacional de Salud Mental 2011-2020. – Assunción, 2011. Disponível em [http://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-c](http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-c)

PARAGUAY (2008) Alianza Patriótica para el Cambio. 2008. República del Paraguay. Gobierno de Unidad Nacional. Asunción, setembro de 2008. Disponível em: <<http://informe21.com/alianza-patriotica-cambio>>.

PARAGUAY (2011) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Sistemas de Salud en Sudamerica: desafios hacia la integridade y equidade. Ministerio de Salud e Bienestar Social, 2011. Disponível em: <http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wpcontent/uploads/2012/07/SSS-PARAGUAY-2011.pdf>.

PARAGUAY (2011) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manejo clínico de trastornos mentales en atención primaria de la salud. Ministerio de Salud e Bienestar Social, 2011. Disponível em: [http://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=191-protocolo-4-manejo-clinico-de-trastornos-mentalesen-aps&Itemid=253](http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=191-protocolo-4-manejo-clinico-de-trastornos-mentalesen-aps&Itemid=253).

PARAGUAY (2011) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Normas y procedimientos en la atención de salud mental. Ministerio de Salud e Bienestar Social, Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/103219641/Manual-de-Normas-yProcedimientos-de-Salud-Mental>.

PARAGUAY (2012) Ministerio de la Salud Publica. Notas sobre la descentralización en el sector salud del Paraguay. Asuncion, 2012. Disponível em <http://desarrollo.org.py/admin/app/webroot/pdf/publications/12-10-2015-11-23-50-1935705183.pdf> .

PARAGUAY (2013) Ministerio de la Salud Publica. Guia de Criterios de admisión y manejo de personas con trastornos mentales. Asuncion, 2013 Disponível em <http://www.mspbs.gov.py/saludmental/wp-content/uploads/2014/06/Gu%C3%ADa-de-Criterios-PICU.pdf>.

PARAGUAY (2014) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Paraguay: resumen de la analices de situación y tendencias de salud.2008. Disponível em: <<http://www.paho.org>>.

PINHEIRO-MACHADO, R. Globalização às avessas: O comércio informal na fronteira Brasil/Paraguai. In: Maria Helena Martins. (Org.). Cone Sul: Fluxos, Representações e

Percepções. São Paulo: Hucitec, 2006, v., p. 264-273.

POOLE, D. N. et al. Resposta à pandemia do COVID-19 em crises humanitárias complexas. *Int J Equity Health* v. 19, n. 41, 2020.

PRIGOGINE, I. (1994). De los Relojes a las Nubes. En D. Fried (Ed.), *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

PROCÓPIO FILHO, A. O Brasil no Mundo das Drogas. 1°. ed. Petrópolis - RJ: Editora Vozes, 1999.

QUET, M. A. Abordagens e concepções do território. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

RAFFESTIN, C. Por uma Geografia do poder. São Paulo: Ática, 1993.

RESTREPO D. A., JARAMILLO J. C. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2012; 30(2): 202–211.

RIBEIRO, R. R. Segurança Pública na Fronteira. Departamento da Polícia Federal-Diretoria de Investigação e Combate ao Crime Organizado. Brasília, 09 out. 132013. Disponível em:

[http://www.google.com.br/url?Sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=9&CAID=rja&ved=0cgcqfjai&url=http%3A%2F%2Fwww19.senado.gov.br%2Fsdlegetter%2Fpublic%2FgetDocument%3Fdocverid%3Da3d283a72f8649c3be789076dbc2501%3B1.0&ei=Jdh2UvWPDImUkQf\\_xYHYAg&usg=AFQjCNE5b9BN6DcUf53\\_4HoVh3VezFBA&sig2=Kux8QSIQNurJL\\_U9qDm2w&bvm=bv.55819444,d.EW0](http://www.google.com.br/url?Sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=9&CAID=rja&ved=0cgcqfjai&url=http%3A%2F%2Fwww19.senado.gov.br%2Fsdlegetter%2Fpublic%2FgetDocument%3Fdocverid%3Da3d283a72f8649c3be789076dbc2501%3B1.0&ei=Jdh2UvWPDImUkQf_xYHYAg&usg=AFQjCNE5b9BN6DcUf53_4HoVh3VezFBA&sig2=Kux8QSIQNurJL_U9qDm2w&bvm=bv.55819444,d.EW0) .

ROCHA, R. M. G., & SALERNO, C. B. Pesquisa documental sobre o Hospital Psiquiátrico Espírita Cairbar Schutel. Memorandum, 2018.

RODER, A. A agenda externa brasileira em face aos ilícitos internacionais: O contrabando na fronteira entre Brasil e Paraguai, 2009.

RODRIGUES, J. N.; AZEVEDO, D. A. de. Pandemia do Coronavírus e (des)coordenação federativa: evidências de um conflito político-territorial. *Espaço e Política*, v. 18, pp. 1-11, 2020.

ROSENDO, E.. Satisfacción laboral, capacitación profesional y prácticas instituidas de los profesionales de la salud mental: análisis de la viabilidad y factibilidad de la aplicación de la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tesis de doctorado. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina, 2010.

SACK, R. *Human territoriality: Its theory and history*. New York: Cambridge, 1986.

SANTOS, M. *A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M. *Metamorfoses do Espaço Habitado*. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, M. *O dinheiro e o território - Território, Territórios: ensaios sobre o ordenamento*

territorial. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007.

SANTOS, M. O País distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: Publifolha, 2002.

SANTOS, M. O retorno do território - Território, Globalização e Fragmentação, São Paulo: Hucitec, 1998.

SANTOS, M. Técnica, Espaço e Tempo. Globalização e Meio Técnico-Científico Informacional. São Paulo: Hucitec, 1994.

SCHALLENBERGER, E. Identidade nas Fronteiras: Território, Cultura e História. São Leopoldo: Oikos, 2011.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS – SENAD. PARAGUAI. Anuario. Assuncion: 2015. Disponível em: <https://es.calameo.com/read/00435023109e810cde5f5> .

SÉGUIN, A. L. Paisagens de fronteira: variações em um importante tema da geografiapolítica. Boletim Gaúcho de Geografia, v. 42, nº 2, pp. 389-411, 2015.

SEGURA-MUÑOZ, S. I. et al. Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. 2002, Anais.. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br>.

SEVERINO, F. P. Educação e fronteira: a proposta do Mercosul e a realidade vivenciada em uma cidade da Tríplice Fronteira. In: Las regiones em Latinoamérica, nuevos talleres internacionales de estudios regionales y locales, México, v.2, n.1, p. 195-198, mai. 2010.

SILVA, J. V. B. M.; SILVEIRA, A. C. M. A mídia como meio de reprodução do poder e da disciplina do contexto da Tríplice Fronteira. Revista Anagrama, São Paulo, v.5, n.1, p. 1-9, set/nov. 2011.

SILVEIRA, M. L. O Brasil: Território e Sociedade no início do século 21– A história de um livro. ACTA Geográfica, Ed. Esp. Cidades na Amazônia Brasileira, 2011.

SOJA, E. W. The political Organization of Space. Washington, D.C: AAG Commission on College Geography.1971.

SOUZA, Marcelo L. O território: sobre espaço, poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Iná E., et. al (orgs.), Geografia: conceitos e temas. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1999, p.77-116.

TABORDA M. C. Consideraciones generales para delinear políticas públicas en salud mental [Internet]. Disponible en: [http://reneclasesuniminuto.wikispaces.com/file/view/2.+Consideraciones\\_Generales\\_Politicas\\_Publicas\\_Salud\\_Mental.pdf](http://reneclasesuniminuto.wikispaces.com/file/view/2.+Consideraciones_Generales_Politicas_Publicas_Salud_Mental.pdf)

TARGINO, J. Comunidades Terapêuticas Religiosas: estudo de caso sobre uma comunidade pentecostal e uma comunidade católica carismática. Revista Café com Sociologia, Maceió, v. 6, n. 2. p. 314-334, mai./jul., 2017.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 2002.

TORRES, F. G. Marginalización de los niños en situación de calles en Ciudad del Este. Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Instituto Latino Americano de Economia e Política da Universidade Federal da Integração Latino Americana, UNILA, 2017. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/3073/VERSION%20FINAL%20TC%20C.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2013. Nova Iorque: United Nations, 2013. Disponível em: [http://www.unodc.org/documents/lpobrazil//Topics\\_drugs/WDR/2013/World\\_Drug\\_Report\\_2013.pdf](http://www.unodc.org/documents/lpobrazil//Topics_drugs/WDR/2013/World_Drug_Report_2013.pdf).

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2014. Nova Iorque: United Nations, 2014. Disponível em: <http://www.unodc.org/wdr2014/>.

VASCONCELOS, E. M. Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

ZINBERG, N. E. The social setting as a control mechanism in intoxicant use. In: LETTIERI, D. J. et al. Theories in drug abuse: selected contemporary perspectives. Maryland, United States: NIDA, 1980.