



Eixo: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Lutas sociais e Controle Democrático nas políticas sociais

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E ARGENTINA: UMA BREVE CARACTERIZAÇÃO

JULIANE CRISTINE DE CAMARGO¹
LISLEI TERESINHA PREUSS²
MARCOS KOCZUR LACERDA³

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo fazer uma breve contextualização entre o modelo de Saúde Mental no Brasil e Argentina. Buscou-se descrever a Política de Saúde no Brasil e Argentina, pois ambas têm suas particularidades quanto as suas características históricas, questões culturais, socioeconômicas e políticas e que influenciam diretamente quanto a oferta, a estrutura e o acesso à Política em Saúde Mental. Deste modo, buscou-se caracterizar de forma breve o histórico acerca da reforma psiquiátrica, bem como a assistência em saúde mental.

Palavras-chave: Modelos de Saúde; Política de Saúde Mental; Serviços; Programas

Resumen: El presente trabajo tiene como objetivo hacer una breve cocontextualización entre el modelo de Salud Mental en Brasil y Argentina. Se buscó describir la Política de Salud en Brasil y Argentina, porque ambas tienen sus particularidades en cuanto a sus características históricas, cuestiones culturales, socioeconómicas y políticas, y que influyen directamente en cuanto a la oferta, la estructura, y el acceso de la Política en Salud Mental. De este modo, se buscó caracterizar de forma breve un rescate histórico sobre la reforma psiquiátrica, así como la asistencia en salud mental.

Palabras-claves: Modelos de Salud; Política em Salud Mental; Servicios; Programas

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado parcial da pesquisa de Iniciação Científica “Proteção Social e Saúde Mental nos países Brasil e Argentina.”⁴ O qual tem como principal objetivo buscar elementos teóricos para subsidiar uma comparação entre os modelos de atenção a saúde mental nos dois países. As

¹ Estudante de Graduação. Universidade Estadual de Ponta Grossa. E-mail: <jucamargoom@gmail.com>

² Professor com formação em Serviço Social. Universidade Estadual de Ponta Grossa.

³ Estudante de Graduação. Universidade Estadual de Ponta Grossa.

⁴ É um complemento da pesquisa “Proteção Social e Saúde: Uma análise sobre os modelos de atenção à saúde dos países Brasil e Argentina” A pesquisa busca construir uma análise comparativa sobre como se dá o atendimento a esta demanda, incluindo: ações, planos, programas e serviços, a sua rede de atendimento e profissionais envolvidos. Busca-se ainda resgatar o contexto histórico desta referida política nos dois países.

atividades integram pesquisas de busca exploratória, documental e bibliográfica afim de buscar elementos necessários para a finalização da pesquisa.

Este artigo, tem como objetivo apresentar como é a Política de Saúde no Brasil e Argentina, já que possuem singularidades e particularidades, que os diferem. A Argentina, por sua vez, possui dois artigos que declaram o direito a saúde: 41º e 42º o Sistema de Saúde é dividido em três setores: O Público, o de Seguridade Social e o Privado. Já o Brasil, o sistema de saúde é legalizado através da lei 8080/90 e 8142/90. É entendida como uma política pública de caráter universal, integral, descentralizado e que deve haver participação popular.

Diante disso, buscou-se contextualizar a saúde mental em ambos os países, perpassando pelos serviços, programas e profissionais que fazem parte da Política de Saúde Mental. Nos dois países houve a reforma psiquiátrica, que é o momento em que:

A atenção deixa de ser a doença e passa a ser o da reconstrução da vida. Assim, em torno deste paradigma estruturam-se conceitos como ambiguidade, interdisciplinaridade, autonomia, ordem/desordem, parte/todo, singular/geral, certeza/incerteza, responsabilidade, solidariedade, liberdade, emoções, sensibilidade, cidadania, qualidade de vida, entre outros. (RIBAS, TERRA, ERDEMANN, 2005, p. 138)

O sujeito com transtorno mental, passa a ter um tratamento mais humanizado e digno, com caráter protetivo, ofertando assistência e o cuidado necessário para o indivíduo. Assim, o artigo busca fazer uma análise de forma breve, de como a Política de Saúde Mental se apresenta nos últimos anos e quais são as diferenças e semelhanças presentes nos dois países.

2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Para entender como é a política de saúde mental no Brasil é necessário perpassar o modelo de saúde deste país e sua trajetória. Atualmente a saúde está incluída no tripé da seguridade social, juntamente com as políticas de Assistência Social e Previdência Social se configurando como universal. O Sistema Único de Saúde - SUS é o modelo que está vigente desde a

constituição de 1988.

Em 1808 surge no Brasil a primeira faculdade de medicina, localizada em Salvador, Bahia, que seguia um padrão europeu. Algum tempo depois o Estado considerou necessário a implementação de hospitais para cuidar de doenças como: tuberculose, hanseníase e as doenças mentais. Em 1852, surge o primeiro hospital psiquiátrico, conhecido como Hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Em 1904 Oswaldo Cruz assume a diretoria geral da saúde pública e tem como meta uma reforma na saúde pública, umas das reformas é a obrigatoriedade da vacina. Nesse momento surge a tão famosa Revolta das Vacinas. (Baptista, 2007)

Em 1923 foi criada a Lei Eloy chaves que foi um importante marco no avanço da saúde. Essa lei regulamenta as Caixas de aposentadorias e pensões- CAPS e funcionava como um seguro. Dentre os benefícios para quem contribui com o CAPS estava, segundo Baptista, socorro médico, medicamentos, aposentadorias e pensões.No governo de Getúlio Vargas (1930) é criado os Institutos de aposentadorias e pensões - IAPS que traziam um padrão melhor de assistência médica e hospitalar.

Durante os anos 50, a área da saúde tem um grande desenvolvimento com as tecnologias vindas após guerra e a criação de órgãos de saúde. No período da ditadura militar em 1964, o investimento na área na saúde tem um retrocesso. Com essa conjuntura o movimento sanitaria ganha força, e tinha seu principal objetivo como universalizar o sistema de saúde. Em 1980 ocorre a VII Conferência da Saúde que vinha com a proposta de reformulação da política de saúde e na conferência seguinte a universalização da saúde foi aprovada por unanimidade. (BAPTISTA, 2007) E na Constituição de 1988, a VIII Conferência levou essa proposta e o SUS foi aprovado, sendo hoje um direito de todo cidadão ter acesso à saúde.

No Brasil o sistema de seguridade social tem como princípio promover a justiça social e igualdade, para dar real significado a palavra cidadania. No Brasil, o sistema de saúde é legalizado através da lei 8080/90 e 8142/90. É entendida como uma política pública de caráter universal, integral, descentralizado e que deve haver participação popular. Entende-se como universal porque é para todos os cidadãos. O caráter integral se refere aos

níveis de atenção à saúde, que são: Básica (primária) e especializado (Média e alta complexidade). A descentralização no Brasil diz respeito ao território, pois em cada lugar se tem uma população e um perfil epidemiológico, e a política visa atender essas necessidades. Já a participação popular é o controle social e avaliação, que são feitas através de conselhos e conferências. Penso que devem trabalhar melhor o que é participação popular

Com a implementação do SUS, a saúde passa a ser responsabilidade do Estado, e dentre os objetivos estão:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990).

Segundo o artigo 5º da Organização do SUS, em cada região de saúde deve conter no mínimo: “I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; V - vigilância em saúde.” (p. 127)

Diante disso, a atenção psicossocial, engloba a saúde mental, fazendo que em cada região seja implementada serviços para a saúde mental. No próximo item, busca-se apresentar a saúde mental no Brasil.

2.1. A Saúde Mental no Brasil

No Brasil o acesso à saúde mental é através do SUS, e os recursos financeiros são realizados através da relação tripartite, sendo o município responsável por executar e organizar ações para a população que necessita desse atendimento. Até a reforma psiquiátrica, o atendimento da saúde mental era exclusivamente através de Hospitais Psiquiátricos.

Historicamente o grande marco da saúde mental se dá pela reforma psiquiátrica, que é o momento em que os famosos “manicômios” são substituídos por outras formas de tratamento. Se inicia junto com a reforma sanitária, uma discussão pela humanização do tratamento e pelo fim da “venda

da loucura”, e um movimento formado pelos profissionais da saúde mental, profissionais que participavam da reforma sanitária e sociedade civil.

Também inicia o Movimento do Trabalhadores em Saúde Mental-MTSM, o que traz mais consistência para essa luta da humanização. Em 1987 acontece o segundo Congresso Nacional do MTSM, o Estado começa a intervir em situações que desrespeitam os direitos humanos na saúde mental. Em 2001 a Lei Paulo Delgado que coloca fim aos manicômios e determina que seja sucessivamente, respeitado e protegendo as pessoas com transtornos mentais. Embora a lei Paulo Delgado trouxe avanços de forma mais efetiva no processo de afirmação da Reforma Psiquiátrica, diminuindo os leitos nos manicômios, os pacientes que antes eram assistidos pelos manicômios, não possuíam uma assistência psiquiátrica ofertada por outro serviço de saúde mental especializado, ficando em situações de riscos e vulnerabilidades.

Essa realidade começa a ser modificada a partir da criação de serviços em saúde mental especializado, seguindo um modelo desinstitucionalizado e humanizado. Foi criada a Portaria/GM nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002, que institui, define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (BRASIL, 2002). Os Centros de Atenção Psicossocial são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimulando a sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico (BRASIL, 2004).

Após a reforma, os modelos hospitalares foram aos poucos sendo substituídos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais.

Os centros de Atenção Psicossocial (CAPS), surgem com o objetivo de promover uma atenção diária a quem sofre transtornos mentais, e

promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com

transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL,2005, p. 25).

Os CAPS são designados conforme a população da região, sendo o I para pequeno porte, como equipe mínima 9 profissionais; o II para médio porte, com a equipe mínima de 12 profissionais. E o CAPS III para grande porte, sendo atendimento 24 horas, em dia semana, fim de semana e feriados, podendo conter até no máximo cinco leitos, fazendo acolhimentos noturnos. Os acolhimentos do CAPS III podem ser internações curtas, de algumas horas, ou com duração de até 7 dias.

Os CAPS I são equipamentos especializados para atender crianças e adolescentes, deve conter como equipe mínima 11 profissionais e funciona de segunda à sexta. Os CAPS ad são para atender a população que faz o uso prejudicial de álcool e drogas, com funcionamento em dias úteis e deve haver 13 profissionais. Os CAPS I e ad, são previstos para municípios de grande porte, mas o ad, pode ser implementado através dos cenários epidemiológicos (Brasil, 2005)

Em relação ao uso abusivo de álcool e droga há a Redução de danos, que se configura como:

um conjunto de políticas públicas ligadas ao enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de drogas, como a disseminação de doenças e a degradação humana dos usuários. Procura promover a prevenção ao HIV/Aids e hepatites, a diminuição da violência e da promiscuidade, apelando ao protagonismo dos usuários para um manejo responsável do seu uso de drogas, com o devido cuidado com sua própria pessoa. (BRASIL, p. 30)

Ou seja, a redução de danos, não tem como objetivo prevenir ou evitar o uso de drogas e álcool, mas prevenir os agravos causados por essas substâncias sendo que o indivíduo seja o principal protagonista, reduzindo doenças e violência decorrente do uso abusivo destas substâncias.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos-SRT, são segundo o Ministério da Saúde

são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. (BRASIL, 2004, p. 6)

Os SRT são um meio de inserir o indivíduo socialmente na comunidade e na sociedade, também busca integrar outras redes de serviços, para assim garantir os seus direitos e buscar a sua inserção social.

Os Centro de Convivência e Cultura não são “equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento médico ou terapêutico. São dispositivos públicos que se oferecem para a pessoa com transtornos mentais e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura.” (BRASIL, 2005, p. 36) Com tudo, são espaços públicos, que oferecem a efetivação da inclusão social.

As Unidades de acolhimento e a atenção integral em Hospitais Gerais, tem como objetivo “em sua estrutura de atendimento hospitalar de urgência e emergência, da rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas.” (BRASIL, 2005, p. 41)

Segundo o Ministério Público Federal, há para pessoas com transtornos mentais que cometem delito, os Hospitais Psiquiátricos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-PAILI). Os programas estão ainda iniciando e há em alguns Estados apenas. Nestes lugares, o indivíduo irá fazer uma perícia para Verificação Penal e de Superveniência de Doença Mental, e depois são subordinados para Medida de Segurança de internação ou ambulatorial, trazendo assim, amparo às pessoas com doença mental.

Os serviços mencionados acima, somam-se a demais serviços públicos, constituindo assim a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que surge em 2011, através da portaria N° 3088, para atender esse público e também pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, todos atendidos pelo SUS. A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, é composta por vários serviços de saúde e assistência social, sendo composta por: Unidade Básica de Saúde; Estratégias de Saúde da Família; Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF; Equipe de Consultório na Rua; Centros de Convivência; SAMU 192; UPA 24 horas; Pronto Socorro; Hospitais, entre outros.

Assim no Brasil, “a rede de cuidados em saúde mental estrutura-se a partir da Atenção Básica, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base

territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento” (BRASIL, 2005, p. 32), até a especializada.

Dentre os profissionais que compõe a equipe de saúde mental no Brasil estão: equipe médica, que são compostas por psiquiatras, clínicos gerais, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, psicopedagogas.

Para se ter acesso a esses serviços, o município deve disponibilizar informações para os usuários ter conhecimento sobre a existência, a localização e sobre o funcionamento dos serviços, para que se necessário procurarem.

Dessa forma o artigo 1º da lei 10.216, dispõe que

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL, 2001, p. 1)

Dessa forma, a Constituição Federal do Brasil, com a Política de Saúde Mental busca assegurar a integralidade psíquica para o desenvolvimento intelectual e emocional do sujeito, proporcionando o bem-estar e a inclusão social.

3. A POLÍTICA DE SAÚDE NA ARGENTINA

A Argentina se caracteriza como um país federado, mas há uma organização federativa divergente do Brasil, a qual é dividida em províncias. Dessa forma, a Constituição Federal determina princípios e diretrizes, mas as Províncias têm a autonomia de aceitar ou recusar as mesmas. “Argentina é um estado federal constituído por 23 províncias e a Cidade Autônoma de Buenos Aires”. (MENICUCCI, 2017, p. 6)

Como há divergências nos sistemas federativos, as diferenças existem na Política de Saúde, à vista disso, neste item, busca-se contextualizar a política de saúde na Argentina. Num primeiro momento, apresenta-se um breve recorte histórico do desenvolvimento da saúde neste país, para em seguida aborda-la nos dias atuais. Com a revisão bibliográfica realizada na pesquisa,

a autora Menicucci (2017) cita quatro etapas importantes para o desenvolvimento histórico da Política de Saúde. Os quais são eles:

A primeira etapa, compreende o início do século XX se refere até o ano 1945, onde a saúde era vista como obra de caridade e questão individual, o estado era ausente, “exercia apenas uma função subsidiária de formação de Recursos Humanos, cuidado da higiene pública, controle de epidemias e vigilância sanitária de fronteiras.” (MENICUCCI, 2017, p. 8), permitindo que empresas privadas de saúde conquistassem um espaço, que é consequência da desresponsabilização estatal.

Após o ano de 1945 até 1955, começou a segunda etapa, a qual ganhou o nome de modelo centralizado. Neste período, a saúde passa a ser vista como responsabilidade do Estado.

A atenção médica torna-se um dos principais instrumentos de legitimação e uma das políticas para consolidar o apoio dos setores populares ao governo. Deu-se impulso à saúde pública com o desenvolvimento de programas contra doenças endêmicas; ampliação de 9 capacidade instalada a partir da nacionalização dos estabelecimentos públicos, desenvolvimento de uma rede de centros de atenção ambulatorial em todo território nacional e criação de novos hospitais. Há forte expansão da cobertura e de serviços apesar da autonomia constitucional das províncias; e a política de saúde assume traços universalistas, tendo o Hospital público como o lugar de atenção médica para todos. (MENICUCCI, 2017, p. 8)

Durante essa etapa também se desenvolveram as Obras Sociais (OS) destinadas às pessoas com a cobertura da seguridade social, assegurando à saúde, e tornou-se o principal pilar da assistência à saúde durante o período.

Após o modelo centralizado, vem o modelo descentralizado, período que ocorre dos anos de 1955 até 1978. Durante essa etapa, o modelo provincial foi implantado, ou seja, o governo transfere “para províncias e municípios as responsabilidades técnicas e administrativas dos estabelecimentos públicos nacionais.” (MENICUCCI, 2017, p. 9). Neste cenário a importância da responsabilidade estatal passa a ser desconsiderada e as obras sociais são institucionalizadas.

Em 1974 começa a ser discutido a articulação e integração entre os diferentes componentes do sistema de saúde. Segundo Menicucci, é “Para promover a coordenação e integração é criado o Instituto Nacional de Obras Sociais e o Fundo de Redistribuição para melhorar a capacidade instalada das

OS”. (2017, p. 9). Esse sistema ampliou a cobertura de saúde e fragmentou-a, pois, a rede de serviços estatais passou a atender a população mais carente.

O quarto período, que começa em 1978, devido a ditadura militar, se caracteriza como modelo de descentralização fiscal, se prologando até os dois primeiros anos desse século

tem como marcos principais a retomada da transferência dos hospitais públicos nacionais para as províncias; a deterioração dos serviços de saúde reforçada pela crise econômica; e a proposta de novos marcos normativos para os subsistemas ou para articulá-los. (MENICUCCI, 2017, p. 10)

A década de 1980 tem como marco a lei que define as OS como “entes públicos não estatais”, administrado pelos sindicatos e financiados pelos beneficiários. Após o fim da ditadura foi proposto o Sistema Nacional do Seguro à Saúde como objetivo de prestar o direito à saúde para todos os cidadãos, de maneira integral, mas o sistema falhou, por pressão das corporações. A década seguinte foi marcada pela descentralização e o direito universal para a saúde.

As etapas descritas acima, constituem os elementos centrais para a formação do sistema de saúde da Argentina: a fragmentação, a formação do Setor das Obras Sociais e a descentralização da Saúde. Diante disso, busca-se contextualizar a Política de Saúde, em um quinto momento, ou seja, nos dias de hoje.

Atualmente na Argentina há dois artigos que declaram o direito à saúde: 41º e 42º o Sistema de Saúde é dividido em três setores: O Público, engloba serviços para todos os cidadãos, sendo igual no Brasil; o de Seguridade Social que seu atendimento é pautado em obras sociais para pessoas que estão trabalhando ou aposentados, incluindo dependentes, sendo igual o sistema previdenciário do Brasil; e o Privado para ter acesso a esse serviço o indivíduo tem que pagar. (MACHADO, 2016)

Devido a essa configuração o setor público na Argentina tem funções reduzidas, sendo as principais atividades: formulações de políticas de saúde, formulações para normativas de promoção, prevenção e recuperação da saúde e na regulação do setor em geral.

As províncias prestam atendimentos organizados pelo Ministério da Saúde, que elabora uma carta magna e os atendimentos são prestados de

10

forma gratuita em redes hospitalares e centros de saúde. A atenção primária na Argentina é dividida entre serviços municipais que somam 69% e provinciais que são 39%. Em relação à atenção especializada se limita à hospitais, existindo poucos serviços fora dele.

Todos os habitantes da Argentina têm direito ao acesso à saúde, em três níveis: centros públicos de atenção primária CAPS; centros especializados de diagnóstico ou hospitais públicos, seja em nível nacional, municipal e provincial.

A atenção primária é fornecida para os usuários através dos Centros de Atenção Primária à Saúde-CAPS, os Centros Integradores Comunitários-CIC e os postos comunitários, e cada província tem a autonomia para gestar esses serviços. Os CAPS são considerados essenciais, pois eles se organizam de acordo com o território em lugares mais vulneráveis. São lugares que oferecem serviços de saúde para prevenção, promoção, ações curativas, vacinas e serviços pré-hospitalares de urgência.

3.1. A Saúde Mental na Argentina

Na Argentina o atendimento para a saúde mental também era através de internações hospitalares. O fim desse atendimento é mais recente que no Brasil, sendo sancionada a lei em 2010. Com base no Plano Nacional de 2013, busca-se a superação do tratamento tradicional das pessoas com transtornos mentais, visando a inclusão social. Em relação ao financiamento, o poder executivo repassa os recursos financeiros, sendo 10% do total destinado para a saúde. O acesso a saúde mental é de maneira gratuita, com o objetivo da preservação e recuperação da saúde, com cuidados de maneira integral, social e humanizada.

Conforme o documento “Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental” de 2013, as redes de atendimento à saúde mental incluem: Casas de Convivência, Hospitais Dia, Centros de Saúde, Hospitais Gerais, Centros de Integração Comunitária e outras instituições polivalentes (primeiro e segundo nível de atenção). As redes formais trabalham junto com as redes informais de saúde, o que facilita o trabalho comunitário, estendo o

atendimento para casa, trabalho e escola. Os profissionais que compõe as redes de atendimento de saúde mental são: psiquiatra, um psicólogo e um assistente social, enfermeira e terapeuta ocupacional, podendo haver outras profissões. É uma equipe interdisciplinar constituída por profissionais e técnicos.

Como citada acima, a Argentina é dividida em províncias e a Cidade Autônoma de Buenos Aires. Diante disso, aborda-se a saúde mental na Cidade Autônoma de Buenos Aires e posteriormente nas Províncias.

3.1.1. A Saúde Mental na Cidade Autônoma De Buenos Aires.

Em 2013 foi realizado pesquisas para obter dados epidemiológicas de saúde mental na Cidade autônoma de Buenos Aires. A pesquisa foi realizada pela Dirección General de Salud Mental e os dados se referem ao primeiro atendimento ao paciente. Em relação aos adultos, o resultado da pesquisa mostrou que o maior diagnóstico de saúde mental advém da ansiedade.

De acordo com a pesquisa total de pacientes 58% são mulheres e 42% homens. O atendimento no setor público dominou, somando 60%, em obras sociais 32%, no privado 4% e outros 2% não há dados.

Buenos Aires desenvolve diversos programas e redes de saúde mental com o objetivo de fortalecer as políticas de saúde mental. Dentre eles estão, segundo Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires:

- Programa Atención Comunitaria de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos, o qual tem propõe prestar atendimento integral e garantir o direito a saúde ao público destinado e ampliar a forma de acesso à saúde na cidade. O programa atende pessoas com até 15 anos;

- Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental, tem como objetivo investigar a saúde mental em Buenos Aires, para assim criar estratégias para a promoção, prevenção e atenção para a saúde mental;

- Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogodependencia. A cidade de Buenos Aires entende que o álcool e drogas são fenômenos complexos que necessitam de respostas do Estado. Com esse

programa, busca-se a prevenção, assistência e reinserir os sujeitos na sociedade;

- Programa de Salud Mental y Desastres. O programa tem como objetivo prevenir e criar procedimentos para diminuir os riscos psíquicos, para a população que sofre com alguma doença mental;

- Programa de Salud Mental y SIDA. Procura-se desenvolver esse programa em Hospitais e Centros de saúde. Tem como objetivo realizar tarefas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde mental e AIDS;

- Programas de Violência. Este, busca promover tratamentos à saúde mental que não sejam abusivos e prejudiciais. Enfatiza a interrupção do modelo interacional violento e trabalha com as famílias, para a diminuição do isolamento;

- Red Infanto-Juvenil de Salud Mental. Procura-se promover o trabalho em rede, e assegurar a saúde para os diferentes faixa etárias. Realiza-se aconselhamento e orientação aos pais, desde tratamento ambulatorial até tratamento hospitalar;

- Red de Psicopedagogía del G.C.B.A. Tem como objetivo, segundo o Ministerio de Salud:

- Vincular, coordinar y poner a disposición de la población, los recursos asistenciales públicos de esta disciplina que estudia al hombre en situación de aprendizaje a lo largo de toda su vida.
- Efectuar una adecuada derivación de aquellos casos que así lo requieran, teniendo en cuenta la distribución sanitaria, los recursos y la especificidad de cada equipo.
- Organizar encuentros científicos y docentes favoreciendo el intercambio de tareas. (GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, p. 1)

- Red de Trastornos de la Alimentación. Se dedica a assistência, prevenção, capacitação e investigação do distúrbio alimentar, que é tão recorrente entre jovens e adolescentes. Busca-se fazer esse trabalho em hospitais, com equipe interdisciplinar;

- Red de Emprendimientos Sociales de Salud Mental, a qual promove e favorece a integração social para os usuários, seja adulto ou adolescente, na rede de saúde mental;

- Há também Centros de Información y Bibliotecas de Salud Mental, que permitem à população ter acesso a conhecimentos científicos e acadêmicos, que são elaborados pelo governo da cidade de Buenos Aires. E há também

Talleres de Promoción en Salud Mental, que buscam cuidar da saúde mental da população.

3.1.2. Saúde Mental nas Províncias:

Para analisar a saúde mental nas Províncias da Argentina, usou-se como fonte a pesquisa documental o “Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental”, que realizou uma pesquisa com 10 províncias das 23 no ano de 2009: Catamarca, Chubut, Corrientes, Jujuy, Mendoza, Río Negro, Salta, San Juan, Tierra del Fuego y Tucumán.

Os Serviços de Saúde Mental existentes nas dez províncias somam um total de 577 estabelecimentos ambulatoriais, 28 desse total são destinados a crianças e adolescentes. Há 29 hospitais psiquiátricos e 11 são públicos. Esses Serviços atendem uma média de 2.953 pessoas por 100.000 habitantes. Nas províncias as mulheres também são a população mais atendidas, somando um total de 53%, e as crianças e adolescentes somaram um total de 12%.

Há estabelecimentos de tratamento diurno, Unidades de hospitalização psiquiátrica de base comunitária, estabelecimentos residenciais comunitários, e estabelecimentos forenses e os CAPS.

Os Estabelecimentos de tratamento diurno oferecem uma permanência de até 176 dias e “Existían 65 establecimientos de tratamiento diurno en las 10 provincias, de los cuales cuatro estaban destinados para niños y adolescentes.” (OMS, 2009, p. 20)

As Unidades de hospitalização psiquiátrica de base comunitária, de “Las 10 provincias informaron que contaban un total de 58 unidades psiquiátricas de base comunitaria con 356 camas.” (OMS, 2009, p. 21) O maior diagnóstico que deu entrada nas Unidades de Hospitalização, foi esquizofrenia, somando um total de 47%.

Nas 10 províncias, os estabelecimentos Residenciais Comunitários, somavam um total de 93 residências. Em relação ao Hospitais Psiquiátricos, “el total de los hospitales psiquiátricos públicos en todo el país era de 45, las 10 provincias tenían 11 de los mismos.” (OMS, 2009, p. 21). Mas como a lei que

coloca fim em manicômios foi sancionada em 2010, houve uma redução significativa desses hospitais.

E em relação aos Estabelecimentos forenses, as províncias de Mendoza, San Juan tinham leitos destinados aos indivíduos que cometiam crime dentro do Hospital Local, e

Las diez provincias contaban con aproximadamente 150 camas en unidades forenses de hospitalización psiquiátrica para personas con trastornos mentales. Esas provincias no tenían servicios de salud mental dentro del sistema penitenciario. Se trataba de camas en pabellones aislados dentro del hospital psiquiátrico con pacientes sentenciados, con la excepción de Río Negro, que contaba con casas en los barrios habilitadas a tal efecto. (OMS, 2009, p. 25)

E por fim os CAPS que “permite descentralizar la atención de la institución hospitalaria y constituye un proceso clave para mejorar la accesibilidad geográfica, cultural, organizacional, económica y social de las personas con problemas mentales” (AUGSBURGER, DUARTE, GERLERO, GÓMEZ, YANCO, 2011, p. 24).

Diante disso, a Argentina por ser um país federativo, dividido em provinciais tornou-se dificultoso obter dados gerais acerca da política de saúde mental. Os dados apresentados são apenas um recorte, não possibilitando um panorama maior e detalhado da Saúde Mental nas Províncias. Por mais que as Províncias e a Cidade autônoma de Buenos Aires tracem uma Política de Saúde Mental com diversas semelhanças, norteadas pelo Ministério da Saúde deste país, há especificidades presentes em cada uma, devido a autonomia das províncias em aderirem os marcos regulatórios da Saúde Mental, do Ministério da Saúde da Argentina.

4. CONCLUSÃO

No Brasil e Argentina o atendimento à saúde é de caráter universal. Na Argentina, o modelo de atendimento à saúde é dividido em setores, o que fragmenta a universalidade; no Brasil, enquanto um país configurado em entes federados, a gestão da política em saúde, assim como as demais políticas é entre União, estados e municípios, fazendo assim valer o princípio da universalidade e integralidade dos cuidados ofertados.

Ainda, na reforma psiquiátrica, o Brasil apresenta na sua afirmação um

grande avanço no campos dos direitos humanos para o tratamento em saúde mental, priorizando a liberdade, a desinstitucionalização do tratamento e o acesso integral por meio dos Centros de Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção Psicossocial.

Na Argentina, apesar de existir um setor público de Saúde, ainda há dificuldades para universalizar o sistema, pois muitos usam o sistema de Obras Sociais, o que direciona o setor público para os mais carente. Em relação à saúde mental, durante a pesquisa notou-se muitos atendimentos privados, o que restringe o acesso à saúde. Vale destacar que cada província na Argentina tem autonomia quanto às diretrizes a serem seguidas, que são determinadas pelo Ministério da Saúde. Assim conclui, que o acesso universal e descentralizado, ainda é uma questão se repensar na Argentina, para garantir aos usuário um acesso digno à saúde mental.

Este estudo buscou trabalhar os aspectos dos modelos em saúde no Brasil e na Argentina, dando ênfase para a saúde mental, considerando os seus aspectos de oferta e estrutura da política. Vale pontuar que as diferenças históricas, socioeconômicas e políticas nos países estudados, mostram que a saúde de modo geral se configura nas particularidades apresentadas no decorrer do trabalho.

Considera-se assim, que dadas as suas especificidades, a configuração da política de saúde mental, neste artigo contemplou as normativas quanto ao modelo em saúde mental, bem como a sua caracterização enquanto política que nos países estudados, apresentam as suas diferenças quanto a afirmação da reforma psiquiátrica, quanto as configurações geopolíticas e regionais e também as particularidades históricas na construção dos modelos em saúde.

REFERÊNCIAS

AUGBURGER A. DUARTE M. GERLERO S. GÓMEZ R. YANCO D. Salud mental y atención primaria, accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina. **Rev. Argen. Salud. Pública**, V.2, N. 9, P. 24-29, 2011.

BRASIL. LEI Nº 10.216, **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** De 6 de abril de 2001

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de agosto de 2011. Republicada em 21 de maio de 2013. Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2011. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 13 de Maio 2018.

_____. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acessado em: 03 de junho

_____. Ministério da Saúde. **RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: PARA QUEM PRECISA DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL, O MELHOR É VIVER EM SOCIEDADE**. Brasília - DF 2004

_____. Ministério Público Federal/Procuradoria Federal dos direitos do Cidadão. **Cartilha Direito à Saúde Mental**. 29 p. Disponível em:
<http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf> Acesso em: 02 de julho de 2018

BUENOS AIRES (Ciudad). **Redes Integradas de Servicios**. Disponível em:
<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/saludmental/programayredesdesaludmental> Acesso em: 20 jun. 2018

CARAVACA N. A. S. **A política de saúde Argentina**: um aporte histórico para sua caracterização e problematização. Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, Florianópolis, out. 2015.

ERDMANN A. L.; RIBAS D. L.; TERRA M. G. O paradigma complexo: Um novo olhar para a saúde mental. **Contexto e Educação**, ano 20, n. 73/74, p.131-142, jan./dez. 2005.

MACHADO E., **O direito à saúde no Brasil e na Argentina**: o desafio de universalização do acesso aos serviços públicos de atenção primária. 2016.

MENICUCCI T. M. G. **Federalismo e Política de Saúde na Argentina e no Brasil**. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE CIÊNCIA POLÍTICA, 9, 2017. **Anais...** Montevidéo, 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental**. Versión 2.1. República Argentina, 2009, 50 p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALAGOAS. **Lei nº 8.080.** de 19/09/1990. p. 121 à 148. Disponível em: <http://www.editorasolucao.com.br/media/materialcomplementar/guiadoc oncurso/UNCISAL/09-leis-8080-8142+LC-141+9394.leg.pdf> Acesso em: 01 jul. 2018.