

ARTÍCULO ORIGINAL

## **A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PARAGUAI: DESAFIOS E POTENCIALIDADES**

### **LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICA DE SALUD MENTAL EN PARAGUAY: DESAFÍOS Y POTENCIALIDADES**

Juliana Domingues\*, Maria Geusina da Silva\*, Vera Maria Ribeiro Nogueira\*\*

**Resumo:** O processo de implementação da atenção em saúde mental no Paraguai, fundamentada nos princípios da Declaração de Caracas que reorienta as ações dessa área na América Latina se consolida com a aprovação da Política Nacional de Saúde Mental, no ano de 2011. O presente artigo apresenta os caminhos percorridos até a sua institucionalização, bem como a constituição da sua atual organização, evidenciando as potencialidades e desafios da atual política, concluindo-se que gradativamente o país vem institucionalizando ações que visam a promoção da saúde mental. As potencialidades da atual política que vem se consolidando revelam melhoria na atenção em saúde mental no país, sobretudo no que se refere a capacitação de equipes de saúde da família, promovendo a transformação em um modelo de atenção comunitário. Os desafios que se colocam nesse processo passam por questões orçamentárias, da incorporação de princípios organizativos da rede de serviços, tais como a descentralização, a universalização de acesso, entre outros. Destaca-se ainda a necessidade de detalhamento das ações programáticas da política e aprovação de uma Lei de Saúde Mental.

**Palavras-chave:** implementação, política nacional, saúde mental, Paraguai.

**Resumen:** El proceso de implementación de la atención de salud mental en Paraguay, fundamentada en los principios de la Declaración de Caracas que reorienta las acciones de esa área en América Latina, se consolida con la aprobación de la Política Nacional de Salud Mental, en el año 2011. El presente artículo presenta los caminos recorridos hasta su institucionalización, así como la constitución de su actual organización, evidenciando las potencialidades y los desafíos de la actual política, se concluye que gradualmente el país viene institucionalizando acciones que tienen como objetivo la promoción de la salud mental. Las potencialidades de la actual política que viene consolidándose, revelan mejoría en la atención en la salud mental en el país, sobre todo en lo que se refiere a la capacitación de los equipos de salud de la familia, promoviendo la transformación en un modelo de atención comunitaria. Los desafíos que se colocan en ese proceso

---

\* Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Brasil.

\*\* Universidade Católica de Pelotas, Brasil.

Email: juliana.domingues@unila.edu.br

Recibido: 11/07/2018. Aceptado: 14/12/2018.

pasaron por cuestiones financieras, de incorporación de principios organizativos de la red de servicios, tales como la descentralización, la universalización de acceso, entre otros. Se destaca aún la necesidad de un detallamiento de las acciones programáticas de la política y la aprobación de una Ley de Salud Mental.

**Palabras clave:** implementación, política nacional, salud mental, Paraguay.

## I. Introdução

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

O Paraguai implementou duas Políticas Nacionais de Saúde Mental, a primeira nos anos de 2002, elaborada por médicos, médicos psiquiatras e alguns outros profissionais de saúde, sem a participação de usuários e familiares das pessoas com enfermidade mental, e não chegou a promover mudanças importantes no modelo de atenção em saúde mental, essa época centrado em práticas hospitalocêntricas. A única

referência de atenção especializada do país era o Hospital Psiquiátrico, localizado em Assunção, que chegou a ter 700 internos em regime de longa permanência. Nos anos de 2003, o Paraguai recebeu uma visita de observação da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), ocasião em que várias irregularidades e violações de direitos humanos foram constatadas e amplamente publicitadas pelos meios de comunicação, levando o país a incluir o tema saúde mental na sua agenda de prioridades.

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

Nesse contexto, a argumentação dessa proposta investigativa parte do suposto que o enfrentamento e o combate as iniquidades em saúde no campo da saúde mental na América Latina, incluindo o Paraguai, decorrem de fatores diversos consubstanciados, e, nesse sentido o objetivo desse artigo é apresentar a trajetória de institucionalização da Política de Saúde Mental no Paraguai, revelando seus antecedentes e composição atual, refletindo sobre as potencialidades e desafios da atenção à saúde mental no país.

O estudo foi construído a partir de uma densa revisão de literatura que caracteriza-se pela análise de informações disponibilizadas por todos os estudos relevantes publicados por um determinado tema de forma a resumir e compor o conhecimento existente e levar a concluir sobre o assunto de interesse (Cooper & Hedges, 2009), permitindo a pesquisadora estabelecer o aprofundamento sobre os assuntos através de mediações, possibilitando a realização de reflexões apresentadas no decorrer da exposição. Realizou-se ainda pesquisa documental nos sites do Ministério da Saúde e Bem Estar do Paraguai, para acessar os documentos e normativas governamentais sobre a composição dos sistemas de saúde mental do país e entrevista com os agentes implementadores em âmbito nacional.

## **2. Antecedentes da Atenção em Saúde Mental no Paraguai**

Os registros sobre a história da atenção em saúde mental no Paraguai são escassos e credita-se esse fato

à secundarização que o tema saúde mental historicamente tem com relação a prioridade concedida aos agravos da saúde física. As primeiras informações que remontam a assistência psiquiátrica no Paraguai, datam de 1888, a partir da existência do Asilo de Mendigos e Órfãos, localizada em Assunção, capital do país. A instituição atendia feridos de guerra, órfãos, pessoas com retardo mental, alcoolismo crônico e com quadros de grave psicose (Alvarez, 1960).

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

Pero cerca del Asilo se levanta el sombrío presidio de los locos. ¡Ay! los locos no trabajan bien; no sirven para nada. Figuraos una inmundia cárcel, en que la miseria hubiera hecho perder el juicio a los infelices, abandonados allí dentro. Sobre el fango de un patio lúgubre, acurrucados contra los muros, gimen, cantan, aúllan, veinte o treinta espectros, envueltos en sórdidos harapos. Una serie de calabozos negros, con rejas y enormes cerrojos, agobia la vista. Sin asistencia, los locos vagan. (Barret, 1911, p. 92)

Um dos grandes problemas que potencializava a situação de abandono, segregação e isolamento dos internos com transtorno mental

era o desconhecimento das causas da doença e a crença de que as pessoas com sintomas psiquiátricos estavam possuídas pelo demônio, motivo pelo qual os familiares descartavam a possibilidade de recuperação por tratamento médico, e buscavam afastá-lo do meio social. Essa perspectiva cultural historicamente se colocou como um dificultador na assistência a pessoa com transtorno psíquico e, especialmente entre a classe médica “[...] se ha tomado consciencia por los adelantados de la medicina de que ese mal señalado puede ser subsanado y los pacientes reintegrados a la vida social” (Cegla & Franca, 1984, p. 251).

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

Nos anos de 1927, o Manicômio

Nacional é integrado a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Assunção (UNA) e lhe é atribuído distintos nomes: Hospital de Alienados, Hospital Psiquiátrico e Hospital Neuropsiquiátrico. Seu modelo de atenção era centrado na internação de longa permanência e os internos eram tratados com antibióticos e vitaminas (Alvarez, 1960). Com a incorporação do Hospital Psiquiátrico a Faculdade de Ciências Médicas da UNA, a instituição passou a depender da Faculdade, que por sua vez dependia do financiamento do Ministério da Justiça e Instrução Pública, que, em 1936, por um decreto-lei durante o governo de Rafael Franco, o Departamento de Higiene e Assistência Pública se converteu em Ministério da Saúde Pública e Bem-estar (Paraguay, 1997; Domingues, 2018).

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

Apesar da criação de serviços de assistência ambulatorial, paralelamente “[...] fueron agregadas numerosas dependencias y así también aumentó el número de enfermos y personal. Algunos

profesionales prestaron su colaboración de forma voluntaria” (Alvarez, 1960, p. 02), chegando a registrar 600 internos no Hospital Psiquiátrico. A vinculação de religiosos e mulheres beneficentes na assistência aos internos era bem comum, assim como de outros voluntários como os Menonitas, grupo de religiosos alemães residentes no Paraguai que auxiliaram os internos aptos na criação de uma horta no Hospital Psiquiátrico. Apesar do pequeno avanço em promover a integração do doente mental, a assistência psiquiátrica ainda tinha muitos problemas, como o uso do eletrochoque frente a ausência de psicofármacos que poderiam promover a melhora do quadro de saúde mental. O abandono de familiares, e a criminalização da loucura também se mostravam presentes neste período histórico.

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

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

A partir dessas transformações podemos identificar uma pequena mudança na assistência em saúde mental na instituição, na forma de assistência médica positivista, atomista, reducionista e reclusória para uma perspectiva que reconhece o entorno que os rodeia como elemento importante na melhora do quadro de saúde mental, fazendo emergir uma nova forma de tratamento que considera o psiquismo, o meio social, a comunidade e a participação (Domingues, 2018).

Na década de 1970, apesar de uma política repressiva reinante, em decorrência do processo de ditadura militar, esse período marcado por muitas novidades na assistência em saúde mental. Há uma explosão de pensamentos de cunho humanista, em especial com a psicanálise, a psicoterapia

comportamental e, paralelamente o uso de psicofármacos em maior escala que na década anterior, substituindo gradativamente a antibioticoterapia e a vitaminoterapia. É criado o Instituto Médico Psicológico do Centro de Estudos de Psicoterapia e Psicologia, instituição privada de ensino, cuja proposta de formação estava centrada em um modelo preventivo, integrador e reabilitador. Também são inauguradas Comunidades Terapêuticas no Hospital Psiquiátrico e escolas de orientação para os familiares. O grupo voluntário Menonita, junto com os profissionais do hospital criou uma área que se chamou Pavilhão de Reabilitação<sup>1</sup> objetivando integrar família, pacientes, médicos e demais profissionais do hospital (Cegla & Franca, 1984).

Essas formas alternativas de socialização e integração imprimiram uma nova caracterização para a assistência em saúde mental, a partir de uma abordagem integradora. Nos anos 1975 a instituição psiquiátrica é formalmente registrada como Clínica Neuropsiquiátrica<sup>1</sup>, sendo ainda a única do país e mantendo a vinculação com a Faculdade de Ciências

Médicas da Universidade Nacional de Assunção, prestando atendimento aos segurados e não segurados do Instituto de Previdência Social (IPS).

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

Nos anos de 1982 se inaugurou no Hospital Psiquiátrico um pavilhão de mulheres e se estabeleceu um sistema similar ao efetuado no pavilhão masculino, porém com a ajuda de estudantes de psicologia que tinham como obrigatoriedade visitar os doentes mentais para concluir a graduação. Os resultados obtidos com a intervenção dos estudantes foram positivos e alguns pacientes tiveram alta em um prazo menor de tempo, e a reincidência na internação também diminuiu. Uma outra inovação foi a criação de um consultório externo que atendia e acompanhava os pacientes que já haviam recebido alta do hospital (Cegla & Franca, 1984).

O Paraguai, nos anos de 1983 participou de uma oficina de

---

1Hasta hoy este Hospital Psiquiátrico es el único en el Paraguay, como dependencia de la Cátedra de Clínica Neuropsiquiátrica de la Facultad de Ciencias Médicas, presta su atención pertinente a enfermos asegurados del I.P.S., de las Fuerzas Policiales y Armadas de la Nación y a Veteranos de la Guerra del Chaco. Hoy también sirve para la formación de médicos en la especialidad de psiquiatría y psicología. El actual Hospital Neuropsiquiátrico cuenta con personal capacitado para laboratorio de análisis, odontología, ginecología, servicio social y otros elementos de diagnóstico (Cegla & Franca, 1984, p. 254).

administração em saúde mental, ministrada pelo Instituto Mexicano de Psiquiatria e promovido pela OPAS, com o objetivo de responder às necessidades dos programas de saúde mental de países latino-americanos para ajustar ações de saúde mental pública nesse continente, dentro da realidade de cada país.

El énfasis del curso se puso en la estadística, la epidemiología, y la evaluación de programas como el área de tecnología que con frecuencia son una laguna en la formación de los psiquiatras clínicos, quienes, por otra parte, con frecuencia son llamados a desempeñar tareas administrativas. (Cegla & Franca, 1984, p. 225)

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

do país (Domingues, 2018).

No ano de 1989, a derrubada do presidente e general Alfredo Stroessner, marcou o fim do mais longo governo autoritário da história independente do Paraguai e trouxe mudanças expressivas em toda a estrutura governamental, repercutindo positivamente na atenção em saúde mental. A partir dos princípios norteadores contidos na Declaração de Caracas, a década de 1990 trouxe a disseminação de ideias com novas proposições na assistência em saúde mental no país, como também na melhoria do serviço de referência, com a construção de edifícios novos para o Hospital Psiquiátrico, melhoria das acomodações dos internos e ampliação dos atendimentos realizados no ambulatório de saúde mental. Maior cobertura e inclusão de novos medicamentos, e a meta de diminuir o número de pacientes internados pela metade (Paraguay, 2002).

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

En el Paraguay el Plano Nacional de Salud (91-93) plantea como situación de salud da población paraguaya, el impacto que tiene en ella las llamadas



enfermedades de en subdesarrollo y otros danos, que también afectan a los países industrializados como en alcoholismo, la farmacodependencia y los trastornos mentales entre otras enfermedades crónicas no transmisibles. En el mismo documento se describe como causa, en deficiente saneamiento de medio, el alcance limitado de los programas de educación sanitaria, la baja disponibilidad de recursos financieros y la dispersión de los recursos disponibles por carencia de una planificación nacional y sectorial. (Paraguay, 1997, p. 14)

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

En el interior del país, los sufrientes mentales son atendidos deficientemente por médicos rurales no capacitados y por curanderos, llegando a la capital (Hospital Psiquiátrico), en situaciones de cronicidad, a veces irreversibles, acompañados de familiares desilusionados, que tienen que desplazarse en la mayoría de los casos,

muchos kilómetros, con angustiantes necesidades económicas, terminando por abandonar totalmente a su familiar enfermo en el Hospital, instituyéndose lo que se llama hospitalismo. (Paraguay, 1997, p. 15).

O documento ainda denuncia algumas situações de violação de direitos humanos na assistência em saúde mental prestada pelo Hospital Psiquiátrico. Ademais, a instituição, segundo o estudo “[...] se señala la ineffectividad terapéutica y el papel que la institución juega como agente patógeno, iatrogénico y cronificante. Numerosos estudios demuestran, desde diversos ángulos el carácter antiterapéutico do Hospital Psiquiátrico” (Paraguay, 1997, p. 17).

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

En el proceso de transición a la Democracia en el Paraguay, la salud mental ha ido cobrando importancia y el Departamento de Salud Mental del



MSPyBS ha tenido la meta de crear Unidades Descentralizadas de Salud Mental en las Regiones siguiendo los objetivos de la Declaración de Caracas para impulsar la Reestructuración de la Atención en Salud Mental y la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica, asistencia que siempre estuvo centralizada en la Hospital Psiquiátrico, sede de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la UMA, y que no acompañó los avances de esta disciplina. (Paraguay, 1997, p. 18)

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

A descentralização dos serviços a fim de possibilitar o acesso aos usuários moradores do interior do país aparece como uma preocupação central, considerando que a única referência de atenção em saúde mental do país se encontra na capital paraguaia. Foi ainda recomendado que o Departamento de Saúde Mental, em conjunto com a direção do Hospital Psiquiátrico, criasse uma comissão permanente de estudo e análise para a adequação da instituição dentro da proposta de reestruturação da internação psiquiátrica referendada na Declaração

de Caracas (Paraguay, 1997). Ainda em 1997, há registros da criação de uma Comunidade Terapêutica no Hospital de Pedro Juan Caballero Amambay, nos moldes de internação psiquiátrica, porém com diferencial humanista na forma de tratamento aos internos.

Essas medidas não foram capazes de melhorar a assistência em saúde mental no Paraguai, e nos anos 2000, a estigmatização cultural, a falta de informações e dados epidemiológicos, associados a escassez de serviços nas comunidades e a pouca organização e mobilização da sociedade civil e o uso de drogas caracterizavam a situação da saúde mental no país, agravados pela existência de um importante grupo de pessoas que estão em maior risco e com menor proteção, em decorrência das mudanças políticas, econômicas e culturais que o país vivencia.

As mudanças no cenário político, provocaram uma alta taxa de migração do campo para a cidade, gerando o aumento e emergência de problemas de ordem social, como a violência, pobreza extrema, trabalho e abuso infantil, dependência de substâncias psicoativas, entre outros. Essas situações afetam de forma preferencial as mulheres, crianças, jovens, indígenas, idosos e pessoas com doença mental crônica, muitos desses abandonados por seus familiares (Paraguay, 2002).

Nos anos de 2002, o Paraguai fazia parte dos 40 % dos países sem Política Nacional de Saúde Mental, dos 30% que não implementavam Programas de Saúde Mental e 25% dos que não possuíam legislação sobre essa temática na América Latina. Ademais, havia menos de um

psiquiatra por 100.000 habitantes, além dos problemas de concentração dos recursos humanos na capital. (Paraguay, 2002). Frente a tal situação o Ministério de Saúde e Bem Estar apresenta a primeira *Política Nacional de Saúde Mental – 2002-2006*.

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

Não há registros sobre como se deu a implementação dessa política ou se houve realmente alguma ação programática concluída, porém, a partir das pesquisas realizadas, não houve impacto na assistência em saúde mental e o modelo hospitalocêntrico foi reorientado para modelo médico-cêntrico, o que não alterava as condições já existentes (Domingues, 2018).

Nos anos de 2003, após uma visita de observação realizada pela CIDH, várias irregularidades no que concerne a violação dos direitos humanos dos internos do Hospital Psiquiátrico foram constatadas, mesmo o Paraguai tendo assumido o compromisso de

implementar os serviços de saúde mental em consonância com os princípios da Declaração de Caracas. Após a avaliação, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, procedeu uma intervenção em caráter de emergência para proteger a vida e a saúde de mais de quatrocentas pessoas, sendo duas crianças que estavam internadas no até então único Hospital Psiquiátrico do país, localizado em Assunção e ainda sob a responsabilidade da Faculdade de Ciências Médicas da UNA.

El 17 de diciembre del 2003, en una decisión sin precedente, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos pidió medidas urgentes de auxilio para proteger la vida y salud de 460 personas que estaban detenidas en el hospital neuropsiquiátrico estatal del Paraguay. Por primera vez la Comisión convocó a la toma inmediata de medidas críticas para combatir una serie de abusos que se venían cometiendo en una institución psiquiátrica. La entidad conocida por Mental Disability Rights International (MDRI, o Agencia Internacional para los Derechos de Personas con Discapacidad Mental) y el Center for Justice and International Law (CEJIL, o Centro de Justicia y Derecho Internacional) intercedieron ante la Comisión Interamericana a favor de dos niños, Julio y Jorge, que por más de cuatro años habían estado encerrados en celdas de dos metros cuadrados, sin acceso a un baño, así como a favor de otras 458 personas reclusas en la institución en condiciones igualmente inhumanas y denigrantes. (Hillman, 2005, p. 1)

A Comissão, em seu diagnóstico, relatou precárias condições estruturais; negligência com a higiene e alimentação dos internos; reduzido número de recursos humanos; crianças, homens e mulheres coabitando no mesmo espaço físico sem respeito a sua intimidade ou privacidade; superlotação na capacidade de atendimento; falta de atenção médica, psiquiátrica e odontológica; ausência de diagnóstico dos pacientes e profissionais sem capacitação; além de perpetuar a manutenção do tratamento hospitalar em detrimento do ambulatorial (Kohn et al., 2005). O país recebeu uma medida cautelar como sanção a obrigatoriedade de realizar melhorias urgentes, em um prazo de cinco anos frente a esse cenário, forçando o aparato estatal a incluir de forma mais intensa a saúde mental na agenda de prioridades do país. Embora o país tenha recebido essas sanções, é necessário considerar o quadro de transição da ditadura para a democracia.

Após as medidas cautelares impostas ao governo paraguaio, a Agência Internacional para os Direitos das Pessoas com Incapacidade Mental e o Centro de Justiça e Direito Internacional, em parceria com a OPAS, se mobilizaram para mudar o cenário da atenção em saúde mental no Paraguai, não somente em relação às pessoas reclusas no hospital, mas também na estruturação de serviços comunitários. Apesar das tentativas de melhoria, em julho dos anos de 2004, a CIDH prorrogou por mais seis meses as medidas de urgência estabelecidas e uma nova auditoria realizada pelo

Mental Disability Ray Institute<sup>2</sup> (MDRI) reportou melhorias nas condições de internação, porém ainda abaixo das normas internacionais de direitos humanos, com o agravante de muitos pacientes não terem um diagnóstico definido e tratamento estabelecido.

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

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

---

<sup>2</sup> Para saber mais: <https://www.imh.com.sg/>

Por meio de um acordo entre o governo paraguaio e organismos internacionais representantes da saúde mental e da defesa dos direitos humanos, foi estendido o prazo e estabelecido o limite de cinco anos para proceder a desmanicomialização gradual dos internos, a criação de serviços de saúde mental comunitários e a institucionalização de uma política nacional de saúde mental. De maneira a promover o retorno dos internos ao convívio social, nos anos de 2007 são criadas três instituições denominados no país de “[...] hogares substitutos, cuyo objetivos es la inserción comunitaria, si bien continúan con visión manicomial de la atención em salud mental” (López, 2011, p. 1).

Em 2006, o instrumento de avaliação para sistemas de saúde mental, elaborado pela OPAS, nominado WHO-AIMS foi aplicado para recolher informações sobre o sistema de saúde mental do Paraguai com o objetivo de melhorar a assistência psiquiátrica para as pessoas com transtorno mental e usuários de substância psicoativa, avaliando também os serviços já existentes no país. O estudo evidenciou que a internação de longa permanência na época era o recurso mais utilizado no trato aos enfermos mentais e que a rede de serviços comunitária era incipiente, existindo uma concentração de recursos humanos e serviços psiquiátricos na capital do país, ocasionando a falta de cobertura assistencial nos lugares mais afastados.

El sistema de salud mental tiene servicios de todos los tipos, sin embargo, algunos necesitan mayor

fortalecimiento y desarrollo. Hay un desequilibrio que favorece al cuidado en régimen de internación en hospitales psiquiátricos. La gran mayoría de los recursos financieros y una parte importante de los recursos humanos está dedicada a los hospitales psiquiátricos. Actualmente los hospitales psiquiátricos están trabajando más allá de su capacidad (en término de número de camas), aunque el número de camas ha aumentado en los últimos años. Pocos servicios están dedicados a niños y adolescentes. (OPAS/OMS, 2006, p. 06)

A questão dos recursos humanos e da falta de capacitação e da limitada oferta acadêmica para a formação de profissionais<sup>3</sup> para atuar na área de saúde mental é outro aspecto importante levantado pelo documento, que também denuncia sobre a não existência de um órgão de fiscalização de direitos humanos no país. O informe do WHO-AIMS sobre *El Sistema de Salud Mental en Paraguay* (2006) destaca ainda que apenas

---

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

uma pequena parcela dos trabalhadores em saúde mental recebe formação em direitos humanos e tais constatações remetem à preocupação com a garantia destes, do ponto de vista legal, já tem reconhecido um conjunto de normativas legais em âmbito internacional, além de ter estruturado agências locais e multilaterais específicas para fiscalizar a defesa dos padecedores de sofrimento psíquico (Domingues, 2018).

A discussão sobre a garantia dos direitos humanos aos padecedores de transtorno psíquico está além das garantias jurídicas já existentes por residir na constante luta por sua real efetivação em um contexto de forte desigualdade social e estigma, que contribuiu para a regressão dos direitos sociais nos países da América Latina, com grande interferência das agências multilaterais na economia dos países, especialmente no Paraguai, considerado um país em desenvolvimento, com dificuldades de ordem política, econômica e social (Hillmann, 2005). O Informe sobre saúde mental no Paraguai, publicado nos anos de 2006, é o único instrumento de avaliação realizado até o presente momento.

Entre os anos de 2007 e 2008, segundo Lopez (2011) não houve melhorias na rede de serviços de atenção à saúde mental e, novamente, a CIDH impôs medidas cautelares ao Paraguai para melhorar a situação dos internos do hospital psiquiátrico, como também referenciou a urgente necessidade de investimento na rede extra-hospitalar. Nos anos de 2009, o Paraguai firmou com o Brasil o Acordo de Cooperação Técnica por um período de doze meses, com o objetivo de melhorar as condições

da atenção em saúde mental e revisar a Política de Saúde Mental em vigência, tendo como modelo as boas práticas desenvolvidas na Política de Saúde Mental brasileira, buscando ampliar a capacidade de resposta do Estado mediante a criação de serviços comunitários para o tratamento de transtornos psíquicos.

Nos anos de 2011, foi realizado um novo acordo pelo período de dez meses para conhecer como se dava no Brasil a relação da rede de saúde mental com as equipes de Saúde da Família. Embora o Paraguai venha se empenhando a melhorar sua assistência em saúde mental nos últimos anos, através de acordos, da criação de uma Política de Saúde Mental e de possibilitar usuários e familiares a discutir e propor o reordenamento da atenção psiquiátrica no país, nos anos de 2010, o Hospital Psiquiátrico voltou a receber medidas cautelares da CIDH, em decorrência de violações sofridas pelos internos, totalizando cinco intervenções desde 2003, sendo quatro medidas cautelares e um acordo para prorrogação do prazo para adequação da instituição a fim proteger e garantir condições dignas de vida e saúde dos pacientes institucionalizados (Domingues, 2018).

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

[...] se promete “tolerancia cero”

ante las situaciones de diversa índole, algunas de las cuáles son directamente relacionadas a aspectos de las enfermedades mentales, mientras que otros tienen una correlación indirecta, pero probablemente causal sobre la salud mental, por lo cual se podrían agrupar en dos categorías para su mejor comprensión. (Moujan, 2011, p. 177)

Para alcançar os objetivos, o governo paraguaio se comprometeu a investir na elaboração de censos e investigações demográficas e epidemiológicas que permitissem a obtenção de informações sobre a real situação das pessoas com transtorno mental no país. Outro compromisso assumido foi a criação e implementação de uma nova política de saúde mental centrada em um projeto de desmanicomialização, descentralizado, humanista e comunitário (Moujan, 2011).

### **3.A institucionalização da Política Nacional de Saúde Mental do Paraguai (2011-2020)**

De forma a construir uma política de saúde mental com a participação dos usuários, familiares e profissionais, nos anos de 2009, o Ministério de Saúde e Bem Estar do Paraguai organizou três Fóruns de encontros com familiares, amigos, trabalhadores e gestores de saúde mental em algumas cidades para a discussão de bases para a criação da Política Nacional de Saúde Mental, aprovada em 2011 (Paraguay, 2011). Está pautada nos princípios da reforma psiquiátrica italiana, do Movimento Solidário de Saúde Mental na América Latina e das experiências de boas práticas

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

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

La presente política quiere dar respuesta a las necesidades de la población paraguaya y expresa el consenso de las/los trabajadoras de la salud y de personas vinculadas, sobre el camino a seguir en el proceso de transformación del abordaje de la salud mental. En el marco de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, reivindican para el área de la salud mental, sector largamente postergado,

lo declarado en ellas: “un modelo de atención capaz de dar respuesta suficiente y coherente, un modelo que desmonte cualquier tipo de exclusión, convirtiendo la lucha por la salud y el bienestar del pueblo en una Política de Estado” (Paraguay, 2011, p. 17)

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

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

As ações a serem desenvolvidas buscam incidir sobre as situações

que afetam a saúde mental em todos os períodos do ciclo intergeracional, considerando que os riscos físicos e sociais em uma etapa da vida podem vir a tornar-se um sofrimento psíquico. As crianças, adolescentes e jovens se colocam como focos prioritários para a garantia de uma boa saúde mental para si e as futuras gerações. O registro sobre a necessidade da criação e fortalecimento de uma rede comunitária de assistência em saúde mental se expressa em todo o conteúdo de modo a romper com o modelo manicomial-hospitalocêntrico. A incorporação da RISS, em toda assistência em saúde, inclusive na atenção em saúde mental, no Paraguai também deriva-se da recomendação da OPAS para a reforma e reorganização dos atendimentos na área (Domingues, 2018).

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

La Red Integrada de Servicios de Salud, prevé incorporar también redes de atención especializada ambulatoria



en salud mental, las cuales serían instaladas en centros comunitarios, hospitales distritales o generales, según la disponibilidad regional. Estos centros tendrían una red territorial de atención cada 75.000 habitantes y serían conformados mínimamente por un psicólogo, psicopedagogo, trabajador social, terapeuta ocupacional o artesano, médico clínico y/o psiquiatra. (Moujan, 2011, p. 179)

As RISS estão conformadas em outras redes principais: Rede de Atenção Primária em Saúde, Rede de Atenção Especializada e Ambulatorial, Rede de Atenção de Urgência/Emergência e Rede de Atenção Hospitalar e redes complementares: Rede de Apoio e Diagnóstico, Rede de Assistência Farmacêutica, Rede de Vigilância em Saúde e Rede de Reabilitação –, Órteses e Próteses, além de um sistema de regulação médica, sistema de transporte e um sistema de informação. Essa rede de saúde será potencializada por Equipes de Saúde da Família e, embora não haja uma rede temática de saúde mental no ordenamento da saúde no Paraguai, existe a previsão de uma Linha em Cuidados em Saúde Mental, com ações previstas na assistência a pessoa com transtorno psíquico e uso de substância psicoativa em cada nível de atenção (Domingues, 2018). Na Atenção Primária em Saúde, fica a cargo das equipes de Saúde da Família ações educativas preventivas, assistenciais e de reabilitação.

Los ESF promoverán la salud mental de las personas y las comunidades mediante acciones

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

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

Las funciones de los ESM comprenden la asistencia del conjunto de las demandas (trastornos mentales, violencias, trastornos por uso de sustancias y secuelas de violaciones a los Derechos Humanos), el acompañamiento a los equipos de salud de la familia, la rehabilitación e inserción psicosocial de las personas con sufrimiento psíquico, así como acciones para la protección y mejora de la salud mental de la población en general. Los Centros Comunitarios de Salud Mental deberán estar preparados para cumplir estas funciones contando con dependencias que permitan la asistencia, el desarrollo de actividades ocupacionales, de convivencia y de recreo. (Paraguay, 2011, p. 33)

Com relação a Rede de Atenção as

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

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

Se contemplará la formación de un

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

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

No que concerne a atenção ao usuário de substância psicoativa, a política é bem superficial e destina poucas

linhas a descrição das ações previstas. Considerando que o país sofre, como todos os lugares do mundo, sobretudo na América Latina com o aumento do uso de drogas e álcool e os agravos decorrentes dele, a previsão de cuidado previsto pela política é bem incipiente.

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

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

Se trabajará en programas de capacitación para los ESF a fin de dotar

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

Há uma normativa intitulada Normas Mínimas para a Atenção dos Usuários de Drogas sendo revisada atualmente pelo Ministério da Saúde e Bem Estar, que deve ser utilizada para regulamentar o funcionamento das Comunidades Terapêuticas, vinculadas a grupos religiosos, especialmente católicos, que atendem usuários de drogas em regime de internação mais prolongada. O Centro Nacional de Adição, localizado ao lado do Hospital Psiquiátrico, em Assunção atende homens, mulheres e crianças para tratamento ambulatorial e de desintoxicação. Na rede de atenção primária e especializada em saúde o atendimento para os usuários de substância psicoativa carece de profissionais especializados e ampliação na oferta de serviços (Domingues, 2018).

Com a criação da Política Nacional de Saúde Mental, nos anos de 2011, dois protocolos com orientações para a assistência em saúde mental foram publicados: Normas e Procedimentos na Atenção em Saúde Mental e Manejo Clínico de Transtornos Mentais na Atenção Primária em Saúde. A elaboração de tais protocolos foi orientada pela

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), durante os períodos de cooperação técnica firmada com o Brasil, nos anos de 2009 e 2011 (Paraguay, 2013).

As orientações contidas nesses protocolos de manejo vem sendo publicizadas a partir de cursos de capacitação em saúde mental, ministrado pela Diretora Nacional de Saúde Mental do Ministério de Saúde e Bem Estar do Paraguai. O curso tem a duração de um ano e é destinado a todos os profissionais da rede pública de saúde, com prioridade aos integrantes das unidades de Equipes de Saúde da Família, considerando que esse serviço está mais próximo da comunidade e pode atender na atenção primária as situações de transtorno mental (Domingues, 2018).

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

Em 2015, o *Directorio de Servicios de Atención a la Salud Mental Integrada de Servicios de Salud* apresenta de forma organizada, a partir das Regiões Sanitárias do País a disposição de todos os serviços de assistência em saúde mental na atenção básica, especializada e hospitalar

e evidencia um avanço com a construção das Redes Integradas de Saúde, ampliando os serviços de assistência em saúde mental (Domingues, 2018).

Quanto ao financiamento da rede de assistência de saúde mental no Paraguai, o aporte financeiro já correspondeu 0,8% do total de orçamento para a saúde, índice considerado baixo pela Organização Mundial de Saúde que sugere investimento igual ou superior a 5% e, nesse sentido, também se apontam conquistas positivas em curso. Do montante gasto em saúde mental no Paraguai, 80% foi historicamente gasto com despesas decorrentes de internações psiquiátricas, e atualmente esse quadro se inverteu e é designado o maior montante de recursos financeiros para os serviços ambulatoriais (Domingues, 2018).

Embora essas alterações mostrem como positivas e importantes na transição do modelo hospitalocêntrico para o ambulatorial comunitário, alguns desafios ainda se colocam, como a questão da distribuição de profissionais e serviços especializados na saúde mental concentrada na capital paraguaia, agravada pela pouca oferta de formação acadêmica de psiquiatras e a cooptação de profissionais formados para trabalhar em outros países (Domingues, 2018).

Essa situação torna-se ainda mais preocupante em razão de as duas únicas universidades que formam psiquiatras no país não abordarem nos seus conteúdos curriculares as novas proposições para a saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica, focando apenas no estudo das doenças mentais e no manejo clínico do transtorno. Um outro desafio a ser superado é a reorientação

do modelo, considerando a quantidade de pessoas com transtorno mental ainda institucionalizadas no Hospital Psiquiátrico, cerca de 150 pacientes, que ocupam atualmente metade das vagas da instituição, sem expectativa de transferência para lugares substitutos, serviço que deveria, se existisse na quantidade prevista, promover assistência comunitária assistida a esses internos (Domingues, 2018).

Não há atualmente na legislação paraguaia normativas que definam um período máximo de internação psiquiátrica e a falta desse instrumento de controle pode ocasionar o crescimento da população já residente no Hospital Psiquiátrico. Os protocolos de manejo e orientação sobre os serviços, criados a partir de 2011, estão sendo revisados de forma a corrigir alguns erros evidenciados no decorrer do processo de capacitação e implementação da política de saúde mental no país. Em uma avaliação geral, as orientações vêm provocando mudanças positivas na assistência em saúde mental realizada pela rede integrada de saúde. Existe a intenção de se promover um outro Informe WHO-AIMS de diagnóstico e avaliação, porém o custo desse procedimento é alto e não há orçamento disponível no momento (Domingues, 2018).

Um dos desafios mais difíceis de superar quanto tratamos a questão da saúde mental diz respeito ao preconceito e estigma que esses indivíduos foram e são submetidos cotidianamente, em todos os lugares do mundo, e que no Paraguai toma nuances diferenciadas pelas características e particularidades do país, como, por exemplo, ainda a

forte associação da doença mental com possessões demoníacas, a resistência de homens a buscarem atendimento especializado e ainda pela naturalização da violência contra a mulher no país, que tem sérias consequências para a saúde mental. Portanto, mudar a forma de entender a saúde mental, seus fatores de risco e a forma como são vistas e tratadas as pessoas com enfermidade mental na e pela sociedade é um lento e constante processo de lutas, que perpassa ações de educação e transformações sociais e culturais. A descentralização das ações e a desmanicomialização da cultura se colocam como intervenções necessárias junto a comunidade e os profissionais de saúde.

## **Conclusão**

A institucionalização da Política Nacional de Saúde Mental se coloca como uma potencialidade, indicando a intencionalidade governamental de reverter o modelo de atenção em saúde mental em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, com ênfase na qualidade de vida com equidade e respeito aos direitos humanos e sua implementação se reverte em uma grande potencialidade no que se refere a ampliação de recursos humanos e serviços de assistência psiquiátrica, realização de capacitação e maior investimento financeiro na área.

Essa intenção de mudança pode ser verificada no acréscimo do financiamento em saúde mental, aumentado de 0,8% nos anos 2000, para 1,9% em 2017, na capacitação continuada das equipes de saúde da família e no forte propósito de

implementação do modelo de atenção em saúde mental comunitário, com participação social.

As proposições contidas na atual Política Nacional de Saúde do Paraguai se colocam como instrumento capaz de promover grandes avanços na saúde mental, a partir da ênfase na atenção comunitária e no fim das internações de longa permanência. No entanto, há que se considerar a jovialidade da política, levando em conta que está em vigência somente há 07 anos, e dessa forma, o tempo é um aspecto importante a ser considerado, e talvez o transcorrer dele, associado as gradativas mudanças propostas na política, sejam o caminho para o país conseguir melhorar sua assistência em saúde mental de acordo com as tratativas internacionais e nacionais no que se refere a assistência em saúde mental.

Nesse processo de implementação da Política Nacional de Saúde Mental, os desafios que se colocam remetem a necessidade de aprimoramento das ações de descentralização e ampliação dos serviços especializados em saúde mental, detalhamento do conteúdo programático, aumento na capacitação dos agentes de saúde e, imprescindivelmente a criação de uma Lei de Saúde Mental que garanta a proteção aos direitos humanos dos usuários e crie normativas de regulação do período das internações psiquiátricas.

## Referências

- Alvarez, C. (1960). *Antecedentes del Manicomio Nacional*. Universidade Nacional de Asunción. Mimeo.
- Barret, R. (1911). *El dolor paraguayo*. Asunción: Editora Guarani. Recuperado de <http://www.biblioteca.org.ar/libros/211601.pdf>
- Cegla, I. & Franco, F. J. (1984). Historia de la psiquiatria en el Paraguai. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, 16 (01).
- Cooper, H. & Hedges, L. (2009). Research Synthesis as a Scientific Process. Em H. Cooper, L. Hedges & J. Valentine (Eds.), *The Handbook of Research Synthesis and Meta-Analysis* (2a ed.). New York, NY: Russel Sage Foundation.
- Domingues, J. (2018). *A implementação da Política de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad del Este (PY)* (Tese de doutorado). Universidade Católica de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos, Pelotas, Brasil. 2018. Recuperado de <http://pos.ucpel.edu.br/ppgps/dissertacoes-e-teses/>
- Hilman, A. (2005). Los derechos humanos y la exlaustración: un triunfo para el continente americano. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5). Recuperado de <https://scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n4-5/374-379/en/>
- Kohn, L. I., Caldas, A. J. M, Vicente, B. A. L, Ccaraveo, A. J. J., Saxena, S. & Saraceno, B. (2005). Los transtornos mentales en America Latina y El Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4), 299-240. Recuperado de <https://scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n4-5/229-240/es/>
- López, C. (26 de junio de 2011). Médico

- critica la “manicomialización” de institutos psiquiátricos. *Diario ABC Color*. Recuperado de <http://www.abc.com.py/edicion-impresa/locales/medico-critica-la-manicomializacion-de-institutos-psiquiatricos-275932.html>
- Moujan, M. C. A. (2011). Presente y futuro de los servicios de salud mental en Paraguay. *Eureka: Revista Científica de Psicología*, 8(2). Recuperado de <http://www.psicoeureka.com.py/publicacion/8-2/articulo/10>
- OPAS. & OMS. (2013). *Informe de la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS)*. Recuperado de <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
- OPAS. & OMS. (2016). *Informe WHO – AIMS sobre el sistema de Salud Mental en Paraguay*. Asunción. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/paraguay\\_who\\_aims\\_report\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/paraguay_who_aims_report_spanish.pdf)
- Paraguay. Ministerio de la Salud Pública. (2013). *Guía de Criterios de admisión y manejo de personas con trastornos mentales*. Asunción: MSPyBS. Recuperado de <http://www.mspbs.gov.py/saludmental/wp-content/uploads/2014/06/Gu%C3%ADa-de-Criterios-PICU.pdf>
- Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2011). *Política Nacional de Salud Mental 2011-2020*. Asunción: MSPyBS.
- Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Departamento de Salud Mental. Organización Panamericana de Salud. (1997). *Una alternativa en la Atención de Salud Mental y de la Asistencia Psiquiátrica Descentralizada*. Asunción: MSPyBS.
- Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Programas de Salud. (2002). *Política Nacional de Salud Mental 2002-2006*. Asunción: MSPyBS.

## The implementation of the mental health policy in Paraguay: paths covered and current conformation

**Abstract:** The implementation process of mental health care in Paraguay, based on the principles of Caracas’s Declaration that reorients the actions of this area in Latin America is consolidated in the country with the approval of the National Mental Health Policy in 2011. This article presents the path to the institutionalization and the current organization of the Policy, considering potentialities and weaknesses, and shows the main difficulties concerning the centralization of professional services, financing and training of health teams; and the general detailing of other programmatic actions and the approval of a Mental Health Law.



**Keywords:** implementation, national mental, health policy, Paraguay.

### **Resumen biográfico**

*Juliana Domingues*

Assistente Social. Doutora em Política Social e Direitos Humanos pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Professora do curso de Serviço Social da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política (ILAESP, Foz do Iguaçu, Brasil).

*Maria Geusina da Silva*

Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), professora do curso de Serviço Social da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política (ILAESP, Foz do Iguaçu, Brasil).

*Vera Maria Ribeiro Nogueira*

Assistente Social. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora colaboradora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora adjunta da Universidade Católica de Pelotas (UCPel, Pelotas, Brasil).

### **Como citar este artículo**

Domingues, J., Silva, M. G. & Nogueira, V. M. R. (2018). A implementação da política de saúde mental no Paraguai: desafios e potencialidades. *Revista MERCOSUR de políticas sociales*, 2, 287-309. doi: 10.28917/ism.2018-v2-287